**FORO NUEVA ECONOMÍA**

**Dr. Manuel Vilches**

**Director General de la Fundación IDIS**

**1 de diciembre de 2017**

**Introducción**

En primer lugar, quiero agradecer a todos los presentes su presencia en este evento organizado por Nueva Economía, un foro que a lo largo del tiempo ha alcanzado un nivel de reputación extraordinario fruto de la visión estratégica de sus responsables, de los diferentes ponentes que han ido participando en cada una de sus convocatorias y de la excelente acogida manifestada por sus asistentes e invitados.

En esta ocasión, me han propuesto hablar de algo tan consustancial al ser humano como es la salud y la sanidad, entendida esta última como la gestión necesaria de los sistemas sanitarios para alcanzar su fin primordial que no es otro que el de procurar los cuidados necesarios para mejorar el estado de salud de nuestra sociedad.

Ni que decir tiene que este aspecto preocupa especialmente al ciudadano y así queda expresado en las diferentes oleadas del Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en el que la sanidad aparece ya como una de las principales preocupaciones junto a los tristemente habituales del desempleo, la corrupción, los problemas de índole económica, la terrible lacra del terrorismo internacional, y sin olvidar algunos otros de plena actualidad como el problema de Cataluña, que le está costando al país en ámbito global un alto precio, no ya en ámbito económico sino también social.

Llegados a este punto, y antes de proseguir, me gustaría decir unas breves palabras acerca de lo que es y representa la **Fundación IDIS**. El Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad es una institución muy joven, surgió hace algo más de siete años y está compuesto por cerca de 100 organizaciones y empresas; es una institución, y perdónenme por el anglicismo, las modas nos arrastran, “multistakeholder” que representa el 50% de las camas y hospitales de nuestro país y el 80% del aseguramiento privado de Salud. En ella, tienen cabida todas aquellas entidades cuyos objetivos coincidan en su totalidad o en parte con los que plantea el sector del emprendimiento privado en sanidad.

Nacimos con una visión integradora, que junto con el conocimiento compartido y el “networking”, hace que todos los miembros de la Fundación IDIS encuentren oportunidades y sinergias que permitan abordar iniciativas y proyectos de calado con un beneficio social evidente.

Las líneas de actuación principales de nuestra actuación se basan en criterios de compromiso y responsabilidad con la sociedad, los podría resumir en los siguientes:

* Aportar valor a través del análisis exhaustivo, técnico y profesional de nuestra realidad y de la del sector sanitario y sociosanitario, generando datos objetivos que reflejen la enorme relevancia del sector de aseguramiento y provisión de titularidad privada y del emprendimiento privado en sanidad.
* Conectar y trascender, más si cabe, con nuestros pacientes y sus familias, con la sociedad en su conjunto, con el ciudadano y el profesional sanitario en particular para aportarle transparencia en los datos y objetividad en las informaciones.
* Trabajar conjuntamente con las organizaciones colegiales, las sociedades científicas y las organizaciones que agrupan a las diferentes asociaciones de pacientes en pos de una mejora de la atención sanitaria y sociosanitaria que redunde en resultados evidentes que nos beneficien a todos.
* E impulsar una reforma necesaria de nuestro sistema en su conjunto, tratando de dotarlo de mayor solvencia y sostenibilidad, procurando un pacto inclusivo por la sanidad, y trabajando por que la transformación digital y la innovación sean claves del desarrollo de nuestro sistema.

En cuanto a proyectos en marcha, en este momento, la Fundación IDIS cuenta con siete grandes iniciativas en áreas que determinarán sin duda el futuro de nuestro sistema sanitario: interoperabilidad, receta privada electrónica sustentada en la anterior, cuidados intermedios sociosanitarios, calidad asistencial, listas de espera, experiencia de paciente y reforma del sistema sanitario.

**Contexto**

Al compás de estos diez años de crisis económica que vamos dejando atrás según apuntan indicadores y expertos, aunque suframos todavía sus consecuencias, vivimos en una sociedad en pleno momento de cambio, no solo en su dinámica, sino también, en su forma de afrontar los acontecimientos como podemos ver a través de los diferentes medios de comunicación.

Cambios de polaridad en el orden de las cosas, con países emergentes que cada vez van a tener un mayor protagonismo en el orden mundial; cambios en una nueva Europa todavía por determinar y construir que es vista con admiración por aquellos que piensan en ella como una nueva tierra de promisión, y con cambios sociales y políticos de primer nivel donde los partidos tradicionales y sus ideologías se ven obligadas a convivir con ideas radicales, nacionalistas y populistas que generan una honda preocupación por los antecedentes históricos y las consecuencias que todos conocemos.

Pero independientemente de estos aspectos tan relevantes para el futuro y el devenir social, en los que hoy no voy a profundizar, sí que me gustaría poner de manifiesto dos aspectos que me parecen determinantes, uno corresponde al cambio sociodemográfico al que ya estamos asistiendo. El segundo coincide con el extraordinario despegue innovador de nuestra sociedad que es, sin duda, un determinante del futuro de nuestra civilización.

Los países más avanzados, como es el caso de España, viven una situación demográfica compleja, como nunca se había vivido anteriormente. El envejecimiento progresivo de la población está haciendo que nuestra vieja Europa, y nuestro país en concreto, vislumbre problemas de sostenibilidad y solvencia relacionados con su Estado del Bienestar. Es muy complejo dar una solución óptima a una ecuación que presenta múltiples variables, todas ellas por sí solas y en conjunto determinantes, es difícil dar de todo a todos, y cada vez más con menos….

España, según los datos de la OCDE, es ya el tercer país más envejecido por detrás de Japón y Corea, y en el año 2050, se prevé que el 36 % de la población tenga más de 65 años, y de ellos, el 15% estará por encima de los 80 años.

Este proceso de envejecimiento, que ya es patente en el mundo desarrollado e incluso en buena parte de los países emergentes, va a ser particularmente relevante en España donde la esperanza de vida al nacer en 2022 será de 87 años en mujeres y 81,8 años en hombres, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El envejecimiento de la población y la cronicidad asociada suponen un reto superlativo para toda la sociedad, muy especialmente para los sistemas sanitarios que necesitarán una adaptación a esta nueva realidad demográfica. Como ejemplo me gustaría resaltar que actualmente, la población mayor de 65 años supone ya el 45% de todas las altas médicas y que a partir de los 70 años es cuando se consume más del 80% del gasto sanitario individual y colectivo.

En cuanto a la innovación, la Unión Europea (UE) se ha propuesto aumentar la inversión global en I+D hasta el 3% de aquí a 2020 para ser competitiva. Hasta el momento tan solo 6 países lo han conseguido o están a punto de hacerlo, mientras que España se encuentra muy alejada de este objetivo (invierte el 1,22% del PIB según datos de la Oficina Europea de Estadística-Eurostat). Sin embargo, nuestro país está realizando esfuerzos para cumplir con los criterios económicos que marca la Unión Europea, trabajando en la incorporación progresiva de la innovación, no sólo en el área del diagnóstico, sino también en la de la terapéutica. En el sector de titularidad privada, sometido a reglas de competencia en el servicio, esta es ya una práctica habitual.

Ante estas premisas, un informe de Standard & Poor's concluye que si no se adoptan reformas adaptadas que afronten la pirámide de población, el endeudamiento neto podría escalar hasta el 157% del PIB en 2050 y el déficit se ampliaría al -9,1%.

Por otro lado, el informe “Funding the Gap – El futuro del sistema sanitario - elaborado por ESADE en colaboración con Antares Consulting, evalúa para 2025 en un rango de incremento del gasto sanitario público sobre 2015 de entre 32.000 y 48.000 millones de euros, en dependencia del escenario de la tasa de crecimiento del gasto público que se establezca y las medidas de control que se establezcan. Considerando que el gasto sanitario público en 2015 se sitúa en 64.833 millones de euros, esto significa que para 2025 se podría estimar entre 97.000 y 113.000 millones anuales los gastos necesarios de financiación.

Las previsiones del Gobierno, sorprendentemente mucho más conservadoras, presentadas en Bruselas a través de su Plan de Estabilidad reconocen que en los próximos años y hasta 2060, será necesario incrementar 580 millones anuales la cantidad destinada tanto a Sanidad como a cuidados Sociosanitarios de larga duración. O dicho de otro modo, 5.800 millones de euros cada diez años, lo que supone un 0,5% del PIB, algo que en nuestro entorno de gestión se nos antoja claramente insuficiente.

Ante esta situación de extraordinaria complejidad, el reciente informe elaborado por la CEOE a través de su libro blanco, aboga por “una situación que requiere de medidas estructurales de hondo calado: en el terreno político (priorizar la sanidad y los servicios sociales), en el financiero (estar en sintonía con nuestro contexto europeo), en el organizativo (orientar nuestro modelo hacia la cronicidad) y en el normativo (conciliar la estabilidad normativa necesaria para el sector empresarial con la adecuación del ordenamiento jurídico a las necesidades actuales)”.

No cabe ninguna duda y existe un consenso generalizado, que ante esta “amenaza”, hay que buscar soluciones que aseguren el mantenimiento de un sistema de salud solvente y sostenible en el futuro.

**Una mirada a Europa**

Nuestro sistema sanitario corresponde como todos ustedes saben al modelo “Beveridge” que surge en 1942 tras la segunda guerra mundial, que es financiado a través de impuestos y copagos no asistenciales, cuya organización corresponde a un modelo integrado que depende del Estado, con un Sistema Nacional de Salud con provisión propia y cierta colaboración público-privada, cuya gestión está basada en la atención primaria y en la planificación territorial del servicio y que, desafortunadamente, se regula por el acceso.

Es un modelo al que están adscritos países como Dinamarca, Suecia, Finlandia, Reino Unido, España, Portugal e Italia; en ellos el acceso es universal, los médicos son asalariados o cobran por capitación y hay una gran implicación del Estado en su gestión, aunque en la mayoría de ellos –no en el nuestro, desgraciadamente- se están generando cambios y acercamientos al otro modelo existente, el denominado “Bismark” surgido en 1881 en base al sistema de previsión social del Canciller Von Bismarck, al que están adscritos países como Austria, Francia, Países Bajos, Grecia, Bélgica y Alemania. Se financia mediante cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos, y dichos recursos financieros van a parar a los "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley que gestionan dichos recursos. Los "fondos", contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto en sistemas de reembolso y algunos copagos afrontados por parte de los usuarios.

El primero es un sistema muy estatalizado y rígido en todos los sentidos, sin embargo, el segundo, está más liberalizado puesto que es el Estado quien se encarga de financiar, establecer objetivos y medir resultados para contratar servicios, teniendo el paciente mucha más libertad de elección en base a la información que recibe y a su experiencia a la hora de interactuar con el entorno asistencial que corresponda en cada caso.

**Las diatribas sobre la sanidad de titularidad privada en España**

Como apunta el informe “Hospitales privados en Europa: contribución a la sostenibilidad del sistema” de la Unión Europea de Hospitales (UEHP), “el sector privado suscita suspicacias acerca de la calidad del servicio que presta, olvidando quienes la critican que lo que realmente preocupa al paciente es el tiempo que tarda en ser atendido y la calidad del tratamiento que recibe, sin prestar atención a la titularidad del centro al que acude”.

En nuestro sistema carente de flexibilidad y al contrario de lo que ocurre en Europa, a lo largo de los últimos años especialmente, venimos comprobando como la sanidad privada es sometida a discusión con todo tipo de adjetivos y epítetos que tienen como única misión poner en discusión su realidad, sus hechos y sus capacidades con el único propósito de servir a los intereses de unos cuantos. Vamos a demostrar en breves minutos que ese discurso demagógico no tiene base alguna de verosimilitud.

Desde el sector de la sanidad privada, consideramos que la sanidad pública, financiada por impuestos, es esencial, jamás hemos puesto en duda su capacidad y logros, es más, consideramos que nuestro país precisa de un sistema sanitario público de calidad, sólido, solvente y eficaz, a la vez que necesita la participación de un sistema privado que cumpla con las mismas características; un sistema que lo complemente y por lo tanto contribuya a dotar de la necesaria estabilidad y proyección a nuestra sanidad tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Una sanidad altamente competitiva que ejerza el liderazgo que se ha merecido y granjeado a lo largo de tantos, años.

En España, disponemos de 17 sistemas sanitarios diferentes una vez que la Sanidad es una competencia transferida a las comunidades autónomas. El gasto que soporta cada una de ellas en esta materia es el más relevante en términos relativos, estando en todos los casos por encima del 35 % y llegando al 50 % del presupuesto total de algunas CCAA; un porcentaje que crece y crecerá “sine díe”, (como dato, 9 de cada 10 € del FLA se destinan a Sanidad) y a pesar de ello, una asignación que genera inequidades interterritoriales y problemas de acceso y cuya aplicación presupuestaria se realiza a veces sin tener en cuenta conceptos puramente técnicos y objetivos como sería deseable.

No voy a pormenorizar, pero en la mente de todos están las opiniones a veces peyorativas de unos y otros acerca de la colaboración público-privada en todos sus modelos (conciertos, concesiones, mutualismo administrativo); las barreras a los profesionales que desarrollan su actividad en la sanidad privada o las dificultades a los alumnos que están en periodo formativo en facultades de titularidad privada en términos de prácticas y formación MIR. Todo ello, por no hablar de los ataques, a veces furibundos, ejercidos en contra de la sanidad de titularidad privada, como si ella en sí misma fuera el problema o la parte del problema y no la solución o parte de la solución como de hecho lo es en realidad.

En definitiva, parece como si existiera una especie de obsesión por enfrentar algo que no es enfrentable; son dos entornos de provisión y aseguramiento condenados a entenderse y a trabajar conjuntamente por el bien del paciente, por la viabilidad del sistema y por el futuro de nuestra sanidad en su conjunto con las características que marca y emanan de la propia Ley General de Sanidad, de la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica entre otras.

Dentro de este contexto totalmente subjetivo hemos de aprender a mirar también hacia dentro, es decir, tener en cuenta las experiencias en otros sectores sociales como el de las pensiones, en el que el ciudadano cada año es impelido y estimulado a contratar planes y seguros, una vez que todos somos conscientes de que el sistema es insuficiente a todas luces y se hace necesario un cambio cultural que nos beneficie a todos. Para ello, desde las diferentes administraciones públicas se lanzan mensajes y consignas en favor del sistema privado de pensiones enfatizando sus bondades y haciendo patente su necesidad. Me pregunto, ¿Por qué con las pensiones sí está bien vista la colaboración público-privada y sin embargo con el sistema sanitario, que todos somos conscientes de su insuficiencia progresiva, no ocurre lo mismo?

Algo así podríamos esgrimir también en otros contextos como el de la educación o sin ir más lejos el de la vivienda, el del transporte o el de la automoción con ejemplos y estímulos que hoy por hoy están en la mente de todos.

**La Sanidad Privada, complemento indispensable de la Pública**

Retornando a nuestro sistema, con el modelo sanitario que en su momento implantamos y con las connotaciones sociodemográficas que hemos reflejado, comprenderán que es muy complicado mantener una financiación adecuada si no realizamos las reformas que son imprescindibles para adaptar nuestro sistema sanitario a las necesidades reales de nuestra población.

En términos de **riqueza**, España dedica el 9,1% de su producto interior bruto a Sanidad, un porcentaje que se encuentra por debajo de la media de los países de la OCDE y por supuesto inferior a Alemania, Suecia, Francia, Holanda, Dinamarca, Bélgica, Austria o Reino Unido, que invierten entre el 11,4% y el 9,9% de su PIB. La OCDE espera que debido a lo que ya he expuesto aumente en todos los países el presupuesto destinado a salud durante las próximas décadas.

En el caso de España, el **gasto anual** público es decreciente respecto al PIB (en contra de los que ocurre en los países más avanzados de la UE) por lo que las desviaciones presupuestarias en las CC. AA son una constante, tal y como refleja el informe del Tribunal de Cuentas en el que se subraya la “insuficiencia estructural de los créditos iniciales” destinados a Sanidad.

Es decir, que en general, en España se presupuesta menos de lo que el sistema sanitario requiere. Siempre es bastante mayor el gasto que el presupuesto - esta diferencia en 2015 se sitúa en el 11,27% y solo el País Vasco es la única comunidad autónoma que presupuesta más de lo que gasta. Ello se traduce también en el incremento constante de las listas de espera que inciden directamente en la calidad objetiva, subjetiva y en los resultados de salud tal y como recogía recientemente un artículo publicado por The New England Journal of Medicine.

En este sentido, creo conveniente resaltar los datos aportados por el informe “Sanidad Privada, aportando valor, edición 2017” en el que se puede apreciar cómo el gasto sanitario en España a pesar de que ha sufrido un ligero incremento respecto a las últimas cifras publicadas por la OCDE, este crecimiento viene motivado por el aumento del gasto sanitario privado, que crece en relación con el gasto total casi un punto al año en los 6-7 últimos, alcanzando el 30,2% ya en 2014 y subiendo (2,75 % del PIB).

Estas cifras dan una idea de la ingente contribución del sistema privado de salud al desarrollo y generación de riqueza en nuestro país. Por su parte, el gasto sanitario público ha reducido su peso respecto al gasto sanitario total en proporción similar al incremento privado, más de un punto anual, hasta 69,8% en 2014, generando una gran preocupación en la OCDE a la vista de los últimos datos de su informe “Health at a Glance: OECD 2016” recientemente publicado.

Hoy, el sistema sanitario privado cuenta ya con 8,2 millones de **asegurados**, a los que habría que sumar los cerca de 2 millones de funcionarios que eligen el sistema de provisión privada, este 21,3% de la población contribuye de manera significativa a la descarga y el ahorro en el sistema público, debido a que, al tratarse de un modelo de doble aseguramiento, los ciudadanos que cuentan con un seguro privado no consumen, o consumen solo en parte, recursos de la sanidad pública, a la que siguen financiando de forma regular con sus impuestos.

A este respecto, se estima que el **ahorro generado** en 2016 por el seguro privado se situaría alrededor de los cinco mil millones de euros (si el ciudadano realiza un uso mixto de la sanidad, consumiendo recursos públicos y privados) y los nueve mil millones de euros (si el paciente usa exclusivamente el sistema privado). Este ahorro al Estado supone una mejora en la equidad, en la incorporación de la innovación y en el acceso al sistema sanitario contribuyendo a no aumentar las listas de espera, prioridades que todos debemos tener en nuestros objetivos puesto que redundan en un beneficio evidente para los pacientes y para los profesionales sanitarios.

A la vista de estos datos, sin duda que el seguro privado complementa al sistema público de salud y sin su contribución el acceso, la equidad y el catálogo de prestaciones se verían más comprometidos si cabe y la sostenibilidad y solvencia del sistema público estaría en una situación de “breaking off” tal y como afirman los mayores expertos desde Europa.

Por otro lado, el **sector asegurador** continúa registrando incrementos significativos, tanto en número de asegurados como en volumen de primas. En 2017 se han superado ya los 10 millones de asegurados a Septiembre, lo que supone un incremento cercano al 5,0% respecto al año anterior.

Respecto al volumen de primas, se estima que en 2017 se alcance un importe superior a los 7.700 millones de euros, lo que supone un incremento del 4,5% respecto a 2016.

**El sector sanitario privado mejora la accesibilidad de la población a la asistencia sanitaria**

El sector sanitario privado, a través de su **amplia red asistencial** que incluye, entre otros, hospitales, centros médicos, centros de diagnóstico por la imagen, laboratorios de análisis clínicos, centros de reproducción asistida y consultas privadas, contribuye a la mejora de la accesibilidad de la población a la atención sanitaria.

Actualmente, el sector hospitalario privado ofrece a los ciudadanos asistencia sanitaria en un total de **452 hospitales** en España, que representan el 57% del total de los centros hospitalarios de nuestro país, con una dotación de **51.591 camas**, que suponen el 33% del total de camas existentes en España.

España se sitúa en un nivel intermedio respecto a otros países europeos analizados, tanto en porcentaje de hospitales privados sobre el número total de hospitales, como en el porcentaje del número de camas privadas sobre el número total de camas.

En cuanto a **innovación**, el sector continúa a la cabeza en equipamiento de alta tecnología: cuenta con el 56% de las resonancias magnéticas o el 46% de los PET, entre otras, y la inmensa mayoría de las últimas innovaciones (PET-RM, terapia de protones, etc.) se han incorporado ya en el sector privado. Hemos de tener en cuenta que buena parte de la cirugía robótica, de las tecnologías híbridas de diagnóstico, o de los avances como la biopsia líquida o las nuevas fórmulas de gestión y asistencia, se encuentran en buena medida implantadas en el sistema privado de salud.

Otro aspecto relevante es la implicación de los centros sanitarios privados en las tareas de investigación y docencia donde se puede apreciar por el informe BEST en su última edición que los centros de titularidad privada intervienen en cada vez más ensayos clínicos en fase tempranas debido fundamentalmente a la agilidad de sus procedimientos y procesos de reclutamiento de pacientes y seguimiento de los mismos, y a la calidad de los profesionales implicados y las dotaciones tecnológicas implantadas.

En el terreno de la **docencia y la formación** el sector sanitario privado cuenta con un total de 22 hospitales universitarios ubicados en las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía y Navarra. En relación con la formación sanitaria especializada, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha convocado para 2017 un total de 175 plazas por el sistema de residencia en centros sanitarios privados.

Y en cuanto a la **calidad**, el sector sanitario privado persigue siempre la mejora continua de la calidad en la prestación asistencial y para ello se muestra dispuesto a fomentar la utilización de un conjunto diverso de instrumentos en este ámbito, como estudios de comparabilidad de resultados, modelos de excelencia internacionales, certificaciones o acreditaciones. De hecho, las numerosas certificaciones y acreditaciones recibidas y los resultados obtenidos en los últimos estudios de calidad demuestran que los centros de provisión privada siguen mejorando continuamente su calidad asistencial, como demuestra el crecimiento de la Acreditación QH (Quality Healthcare), de la Fundación IDIS, concebida como un sistema innovador que reconoce la excelencia en Calidad Asistencial de las organizaciones públicas y privadas. Actualmente ya son 115 las organizaciones asistenciales tanto públicas como privadas que gozan de este reconocimiento.

**La importancia de medir los resultados de salud y la calidad percibida (experiencia de paciente) en un sistema sanitario que se precie**

Otro parámetro de calidad de los sistemas sanitarios y sus centros adscritos son los **resultados de salud**. En ese sentido el Estudio RESA 2017, que evalúa 61 indicadores en las áreas citadas, consolida una práctica no solo recomendable, sino necesaria para dotar al paciente de autonomía y capacidad de decisión: dar a conocer los resultados de los hospitales y/o centros asistenciales donde es atendido.

La representatividad de esta edición del Informe es manifiesta (73% de todas las altas y 69% de las urgencias de la sanidad privada) y, sus resultados, el mejor exponente de la calidad técnica y organizativa de la sanidad privada, comparables a los de las mejores redes nacionales e internacionales.

Los 3,38 días de estancia media de ingreso, o la atención de más de 4 millones de urgencias en menos de 30 minutos, o el comienzo del tratamiento oncológico en menos de 2 semanas, entre otros, evidencian la alta accesibilidad.

La calidad y seguridad se sustentan en proporciones de reingreso en hospitalización y retorno a urgencias excelentes y en tasas de supervivencia similares e incluso mejores a las de CatSalut y SERMAS en indicadores como la supervivencia al alta por infarto agudo de miocardio -con un 94,4%-, por insuficiencia cardíaca - 90,6%- o por ictus -86,7%-).

En cuanto a la **experiencia de paciente o calidad percibida** la Fundación IDIS presenta cada dos años su Barómetro de la Sanidad Privada, un análisis que presenta como ventaja y valor añadido que las cuestiones son contestadas en su mayoría por personas que mantienen un doble aseguramiento por el contrario a lo que ocurre con el Barómetro anual del CIS.

En esta quinta edición del informe más de un 66% de los entrevistados tiene contratado un seguro privado desde hace más de 5 años, aumenta el porcentaje de usuarios que recomendaría la sanidad privada (92%) con respecto a la edición anterior y lo hace en todos los segmentos: consulta del especialista, atención primaria, pruebas diagnósticas, ingreso hospitalario y urgencias.

Algunas de las señas de identidad del sector privado, destacadas por los usuarios en esta encuesta de valoración son la amplia cobertura de especialidades, la posibilidad de elección del centro o especialista o la celeridad para realización de pruebas y obtención de resultados.

Todos los indicadores evaluados en el estudio alcanzan una puntuación de notable y por ejemplo la atención asistencial durante el ingreso hospitalario recibe una valoración media de 8,3, seguida de un 8 en el caso del hospital de día y de un 7,9 tanto en el servicio de urgencias como en el caso de consultas de atención primaria y especializada.

**Empleo y actividad del sector privado**

En nuestro país el sector sanitario de titularidad privada fomenta el **empleo de calidad**, da trabajo a más de 252.000 profesionales, de los cuales un 65% trabaja en el ámbito extrahospitalario y un 35% en el ámbito hospitalario. Esto sin duda supone un avance muy importante máxime en momentos donde parte de nuestros profesionales están buscando otros territorios y países para realizar su desempeño profesional con lo que ello supone de descapitalización sanitaria en términos de profesionales altamente cualificados.

La **actividad** que llevan a cabo es muy relevante y contribuye a disminuir la presión asistencial del sistema público y, por lo tanto, las listas de espera. En concreto, en 2014 los hospitales privados llevaron a cabo el 29% (1,4 millones) de las intervenciones quirúrgicas, registraron el 24% (1,2 millones) de las altas y atendieron el 23% (6,1 millones) de las urgencias en todo el territorio nacional. Los datos de actividad indican un crecimiento sostenido de la actividad del sector privado, especialmente en altas, consultas, ingresos y urgencias.

Se debe tener en cuenta que los datos de actividad del sector privado indicados no incluyen aquellos centros con conciertos sustitutorios o aquellos que están integrados en una red de utilización pública, ya que la actividad de estos centros es considerada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como actividad de hospitales públicos-SNS.

Por especialidad, los hospitales privados realizaron el 36% de las intervenciones de Neurocirugía, el 35% (304.430) de las intervenciones de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el 31% de las intervenciones de Angiología y Cirugía Vascular y el 31% de Cirugía General y Digestivo.

**Colaboración público-privada, innovación y calidad asistencial**

Otro de los ítems analizados, junto a los anteriores, en el informe “Sanidad Privada, aportando valor, edición 2017”, ha sido la **cooperación con el sistema público,** sumamente controvertida. A este respecto, es destacable que en 2014 el 11,8% del gasto sanitario público se destinó a la partida de conciertos, lo que refleja la importancia y repercusión que tiene este concepto, teniendo en cuenta que los conciertos se producen fundamentalmente en transporte sanitario, tratamientos de oxigenoterapia y terapias respiratorias, hemodiálisis, diagnóstico por imagen, pruebas de laboratorio y, por supuesto, la discutida asistencia sanitaria, entre otros. Todos ellos descargan de una forma muy notable de presión asistencial, por lo tanto, de listas de espera y de carga financiera al sistema al ser su gestión mucho más eficiente.

El estudio confirma además que más de cerca de dos millones de personas están cubiertas por el régimen de mutualismo administrativo en España. Teniendo en cuenta que la prima media de MUFACE se situó en 2016 en 827 € anuales por asegurado, mientras que el gasto sanitario público per cápita se estima en 1.134 €, supone un ahorro aproximado de más de 300 € por asegurado para la Administración. Es un sistema claramente reconocido por sus usuarios y absolutamente eficiente, y en las actuales circunstancias de problemas de sostenibilidad debería tratar de ampliarse y consolidarse.

Es importante destacar que año tras año, los únicos ciudadanos que tienen posibilidades de elegir entre sanidad pública y privada se decantan en el entorno del 85% de los casos por la sanidad de titularidad privada, es evidente que por algo será, puesto que el sistema privado les ofrece la misma cartera de productos y servicios que ofrece el sistema público de salud, pero con un matiz: acceso libre a especialista a nivel nacional, cero listas de espera.

No podemos olvidar el controvertido tema de las concesiones administrativas, un modelo que se ha demostrado claramente eficiente, con ahorros superiores al 30 % en el gasto per cápita, pero que además cuenta con los mejores resultados, tanto en indicadores sanitarios como en percepción de calidad por sus usuarios (la inmensa mayoría de ellos desconocerán su titularidad, sólo les importa cómo y cuándo les tratan, como es lógico…) y cifras de lista de espera muy por debajo de las medias de las CCAA en las que se encuentran…ante esta situación, que se genere una persecución absurda para acabar con el modelo no responde, y así es reconocido por los responsables sanitarios de dicha CCAA, más que a un tema ideológico…¿debe la ideología primar sobre la lógica asistencial, la calidad y la eficiencia?? Dejo abierta la pregunta y quizá algunos pacientes, en breve, empiecen a demandar que sus impuestos se gasten realmente en proporcionarles el mejor servicio y lo antes posible, no en perpetuar modelos obsoletos de funcionamiento, claramente ineficientes y mantenimientos a ultranza del status quo…no podemos seguir siendo el único país de Europa que mantiene un status funcionarial en la sanidad, cambiando seguridad en el empleo por bajos salarios y cero incentivos al trabajo bien hecho, con modelos hospitalarios de contabilidad presupuestaria, que desincentivan la consecución de beneficios o ahorros, al perderlos para el año siguiente, este sistema es claramente desincentivador a obtener la eficiencia…recuerdo unas palabras de un reconocido profesor de ética que decía, hablando de la ética en el gasto sanitario, que no había ningún problema en obtener beneficios del acto sanitario si se daba en las condiciones adecuadas y con los máximos criterios de calidad, lo que faltaba realmente a la ética y sobre todo a la equidad, era gastar aquello de todos de manera ineficiente, reduciendo las posibilidades de llegar a más con lo que teníamos…este es uno de los grandes problemas de nuestro modelo sanitario público..

**Satisfacción con el sistema**

Pues bien, con esta sucinta radiografía y con todos los condicionantes expresados a lo largo de mi intervención, según la prestigiosa revista científica “The Lancet” el sistema sanitario en su conjunto en España alcanza el octavo lugar en cuanto a calidad en la atención recibida, en el acceso al propio sistema y en el análisis de 32 indicadores de salud.

Bien es cierto, que en lo que a sanidad de titularidad pública se refiere, el “Euro Health Consumer Index”, en su última edición, sitúa a España en la posición número 18, superada por buena parte de los países de nuestro entorno geográfico y a la par que países como Estonia, Eslovenia, Croacia, Irlanda o Italia. El citado índice, supone un comparativo de los sistemas sanitarios europeos y está basado ​​en los derechos de los pacientes, en la información recibida, en la accesibilidad y tiempos de espera, en los resultados de salud alcanzados, en el alcance y rango de los servicios prestados, en la prevención y en los aspectos relacionados con la prestación farmacéutica.

A la vista de este índice y una vez revisada la bibliografía existente al respecto , creo que debemos revisar alguno de los sistemas vecinos, y tenemos que convenir que el **sistema de salud holandés** es un referente a nivel mundial por sus excelentes resultados mantenidos a lo largo del tiempo. Dicho sistema de salud es el único que, desde la aparición de este ranking, ha permanecido año tras año en el top 3.

Holanda, a través de su modelo mantiene una financiación pública y una prestación de servicios privada, es decir, hay una separación de la financiación y la provisión con un catálogo de prestaciones que está entre los más completos de todos los sistemas públicos europeos. En Holanda, el Estado asegura la cobertura de todos los ciudadanos, sin importar edad o historial clínico, todos los ciudadanos están obligados a contratar un seguro médico pero el Estado asegura una serie de ayudas económicas en función de los ingresos y es la legislación quien establece un catálogo mínimo de prestaciones que toda compañía aseguradora debe ofrecer.

El éxito del modelo holandés se basa en decisiones operativas tomadas por autoridades sanitarias con la participación de pacientes y en el hecho de que burócratas, políticos y agencias de financiación están más alejados de la toma de decisiones que en la gran mayoría de los países de la Unión Europea.

La pregunta es evidente, **¿qué nos aproxima y qué nos aleja de este modelo?**, la respuesta es clara a mi modo de ver. Nos aleja la diferencia de modelo, el hecho de tener 17 sistemas de salud con problemas de financiación, acceso, equidad y cohesión con gastos per cápita diferentes; también nos aleja la utilización demagógica y política de los modelos de colaboración público-privada y las dificultades y trabas que se interponen al emprendimiento privado en sanidad y por supuesto el actual marco regulador de la colaboración público-privada en las diferentes CC.AA., con desarrollo de leyes, aparentemente bastante ideologizadas, mas pensadas para impedir la participación del sector privado que en buscar la máxima calidad asistencial en la atención a pacientes y ciudadanos en general.

Y nos aproxima sobretodo la necesidad de un cambio urgente motivado por el incremento constante de las necesidades, por la creciente presión asistencial y financiera, por las insuficiencias evidentes del modelo, por la percepción ciudadana y por las exasperantes listas de espera en el sistema público. Otros factores que contribuyen a esta aproximación son la calidad, la eficiencia, la efectividad, la resiliencia del sector, los resultados de salud alcanzados, la innovación implantada y desarrollada por los centros asistenciales privados y por último y no por ello menos importante, la evolución al alza de la contratación de pólizas de salud a pesar de la situación de crisis económica que hemos vivido; incremento debido fundamentalmente a la confianza, credibilidad y reputación conseguida a lo largo de estos últimos años en los que la provisión y aseguramiento privados han sufrido una transformación evidente.

Llegados a este punto es hora de analizar, aunque sea de forma somera, algunos **indicadores de calidad** de los diferentes sistemas sanitarios:

**Listas de espera un indicador de calidad de un sistema sanitario**

Un medidor indiscutible de calidad de los sistemas sanitarios lo constituyen los **tiempos de espera**. Recientemente, a finales de 2016, el ministerio de sanidad publicaba los datos referidos a este concepto en el ámbito global y territorial, en cada comunidad autónoma, diferenciando la lista de espera quirúrgica de la lista de espera de acceso a especialistas.

Los datos no dejan de ser muy reveladores y preocupantes a la vez, cerca de 604.103 personas se encontraban en España incluidas en dichas listas de espera quirúrgica hace 11 meses, y por lo que hemos ido viendo este número habrá crecido, con una espera media que alcanza los 104 días, pero que, en especialidades complejas como Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Cirugía Pediátrica, etc… esta cifra se ve superada. Esto mismo ocurre en dependencia de la comunidad autónoma en la que fijemos nuestra atención: Canarias 179 días de media, Cataluña 149, Castilla La Mancha 177, Extremadura 125, Comunidad Valenciana 89, etc.

En cuanto a la lista de espera de acceso a especialistas aquí la cifra llega a acercarse a los dos millones de personas con una espera media de 58 días, pero en algunas especialidades como oftalmología, traumatología o dermatología esta cifra se dispara; en cualquier caso, estas cifras varían también mucho entre comunidades autónomas pero son Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía las que lideran este aspecto.

Según advierte un artículo titulado “Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence” publicado en el British Medical Bulletin (Oxford University), las listas de espera son fuentes de incertidumbre y angustia para los pacientes, hasta tal punto que en algunos casos tiene consecuencias adversas para la salud.

Además, y podemos consultar las cifras, tienen un altísimo impacto económico en las prestaciones por Incapacidad Temporal

Tras poner de manifiesto este panorama plagado de incertidumbre para pacientes y familiares, siendo conscientes del enorme problema que tenemos en este sentido y pensando que en vez de mejorar con el tiempo, este problema de demoras se va a ir recrudeciendo por la ingente y creciente demanda asistencial vinculada al envejecimiento y la cronicidad, la Fundación IDIS ha planteado un plan de choque de listas de espera quirúrgica, de tal forma que aportando todos los recursos disponibles se pudiera alcanzar el objetivo “listas de espera a cero” en pocos meses y a partir de ahí establecer una estrategia concreta y conjunta de abordaje y solución también en el medio y largo plazo. La gran ventaja en no tener que dotar recursos extraordinarios, tanto económicos como de recursos humanos, como sí debería hacer el entorno sanitario de financiación pública.

Desde el punto de vista financiero se evaluó el coste en aproximadamente 1.500 millones de euros, cantidad que por otra parte va a ser gastada en este mismo capítulo por la sanidad pública, pero con una eficiencia y efectividad mucho menor. Ello supondría procurar una dotación extraordinaria del 1,5% sobre el gasto total de 2017 de la sanidad en España y el conjunto de las Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta que un tercio de la misma, 450 millones aproximadamente podría retornar a las administraciones vía impuestos.

En este contexto económico, el gobierno anunció una partida extraordinaria de más de 5.300 millones de euros a los presupuestos de las comunidades autónomas para que los destinaran a aquello que cada cual considerase más necesario y urgente. Qué mejor que emplear parte de ese dinero, menos de un 30%, a este capítulo que como hemos visto genera tanta incertidumbre y preocupación en los ciudadanos (insisto en que la sanidad es ya una de las seis preocupaciones más importantes para los españoles según la última encuesta del CIS y la salud es sin duda el bien más preciado que poseemos junto al de la vida).

Se ha demostrado en múltiples encuestas que la preocupación fundamental para los ciudadanos no es si el centro en el que son atendidos es de titularidad pública o privada, lo que sí que es relevante y así lo manifiestan los participantes en los diferentes estudios es que la atención sea pronta y eficaz por parte de los mejores profesionales, con los mejores medios y en las mejores condiciones posibles, lo demás es demagogia. En este sentido un último apunte, todos los profesionales sanitarios se forman en diferentes universidades, pero con los mismos criterios de evaluación, medicina solo hay una, buena o mala y tanto el paciente como el profesional son los mismos independientemente de la titularidad.

Para finalizar este capítulo tan solo exponer que en la Fundación IDIS estaremos muy atentos a los datos de este capítulo que verán la luz en próximas fechas, y esperamos que las CCAA informen a sus pacientes, a esos que las financian con sus impuestos, de qué han hecho –o qué no- para solucionar este gravísimo problema y den explicaciones al respecto de porqué siguen sin solucionarlo, cuando han tenido alternativas diferentes a las utilizadas habitualmente, que desgraciadamente ya han demostrado, en repetidas ocasiones, que no han conseguido los resultados esperados…no podemos esperar resultados diferentes si seguimos haciendo lo mismo, con programas ya conocidos, llámense programas de gestión o peonadas, que además no son los mejores, al generar incentivos perversos y que tratan de autoperpetuarse indefinidamente y generan un gasto extra al ya generado por la cirugía en sí…los pacientes deben ser los jueces de su sistema sanitario y por lo tanto han de evaluar el porqué no se resuelven sus problemas cuando hay opciones para ello…

**Propuestas de futuro**

Tras toda mi exposición he tratado de demostrar un hecho que ha sido refrendado desde la Unión Europea, la sanidad privada es un aliado estratégico que permite garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, y la propuesta de la Fundación IDIS para poner las listas de espera a cero se enmarca en el cumplimiento uno de sus objetivos fundacionales, conseguir la mejor integración de los sistemas sanitarios público y privado, liberando recursos, contribuyendo a una mayor y mejor accesibilidad de la población a la atención sanitaria y despolitizando su discurso y análisis.

En palabras de Cristina Contel, vicepresidenta de la Unión Europea de Hospitales Privados (UEHP) y Presidenta de la Alianza de la Sanidad Privada Española, “es necesario despolitizar la sanidad, las políticas populistas que se resisten a los nuevos tiempos deben ampliar miras y estar abiertos a cambios que mejoren la eficiencia y la efectividad. Para ello, es necesario implementar una estrategia inclusiva que involucre a los dos entornos de provisión y aseguramiento. Los sistemas europeos de salud tienen que dejar de mirar al pasado, a los sistemas tradicionales, y centrarse en la satisfacción del paciente, que debe poder elegir libremente por quién es tratado. Todo ello contribuirá a una sana competitividad, que es también complementariedad, lo que mejorará la calidad del servicio”.

Por todo ello y para no perder la competitividad de nuestro sistema sanitario respecto de otros países de nuestro entorno, para no caer en mayores problemas de solvencia y sostenibilidad y para continuar teniendo uno de los mejores modelos del mundo en términos de productividad y resultados, la nueva realidad social y económica requiere una reforma global de nuestro Sistema Sanitario en la que han de participar todos los agentes implicados teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

1. Estimular la convergencia de nuestro modelo “Beveridge” con modelos “Bismark” como el holandés aprovechando las bondades de ambos.
2. Aplicar criterios de eficiencia en la gestión en todas las CC. AA con planificación, individualización y profesionalización de las propuestas.
3. Impulsar la colaboración público – privada a la vez que generar marcos estables y predecibles de actuación.
4. Aprovechar todos los recursos disponibles. Evitar duplicidades y solapamientos de servicios.
5. Garantizar la gobernanza del sistema y la estabilidad de las instituciones sanitarias.
6. Corresponsabilizar al ciudadano en la gestión de su propia salud fomentando la educación socio-sanitaria.
7. Generar cambios estructurales en la provisión (Más unidades de cuidados intermedios junto a una mayor dotación de centros de media y larga estancia).
8. Priorizar las prestaciones. Una bolsa única para sanidad y dependencia con una financiación finalista.
9. Acreditar centros y profesionales en pos de una mejora de la calidad ofertada.
10. Planificar el aprovisionamiento de bienes y servicios. Actuar sobre la logística mediante servicios compartidos y centrales de compras.
11. Fomentar la innovación y los procesos de I+D, así como su implantación de una forma ágil, eficiente y eficaz.
12. Incorporar de una forma decidida las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) al proceso asistencial e investigador.
13. Usar el “big data”, el “smart data”, el “machine learning”, la inteligencia artificial y la realidad virtual y aumentada en la toma de decisiones con aprovechamiento de la información que tenga como objetivo establecer modelos predictivos que permitan a su vez elaborar protocolos específicos de actuación.
14. Alejar el discurso político de nuestra sanidad en aras a una adopción de medidas más técnicas en beneficio del paciente y del propio profesional sanitario.

**Cierre**

En definitiva, desde la Fundación IDIS consideramos que el sector del emprendimiento privado en sanidad y la sanidad de titularidad privada en particular forman parte de la solución a los graves problemas que padecemos en el contexto sanitario, nunca pueden ser vistos como parte del problema, tal y como algunas partes interesadas están empeñadas en enfatizar y hacernos ver.

No se puede obviar a un sector que representa a más de 10 millones de españoles, que aporta el 30 % la actividad sanitaria de nuestro país, representando un porcentaje similar del gasto, llegando a significar 3,5 puntos del PIB, más de 35.000 millones de euros.

Hay que intentar cerrar un Pacto por la Sanidad que permita alejar la influencia política de la asistencia sanitaria, una reforma de la Ley General de Sanidad es fundamental, así como de las normas que la acompañan y complementan, y para ello, es prioritario que todo se sustente en un diálogo abierto, sin complejos ni apriorismos y con altura de miras, de tal forma, que entre todos seamos capaces de generar escenarios de certidumbre, seguridad jurídica y estabilidad que nos permitan seguir construyendo un sistema que ejerza un liderazgo evidente dentro de este nuevo orden mundial que se está gestando.

Muchas gracias.

**Dr. Manuel Vilches**

**Director General de la Fundación IDIS**