



CONSIDERACIONES DE SESPAS sobre el ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD del SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

NOTA: este posicionamiento es una versión revisada del que emitió la sociedad SASPAS-HIPATIA, que es una de las sociedades federadas de SESPAS

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía (JdA) ha acordado a instancias de la Consejería de Salud la tramitación del **ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA** (ALGS-SSPA)

En su trámite de audiencia pública, la Consejería de Salud ha pedido informe a SESPAS, que a su vez lo ha solicitado a Hipatia- SASPAS (08.08.2015). SESPAS hace suyo el informe de Hipatia-SASPAS con ligeros cambios que contribuyen a enriquecerlo.

Concientes de la trascendencia para el Sistema Sanitario de la iniciativa adoptada por la Consejería de Salud con este anteproyecto de ley (ALGS-SSPA) desde SESPAS queremos trasladar a la Consejería de Salud, algunas consideraciones sobre el mismo a fin de que sean tenidas en cuenta a efectos de la redacción definitiva si se estima oportuno.

El informe se organiza en dos grupos de consideraciones relativas a

A) Los fines y alcance de la Ley

B) Los instrumentos definidos en su contenido y posibles formulaciones alternativas y propuestas de mejora del texto

SOBRE LOS FINES Y ALCANCE DE LA LEY

Compartimos y aplaudimos el objeto de la Ley expuesto en su A.1 y el objetivo manifestado en la exposición de motivos (apartado III) de que la Ley represente un instrumento para desarrollar un autentico contrato social para la consolidación y fortalecimiento del sistema.

De igual modo, debe destacarse la importancia del desplazamiento a la primera línea de la agenda política y de la discusión de la ciudadanía del debate acerca de los valores y principios clave respecto a los principios y valores sobre los que se



construye el Sistema Sanitario Público como instrumento destacado de un modelo de Estado que orientado hacia la igualdad y la justicia social

La sostenibilidad es uno de los ejes de debate y preocupación constante dentro de los sistemas sanitarios, al que SESPAS ha dedicado atención y parte de su trabajo desde el inicio de la nueva etapa [cfr.: primeras jornadas de SESPAS: 16-17 febrero de 2012]

A pesar de todo el debate no parece existir consenso en definir el significado, contenido y alcance operativo del concepto en el ámbito de los servicios de salud más allá de que: el incremento de recursos consumidos por el sistema y la calidad de los efectos que produce requieren estar acompañados con la capacidad de generar los primeros y de garantizar el impacto positivo de los segundos y la minimización de los adversos, a través del tiempo y para beneficio de generaciones futuras.

Es digno de reconocer el esfuerzo planteado en la Ley por formular una definición integral de sostenibilidad, incorporando las dimensiones económica, medioambiental, social y del conocimiento, la investigación y la innovación. No obstante en el marco de las definiciones del A.2 no se formula, aparte de la general -con un marcado y pertinente aroma ecológico-, nada más que la definición de sostenibilidad social. Sería bueno a efectos operacionales avanzar definiciones específicas de sostenibilidad económica y de gestión del conocimiento, la investigación y la innovación.

Si la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos tal como están organizados es estructural o no, es un tema a tener en cuenta en los diseños a largo plazo. A más corto la sostenibilidad como problema coyuntural es una cuestión de primer orden y está mejor caracterizada como sostenibilidad fiscal, agudizada por la crisis económica y los efectos de las políticas de ajuste del gasto público.

La capacidad de generar ingresos del estado español (todas las administraciones) medido en términos de PIB es de las más bajas de la UE y este es el punto de partida desde donde se llega a la financiación del SSPA que es el más bajo de España.

RECAUDACIÓN TOTAL de las AAPP en porcentaje del PIB. PAISES de la UE 2006-14
Fuente: Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alemania	43	43,1	43,5	44,4	43,1	43,7	44,3	44,5	44,6
Austria	47,7	47,8	48,3	48,8	48,3	48,2	48,7	49,5	49,9
Bélgica	47,9	47,6	48,3	47,7	48,4	49,3	50,7	51,5	51,1
Bulgaria	36,1	39,4	39,3	36,4	34,1	32,6	34,7	37,1	36,4
Chipre	37,9	41,2	39,6	36,9	37,7	37	36,3	36,5	40,3
Croacia	41,6	42,2	41,6	41,2	40,8	40,6	41,3	41,8	42,3
Dinamarca	54,8	54,6	53,7	54	54,3	54,8	54,9	55,9	58,5
Eslovaquia	34,9	34,1	34	35,9	34,5	36,4	36	38,4	38,9
Eslovenia	42,9	42,1	42,1	42,3	43,6	43,6	44,4	45,2	45
España	40,5	40,9	36,7	34,8	36,2	36	37	37,5	37,8
Estonia					40,6	39,1	39,5	38,4	39,4
Finlandia	52,3	51,9	52,4	52,2	52,1	53,3	54,2	55,4	55,5
Francia	50,2	49,7	49,8	49,6	49,6	50,8	51,8	53	53,2
Grecia	38,7	40,1	40,6	38,7	41	43,6	45,2	47	45,8
Hungría	42,5	45,2	45,3	46,2	45,2	44,4	46,4	47,3	47,6
Irlanda	36,9	36,2	35	33,7	33,6	33,5	34,2	34,8	34,9
Italia	44	45,2	45,1	45,9	45,6	45,6	47,4	47,7	48,1
Letonia	35,5	33,3	33	34,5	36	35,5	35,8	34,8	35,5
Lituania	33,9	34,3	34,8	35,6	35,4	33,5	33	32,8	34,3
Luxemburgo	41	42,3	42,6	44,5	43,3	42,6	43,5	44,5	44,7
Malta	39,7	38,9	38,4	38,5	37,7	38,3	39	39,8	41,7
Países Bajos	43,7	42,9	44	42,7	43,2	42,7	43,5	44,5	44,3
Polonia					38,2	39	39,1	38,2	38,6
Portugal	40,9	41,5	41,6	40,4	40,6	42,6	43	45,2	44,5
Reino Unido	40,1	39,9	41,5	38,9	39	39,2	38,6	39,8	38,7
República Checa	38,5	39,3	38,1	38,1	38,6	39,6	39,8	40,7	40,1
Rumania	33,1	35,4	33,4	31,8	33	33,7	33,4	32,8	33,4
Suecia	53,5	53	52,3	52,4	52	51,4	51,7	51,9	51,1

MEDIA 41,9923077 42,3884615 42,1153846 41,7730769 41,6321429 41,8071429 42,4071429 **43,0892857** **43,4357143**

Tabla 5. Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2013

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	8.812	6,2%	1.044
Aragón	1.656	5,0%	1.229
Asturias (Principado de)	1.520	7,1%	1.423
Balears (Illes)	1.278	4,9%	1.150
Canarias	2.553	6,3%	1.205
Cantabria	801	6,6%	1.354
Castilla y León	3.391	6,3%	1.346
Castilla-La Mancha	2.506	6,6%	1.193
Cataluña	9.265	4,7%	1.227
Comunitat Valenciana	5.671	5,8%	1.109
Extremadura	1.543	9,1%	1.397
Galicia	3.559	6,5%	1.287
Madrid (Comunidad de)	7.403	3,8%	1.140
Murcia (Región de)	2.086	7,8%	1.417
Navarra (Comunidad Foral de)	892	5,0%	1.384
País Vasco	3.394	5,3%	1.549
Rioja (La)	415	5,4%	1.288
Comunidades Autónomas	56.746	5,4%	1.208

<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>



Este marco financiero general, elemental y muy de alto nivel y que precisaría de mayor detalle expositivo, es el que determina la sostenibilidad financiera que no es la única dimensión relevante de la sostenibilidad pero es determinante para la sostenibilidad económica.

Estimamos de gran relevancia y compartimos el objetivo de que la ley *garantice la financiación necesaria y suficiente, con carácter finalista, para que el SSPA pueda llevar a cabo las actuaciones que tiene encomendadas*, pero consideramos que su materialización es difícil en el solo contexto de la financiación de la Comunidad Autónoma de Andalucía, donde la función salud compite además con otras funciones relevantes (algunas de ellas con impacto en salud desde una perspectiva intersectorial de la salud) y donde el marco de generación de nuevos recursos endógenos es limitada.

En este sentido entendemos que la financiación del SNS es una cuestión de estado que afecta a la política fiscal general de quien depende la capacidad recaudatoria fundamental. Estaría bien a la hora de definir el SSPA (A.3) hacer alguna referencia a la articulación del mismo con el SNS, de hecho en los antecedentes jurídicos citados en la exposición de motivos no se hace referencia alguna a la Ley General de Sanidad, cuyas bases están embebidas en los desarrollos legislativos autonómicos y es punto de referencia de la articulación solidaria de los sistemas regionales.

Por otra parte, consideramos que existe una gran preocupación por los efectos que en el gasto sanitario de Andalucía pueda tener la nueva regulación establecida en la Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

A partir de la entrada en vigor de dicha Ley, la Comunidad Autónoma tendrá que remitir periódicamente al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas información sobre todo su política sanitaria. Deberá comunicar los datos sobre su gasto farmacéutico, sobre las inversiones realizadas en equipos de alta tecnología sanitaria de uso hospitalario, así como las medidas que Andalucía está realizando para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del SAS. Además, si Andalucía tuviera que adherirse al nuevo fondo, que la Ley denomina “instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario de las Comunidades Autónomas”, su autonomía político-sanitaria puede quedar gravemente comprometida y condicionada (STC 215/2014, de 18 de diciembre). Su gasto farmacéutico no podría crecer por encima del porcentaje de crecimiento del PIB. Esta medida puede tener un gran impacto social en la medida en que supone vincular el gasto farmacéutico de Andalucía, no con la salud de su población, sino directamente con la economía del país y su crecimiento, de manera lineal y sin posibilidad de priorizar.



Las consecuencias que para Andalucía tendría el incumplimiento de esta nueva “regla de gasto sanitario”, serían de gran importancia. En primer lugar, si sus gastos crecen por encima del porcentaje de crecimiento del PIB, no podría aprobar su propia cartera de servicios complementaria. En segundo lugar, el acceso al reparto de recursos económicos del Estado que le correspondan en materia sanitaria quedaría condicionado al informe previo del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas previsto en el art. 20.3 de la Ley Orgánica 2/2012 y, por último, se vería obligada a aplicar forzosamente las medidas de mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario que sean acordadas por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos (que a día de hoy todavía no conocemos).

En virtud de este mecanismo, pues, cabe que sea un órgano del Estado el que acabe determinando y condicionando directamente la política y los planes sanitarios de Andalucía, dificultando que ésta pueda legítimamente adoptar la decisión de aumentar la inversión en sanidad (si así lo decidiera) y disminuirla en carreteras, por ejemplo, para cumplir con los mandatos generales ya introducidos en la Ley Orgánica 2/2012 de estabilidad presupuestaria.

Con independencia de lo anterior, el resto de medidas que se plantean para la sostenibilidad económica (Capítulo II) por el lado del control eficiente del gasto y que en muchos casos se vienen aplicando sin suficiente cobertura normativa, son de gran interés:

- Plan de Gestión del SSPA para cuatro años con previsiones de financiación
- Compra de bienes y servicios
- Uso racional del medicamento
- Tecnologías sanitarias
- Profesionales del SSPA

Un componente fundamental de la oferta y por tanto del gasto es la cartera de servicios. La ley aborda la cartera explícitamente dentro del Título I de Garantías (A.8.) y de manera implícita en cuanto aborda *la incorporación de tecnologías sanitarias en el SSPA* (A.16). Tal vez sería conveniente un apartado específico en el que se explique y maticen los principios en que debe basarse, más allá de la aplicación de los principios generales de la Ley (A.4), la definición de la cartera de servicios -en enmarco competencial de la CAA- incluida su financiación. Una opción tan tajante como la que se establece en el A.2.1 sobre *sistemas de copago* puede eventualmente sacrificar el acceso a posibles prestaciones a personas con necesidad y sin recursos ante la insuficiencia financiera para una aplicación general, sobre el principio de que un servicio para todos por igual para el que no hay financiación se pueda convertir en un servicio para nadie, con el consiguiente impacto en la equidad entendida en su dimensión de justicia.

Por otra parte, la norma debería subrayar con mayor intensidad el objetivo final de impacto en los resultados en salud de la población. En esta línea, el conjunto de



elementos garantistas que la misma plantea únicamente cobran sentido en tanto se encuentre plenamente orientados hacia la mejora de la salud del conjunto de la ciudadanía y de cada uno de los individuos que la componen.

Andalucía fue pionera en el desarrollo de la Bioética y entendemos que debería formar parte de los instrumentos recogidos en esta ley, como elemento clave para la perdurabilidad del SSPA en todos los ámbitos de decisión, para el funcionamiento de centros y UGC, así como en la actividad investigadora y en las relaciones con la población.

SOBRE LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS EN SU CONTENIDO Y POSIBLES FORMULACIONES ALTERNATIVAS Y PROPUESTAS DE MEJORA DEL TEXTO

A.3 Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Resultaría oportuno, por la trascendencia de la definición, reflexionar acerca del sentido de la definición planteada.

A.9 Garantía de la universalidad de la asistencia

La redacción de este artículo, que limita la garantía de la asistencia sanitaria a los titulares de derecho definidos en el artículo 3 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, permite interpretaciones restrictivas excluyentes para poblaciones vulnerables que no reúnan los criterios establecidos en este artículo, en contra del compromiso que quiere asumir este texto y que queda claro en la exposición de motivos y en el artículo 1. SESPAS se ha pronunciado reiterada y claramente en contra de los decretos Real Decreto Ley 16/2012 y el Real Decreto 1192/2012 por lo que significan de retroceso en el derecho universal a la salud y cambio en el modelo del sistema nacional de salud.

A.12 Plan de Gestión del SSPA

Apartado 2.c: completaría el texto añadiendo Desarrollo Profesional a las líneas de Formación

A.14. Compra de bienes y servicios

Apartado 1: incorporar un subapartado n) que haga referencia a desarrollo de modalidades de contratación de Compra Pública Innovadora

Apartado 2: no vemos necesidad de comprometer necesariamente el modelo de compra centralizada a nivel provincial con norma con rango de Ley, se podría sustituir con un se podrán crear estructuras de compras a nivel provincial

A.17 Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.



Resultaría oportuno valorar la incorporación de una referencia a modelo de gestión por competencias como sistema de formación, selección y reconocimiento de los profesionales.

A.21 d) y e) Carácter estratégico de las TICs para el SSPA y Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

A. 22 Calidad de los servicios

No se hace referencia y debería a hacerse explicando su ámbito y articulación con el resto de planes a la elaboración de Plan de Calidad

A.24 Atención a la cronicidad y Plan de atención a Crónicos.

Este aspecto relevante tiene que ver no solo con la atención de un grupo específico sino con una reorientación de los servicios sanitarios y un cambio de enfoque y de cultura de los mismos, en esta línea no parece muy adecuado hacer referencia expresa al cambio en atención primaria: cambiando el enfoque de la atención primaria hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la atención a la cronicidad, la atención sociosanitaria. Entendemos que ese cambio de enfoque, absolutamente necesario, aplica al conjunto del sistema sanitario y especialmente a la atención hospitalaria y requiere un rediseño y cambio de políticas que favorezcan el cambio y un papel renovado y más empoderado de la atención primaria y comunitaria (que incluye todos los servicios prestados en el ámbito comunitario y de proximidad).

Una posible redacción alternativa sería: cambiando el enfoque de la atención sanitaria hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la atención a la cronicidad, la atención sociosanitaria, centrada en el paciente y soportada en la atención primaria y comunitaria

A. 25 Gestión Clínica.

Se echa de menos una definición funcional de la gestión clínica que de cara futuro permita disponer de un criterio normativo para la delimitación y evaluación de las mismas. En ese sentido no se avanza ningún principio que permita caracterizar en qué consiste la alta autonomía y la corresponsabilidad para la gestión y de que manera se alcanza, se evalúa y/o se corrige en su caso esta autonomía y corresponsabilidad (A.25.2)

No está claro quienes son las entidades que conforman el SSPA cuyo máximo órgano de dirección creará por resolución las Unidades de Gestión Clínica. No se formulan criterios por los que se crearán, ni tampoco sobre cómo se modifican o se suprimen y las posibles garantías que se puedan conceder para argumentar la impugnación o alegación a la resolución.



Se consagra el principio de vinculación previa al SNS, aunque flexibilizado en las formas de vinculación, como requisito para acceder a los puestos de estructura de dirección de las UGC. En un contexto de movilidad europeo se podría mantener como requisitos exclusivos de acceso a los puestos de estructura de dirección de las UGC la competencia profesional independiente de los vínculos previos con el SNS.

A.26 Coordinación de servicios sociales y sanitarios

Posiblemente sea este uno de los aspectos más considerados y reconocidos en el entorno europeo al abordar los problemas del desafío demográfico y su impacto en la sostenibilidad de los sistemas de salud y servicios sociales. Existe un gran espacio de ganancia en eficiencia social no ya en la coordinación sino en la integración de servicios. Somos conscientes de las dificultades y complejidad asociada a la integración, si por ello se entiende a integración organizativa, pero entendemos que en el marco de una Ley de sostenibilidad y garantías no se debería renunciar al objetivo de la integración de servicios al menos desde la perspectiva del usuario-paciente-ciudadano y no sólo desde la de los proveedores de servicios.

Una posible formulación alternativa del A.26.1 sería: “Los recursos de los servicios sociales y sanitarios se coordinarán para prestar servicios integrados que apoyen y faciliten la mejor calidad de vida posible de cada persona que lo necesite , contando con su entorno más próximo y ateniéndose a principios de calidad, eficiencia y uso racional de los recursos”

A. 30 Impacto del conocimiento, la investigación y la innovación en la sostenibilidad del SSPA

El A. 30. 1 Asigna a la Administración Pública Sanitaria de Andalucía el establecimiento de los instrumentos presupuestarios y organizativos necesarios para garantizar la disponibilidad del mejor conocimiento, así como que el mismo se transforme en innovación que incida directamente en la calidad y eficiencia del servicio público de salud y en desarrollo social y económico. ¿Por qué la Admon. Sanitaria y no todas las Administraciones Públicas sometidas al ámbito de la Junta de Andalucía que tienen que ver con la gestión del conocimiento y la innovación? Donde pone Administración Pública Sanitaria pondría Administraciones Públicas de Andalucía sometidas al ámbito de esta Ley.

El A.30.2 parece establecer una distinción entre generación de conocimiento, la investigación y la innovación. Sería conveniente que la Ley contribuyese a aclarar normativamente (lo que la Ley entiende por ello y en consecuencia aplica) el contenido estos conceptos que no se definen en el A.2. La investigación es un instrumento de generación del conocimiento, en tanto que la innovación lo es de aplicación del conocimiento y entre ambos hay un abanico indefinido de aspectos relacionados que conjuntamente son objeto de la gestión del conocimiento.



La sostenibilidad del Conocimiento, la Investigación y la Innovación, puesto que no se define parecería estar en relación con su sostenibilidad económica que en este caso se soportaría en el retorno vía generación de valor producida por la aplicación exitosa de las innovaciones.

A 31. Compromiso presupuestario en la generación de conocimiento, investigación e innovación en Salud

A 31.1 En la formulación del objetivo estratégico que se persigue con la inversión en investigación e innovación se hace referencia a situar la investigación en biomedicina y ciencias de la salud cuando de lo que se habla es de investigación y la innovación y para esta no se formula un objetivo similar y adecuado tal como situar al SSPA como un referente internacional de innovación.

A 31. 2 Cuando se habla del retorno a la sociedad de las inversiones para la generación de conocimiento (investigación), pareciera que se aplica exclusivamente una perspectiva de sistema de investigación al SSPA y no de innovación (aplicación exitosa del conocimiento y sus desarrollos tecnológicos en forma de productos –bienes y servicios-).

El objetivo de retorno está en la transferencia y aplicación a la práctica clínica, por un lado y por otro la transferencia al sector productivo (biotecnológico e industrial) y a la creación de riqueza, lo cual implica tácitamente que el SSPA no pertenece al sector productivo ni es creador de riqueza, lo cual además de no ser cierto genera una visión de la innovación centrada en la transferencia al mercado, lo cual no deja de ser una visión parcial y que aleja la cultura de la innovación de la producción de servicios sanitarios.

A 32. Agentes del conocimiento.

Da la impresión de que el articulado se orienta a consolidar las formas existentes en este momento de las estructuras del conocimiento, lo cual tratándose de una Ley con vocación de perdurabilidad puede convertirse en una limitación estratégica en un campo tan abierto al cambio y la novedad.

En este sentido se pierde una oportunidad para identificar a las estructuras asistenciales: Centros Sanitarios y UGC, a las que ni se menciona, como las estructuras genuinas de adaptación y aplicación del conocimiento en salud. Igualmente parece limitarse el ámbito de la gestión (del conocimiento y otros activos) a las Fundaciones Gestoras (A 32.3) cuando su papel debería ser instrumental y asociado a otras entidades de gestión como las correspondientes a Centros Sanitarios y UGC que son las que tienen la responsabilidad de la gestión de la producción a la que está necesariamente asociada la innovación.



En línea con lo anterior se precisa ser más explícito con la gobernanza del Sistema de Conocimiento del SSPA (a 32.4) si es que éste incluye la innovación aunque solo sea en parte.

A 33. Plan Estratégico de Investigación e Innovación

Se consagra y digno de consideración la elaboración de un Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud. Igualmente se hace referencia a la incentivación a los profesionales que lleven a cabo actividades innovadoras. Sería conveniente incluir como sujetos de la innovación no sólo a los profesionales sino a las organizaciones, internas y externas, que participan en las actividades de innovación y que habitualmente requieren trabajo colaborativo e interdisciplinario.

Habría que hacer una referencia a la ordenación de los incentivos y barreras a la innovación, especialmente sobre la participación de los profesionales en iniciativas empresariales (spin off, start up, etc.) y las referentes a los conflictos de interés en su caso.

A 35 Plan Integral de Formación

Incluir además e formación Desarrollo Profesional. De igual modo, la formulación del Plan debiera incorporar las correspondientes referencias tanto a la equidad en el acceso a la formación como al establecimiento de un marco de alianzas con otros agentes públicos implicados en la formación de los profesionales sanitarios.

Disposición adicional única. Garantía de los derechos de los usuarios ante los centros e instituciones sanitarias de titularidad privada.

Cuando se hace relación de los derechos a aplicar en este ámbito se referencia como contemplados en el artículo 8, cuando debería referirse al artículo 7.