

# LOS CAMINOS HACIA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Un acercamiento a la realidad:  
planteando incertidumbres de futuro

Pablo García Sánchez



Conferencia impartida en el **X Seminario Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos** celebrado los días 28 y 29 de noviembre de 2017 en el Aula Magna de la Universidad CEU San Pablo de Madrid.

## **COLECCIÓN TESSERA HOSPITALIS**

Griegos, romanos, celtas...los pueblos de la Antigüedad sellaban sus pactos en las tesseras. Estas planchas, normalmente de metal y escritas por ambas caras, eran usadas como contrato, contraseña, distinción o sello de amistad, y, por supuesto, eran sagradas e inviolables. Los pueblos celtas las usaban principalmente para cerrar los pactos de hospitalidad (Tessera Hospitalis) y su valor era vinculante.

Editamos desde el Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos esta colección en formato digital e impreso, como exige ya el siglo XXI, guiados por el espíritu original de la tessera, es decir, como sello de amistad y hospitalidad con el lector. Tessera Hospitalis es una apuesta por el conocimiento compartido y quiere ofrecer un compromiso vinculante: abrir la puerta al lector a las reflexiones de nuestros contemporáneos más lúcidos.

Los arqueólogos han descubierto tesseras divididas en dos partes que encajaban a la perfección para permitir la lectura del acuerdo. Tiene en sus manos nuestra parte, le invitamos a que disfrute de la suya.

Sea bienvenido a Tessera Hospitalis

Colección Tessera Hospitalis. Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos  
Autor: Pablo García Sánchez

Diseño, maquetación e impresión: Mediación, Imagen y Comunicación  
[info@mediacioneimagen.com](mailto:info@mediacioneimagen.com)

ISBN: 978-84-697-9588-0

Depósito Legal: M-4001-2018

Enero 2017

La viabilidad económica a medio/largo plazo del actual sistema sanitario español se encuentra en tela de juicio. Sus logros históricos son innegables y unánimemente reconocidos: aseguramiento universal, equidad, calidad... Sin embargo, su funcionamiento y mecanismos de financiación fueron concebidos en un momento histórico y para unas circunstancias económicas y sociales que pertenecen únicamente al pasado. Es por ello que las profundas transformaciones sociales, económicas y humanas experimentadas en España en las últimas décadas, y que van a continuar en el futuro –por ejemplo, el envejecimiento de la población o el incremento de los costes de la tecnología sanitaria-, dificultan gravemente la capacidad del estado de hacer frente a los compromisos asumidos.

En vista de la presión ejercida por dichos factores, que indudablemente seguirá una trayectoria alcista en el futuro próximo, es fundamental el diseño y la puesta en marcha de reformas estructurales que garanticen la sostenibilidad del sistema sanitario a medio y largo plazo.

El punto de partida del sector sanitario en España es favorable, constituye uno de los principales sectores de nuestra economía. En 2014, empleó a más de 1.400.000 trabajadores, siendo el gasto en salud (público más privado) mayor al 9 % del PIB.

Los españoles disfrutamos de una esperanza de vida entre las más altas del mundo, los resultados clínicos son similares a los de países con economías punteras como Suecia o Alemania (podemos destacar por ejemplo las mismas tasas de supervivencia a enfermedades como el cáncer) y su coste es inferior a la mayoría de los países desarrollados. Todo ello ha convertido al sistema sanitario español en un referente a nivel mundial por su universalidad, equidad y calidad.

Sin embargo, y como veremos más adelante, el sistema se encuentra en una delicada encrucijada, tanto desde el punto de vista legislativo – modificaciones tras la aprobación del Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad-, como económico. Los riesgos más notables son de carácter financiero, de aumento de demanda y de escasez de recursos.

Tras la crisis económica y los recortes del gasto en el estado del bienestar (una media de un 10% en salud) llevados a cabo entre 2011-2014, los expertos se han centrado en proporcionar algunas claves para aumentar los ingresos (copagos, subida de impuestos o lucha contra el fraude fiscal) y para mejorar la eficiencia de los recursos (potenciar la atención primaria, mejorar la coordinación de los servicios o controlar las políticas farmacéuticas). Sin embargo las dificultades a las que se enfrenta el sistema necesitan soluciones estructurales, profundas y consensuadas por todos los agentes implicados. De lo contrario se estarán tomando medidas insuficientes que harán más profundas las desigualdades asistenciales y sociales, especialmente entre las distintas Comunidades Autónomas, y que estarán lejos de garantizar la sostenibilidad del SNS.

Distintos informes realizados por entidades como la Fundación de las Cajas de Ahorro (FUNCAS) o la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) coinciden en señalar el preocupante incremento de las desigualdades en salud tanto en el acceso a servicios sanitarios como en los hábitos de vida de los españoles según su comunidad autónoma de residencia. Un ejemplo significativo son los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad que constatan el aumento del tiempo de las listas de espera quirúrgicas en el SNS y señalan una diferencia más acentuada entre comunidades (Canarias, - 182 días-, frente a La Rioja, 49 días o el País Vasco, 50).

## **Un enfoque global**

La promoción de la salud supone proporcionar los medios que permitan alcanzar a toda la población sus metas, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse a su medio natural. Por tanto, la idea de salud transciende los meros servicios clínicos y médicos, y por ello, no concierne únicamente al sector sanitario.

Dicho de otro modo, las condiciones y los factores necesarios para lograr un bienestar integral no pueden ser proporcionados exclusivamente por el sector sanitario, sino que requieren involucrar a todos los asociados, prestando especial atención a la sociedad civil y al sector privado. En este contexto, la acción coordinada de los diversos actores se convierte en esencial para que el sistema sea eficiente.

En su Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la Organización Mundial de la Salud identifica la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad como los determinantes más importantes de la salud. De acuerdo a esta visión global de la promoción de la salud, tanto las medidas o reformas que aborden la sostenibilidad del sistema como el debate y las acciones posteriores sobre la viabilidad del sector sanitario deben tener en cuenta estos factores y no considerar exclusivamente los de tipo económico-financiero.

Al mismo tiempo, esta línea de pensamiento evidencia que alcanzar la sostenibilidad del sistema sin erosionar la promoción de la salud requiere combinar multitud de enfoques, entre los que figuran consideraciones económico-financieras, medioambientales, sociales, demográficas y organizativas.

Es la acción conjunta y coordinada la clave que garantiza la salud y el progreso económico, social y humano de toda la población y de las generaciones futuras. Debemos ser conscientes del fuerte vínculo existente entre la salud del ciudadano y su entorno socio-ecológico y

por ello es fundamental invertir y proteger los ambientes naturales y artificiales, así como preservar los recursos naturales. Y es que hoy más que nunca debemos reconocer el impacto negativo que tienen, y tendrán más aún en el futuro, la degradación ambiental y el cambio climático en la salud y el bienestar, particularmente entre las clases más desfavorecidas.

La búsqueda e implantación de este enfoque socio-ecológico a la salud necesita de una participación activa de la ciudadanía en tareas como la fijación de objetivos y metas, el diseño de estrategias y planes de acción, la obtención de recursos para su puesta en marcha, la evaluación de resultados...

Este acercamiento global al desafío de la sostenibilidad del sistema sanitario necesita una transformación en las acciones y organización del sistema de forma que se preste mayor atención a mejorar las condiciones de vida cotidiana y el bienestar social a lo largo de toda la vida, transcendiendo por tanto la mera proporción de servicios médicos.

Por último, es esencial reconocer que las medidas eficientes y óptimas para promocionar la salud de forma sostenible deberán tener en cuenta las necesidades de la población, los recursos locales y regionales, así como los aspectos culturales, sociales y económicos.

## **Perspectiva internacional**

Durante las últimas dos décadas, el gasto sanitario ha crecido a un mayor ritmo que el Producto Interior Bruto en la mayoría de las economías avanzadas (gráfico 1). Esto representa un desafío importante para la sostenibilidad de las cuentas públicas, dado que tres cuartas partes del gasto sanitario son financiadas mediante fondos públicos.

Sin embargo, controlar el gasto sanitario suele ser tremendamente complicado. Esto se debe principalmente a dos razones. En primer lugar, los servicios y prestaciones sanitarias son uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar. Como tal, la ciudadanía suele tener grandes expectativas sobre su calidad, coberturas de la cartera de servicios, alcance... En segundo lugar, la actividad sanitaria engloba a un gran número de participantes (pacientes, médicos, administración, intermediarios comerciales...), lo que dificulta notablemente el control de costes y dispara el gasto sanitario.

Esta es una de las principales razones por las cuales es esencial instaurar un marco institucional de calidad basado en la transparencia y la ética profesional que facilite el control del gasto sanitario y garantice la sostenibilidad del sistema sanitario a largo plazo.

### **Las causas del crecimiento del gasto sanitario**

Una reflexión constructiva y honesta sobre sostenibilidad requiere conocer los diferentes factores tras el incremento del gasto sanitario experimentado en los últimos años. Es más, existe un amplio consenso entre los especialistas sobre las principales causas de crecimiento del gasto sanitario. A grandes rasgos, distinguimos dos categorías: factores que inciden sobre la demanda o sobre la oferta.

#### **Factores que inciden sobre la demanda:**

Este grupo abarca principalmente aquellos cuya evolución está fuera del alcance del sector público, es decir, cuyas trayectorias temporales son autónomas/exógenas. Hablamos de:

i. Cambio en la estructura por edades de la población. El incremento de la esperanza de vida y la caída de natalidad han provocado un

envejecimiento poblacional. Es más, es de esperar que esta tendencia continúe en el futuro (Tabla 1). Es evidente que una población más envejecida requiere mayores cuidados/prestaciones médicas y sociales. Por consiguiente, cabe esperar un incremento en las necesidades sanitarias en los próximos años.

ii. Mayor incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas. Esto se debe principalmente al envejecimiento poblacional y al retroceso en la práctica de hábitos saludables como puede ser los hábitos alimentarios o la práctica de actividad física. Hoy en día se estima que en torno al 91% de la mortalidad en España es causada por enfermedades crónicas. Es más, se calcula que en los próximos años 6 de cada 10 españoles padecerán una enfermedad crónica.

iii. Mayores expectativas de la población: a medida que las naciones se desarrollan social y económicamente, la demanda de servicios sociales de calidad aumenta. En el ámbito de la salud, observamos un paciente más exigente y mejor informado tanto de su enfermedad como de los derechos que le asisten dentro del sistema. Dicho de otro modo, observamos un aumento relativo del concepto de calidad de vida, y una menor tolerancia a la enfermedad.

iv. Cambios de conducta y estructura familiar. Durante las últimas décadas, hemos sido testigos de profundas transformaciones en el tejido social y humano de la mayoría de países occidentales. En este sentido me gustaría enfatizar:

a. Adopción de estilos de vida con efectos nocivos sobre la salud. Por ejemplo, el sedentarismo, la sobreingesta de alimentos y/o alcohol...

b. Pérdida de soporte familiar, reflejada en el alto índice de familias monoparentales y en el incremento del número de personas (principalmente jóvenes y ancianos) que viven solas.

Ambos hechos presionan al alza la demanda presente y futura de una amplia gama de servicios públicos, incluyendo los sanitarios.

En resumen, en la actualidad el sistema sanitario se enfrenta a la demanda de una población más envejecida, en tratamiento por pluripatologías crónicas y con unas expectativas sociales más exigentes.

### **Factores que inciden sobre la oferta**

Podemos señalar tres elementos:

- i. Incrementos en el coste de la tecnología sanitaria. El sector tecnológico en el ámbito de la medicina ha experimentado un proceso de transformación enorme. De hecho, se estima que cerca del 50% del incremento del gasto sanitario se debe al avance de las nuevas tecnologías. En este contexto, es importante destacar que no todos los avances resultan en una mejora de la capacidad terapéutica disponible. Sin embargo, en España -a diferencia de en otras economías avanzadas- las decisiones sobre la inversión (desinversión) en tecnología sanitaria no suelen realizarse en función de criterios de coste-efectividad y sí en base a criterios ideológicos u oportunistas.
- ii. Creciente complejidad y tamaño del sistema sanitario. Por ello, cualquier modificación, innovación o cambio es costoso tanto en términos monetarios como temporales.
- iii. Alta fragmentación asistencial. El sistema actual está altamente jerarquizado y presenta fuertes barreras entre niveles asistenciales. Se basa en compartimentos estancos (asistencia primaria, hospitalaria...) con un escaso nivel de coordinación y comunicación entre ellos. Además, la cooperación entre el sistema sanitario y los servicios sociales es muy baja. Todo ello obstaculiza la circulación fluida del paciente por el sistema, incrementa los costes y promueve duplicidades o vacíos de atención.

A la luz de esta realidad, resulta evidente que los interrogantes sobre la viabilidad financiera a medio y largo plazo del sistema sanitario van más allá de lo ocurrido durante la reciente recesión económica. Aunque durante los años de bonanza el sector público adquirió compromisos adicionales, – por ejemplo, el aumento de salarios –, que han contribuido a la dinámica alcista en el gasto público sanitario, la raíz del problema está en factores profundos de tipo estructural.

En efecto, el gasto sanitario mantiene una trayectoria expansiva en las últimas tres décadas obligando a destinar al mismo un porcentaje mayor del PIB.

El gráfico 2 así lo confirma: el gasto se ha visto notablemente incrementado en el periodo considerado. Se observa también como la reciente recesión económica ha provocado una tendencia a la baja del gasto público (resultado de las fuertes restricciones fiscales) y de incrementos menores del gasto privado.

Respecto a las previsiones, cabe esperar crecimientos del gasto en salud. Como muestra el gráfico 3, la Comisión Europea prevé que el estado español deba realizar un esfuerzo creciente para sostener sus compromisos sobre el sistema sanitario en los términos actuales.

## **Modelos de Colaboración Público-Privada**

El gran esfuerzo presupuestario requerido por el sistema sanitario ha forzado al sector público a buscar estrategias alternativas que posibiliten afrontar los crecientes costes (organizativos, de gestión, financieros, tecnológicos...). En este contexto, los modelos de "Colaboración Público-Privada" (CPP) vienen ganando peso y protagonismo en el ámbito de la salud. Formalmente, estos modelos se definen como:

"Cooperación a largo plazo, regulada por contrato, entre las autoridades públicas y el sector privado con el fin de llevar a cabo proyectos públicos en los que los recursos requeridos se gestionan en común y los riesgos vinculados al proyecto se distribuyen de forma conveniente sobre la base de la capacidad de gestión de riesgos de los socios del proyecto" [Parlamento Europeo, 2006].

En términos generales, existen dos modalidades básicas de CPP en el ámbito sanitario:

1. Mediante la concesión de obra pública. El sector público contrata un proveedor privado para diseñar y construir una nueva infraestructura (centros hospitalarios).
2. Mediante la concesión administrativa para la gestión. Esta categoría engloba situaciones donde las autoridades públicas delegan la gestión de una infraestructura sanitaria al sector privado. El sector público puede contratar la previsión de servicios no asistenciales, como el mantenimiento o la limpieza, o ir aún más lejos y contratar la provisión de servicios sanitarios.

Los modelos de CPP aparecieron en el Reino Unido a finales del siglo pasado con el fin de mejorar la calidad y eficiencia del sistema nacional de salud. Sin embargo, el afán de lograr el máximo rendimiento de los recursos disponibles, así como de obtener ganancias de eficiencia y calidad ha provocado su rápida expansión a otros países como Australia, Alemania, Canadá, Francia, Italia o España.

Las ventajas potenciales de las CPP se ilustran en la Tabla 2. A grandes rasgos, los defensores de estos modelos argumentan que su utilización posibilita acometer la modernización y el mantenimiento de los servicios sanitarios generando mejoras de eficiencia y calidad. Al mismo tiempo, permitiría controlar el gasto y déficit públicos generando un ahorro fiscal neto.

Sin embargo, existen grandes dudas acerca de la validez de estos modelos, y su implementación efectiva está levantando fuertes controversias. Se pone en duda el discutible éxito del caso inglés, así como las supuestas mejoras de eficiencia de estos modelos frente a los sistemas tradicionales de gestión pública. Y es que múltiples experiencias internacionales muestran un incremento de costes reales, una menor flexibilidad y una ausencia de transferencia de riesgos del sector público al privado.

También se cuestiona la capacidad del sector público de controlar el adecuado cumplimiento de contratos a menudo tan complejos y de tan larga duración. Preocupa especialmente los procedimientos de licitación de las concesiones (falta de competencia), así como el funcionamiento de los contratos (transferencia efectiva de riesgos).

Sea como fuere, a día de hoy no existe evidencia suficiente de que el sector privado garantice mejores resultados ni de eficiencia, ni de calidad; pero tampoco de lo contrario.

Bajo mi punto de vista el éxito los modelos CPP solo vendrá dado por la buena gobernanza, por la honestidad y transparencia de todos los asociados, y por contratos bien diseñados que garanticen la transferencia real de riesgos e instauren un buen marco de incentivos.

### **Propuestas Generales de Reforma**

La pregunta clave es por tanto ¿qué acciones o reformas estructurales deben llevarse a cabo para garantizar la sostenibilidad financiera de los compromisos asumidos por el Estado? Desde mi punto de vista, para poder trabajar en la respuesta es necesario en primer lugar que todos los agentes implicados estén de acuerdo en que es imprescindible que el sector público garantice el acceso a servicios y prestaciones sanitarias en términos de equidad y calidad,

un activo esencial de nuestra sociedad y una de las claves para garantizar el bienestar social de las generaciones futuras.

El objetivo sería articular una serie de medidas concretas que consigan redistribuir el gasto sanitario para garantizar el derecho a la protección a la salud, que reconoce la Constitución española del 78, sin aumentar el déficit.

Dada la profundidad e importancia de las reformas estructurales necesarias para adaptar el sistema actual a las nuevas circunstancias es fundamental el consenso social. La sociedad necesita un debate pragmático, constructivo y sereno sobre la materia fundamentado en una sólida base empírica y ajena a sesgos ideológicos. Tener presente que ni mantener el “status quo” ni decantarse por actuaciones instintivas o indeliberadas son alternativas factibles.

A pesar de que las experiencias internacionales son numerosas y la literatura científica extensa, reformar el sector sanitario en profundidad no es tarea fácil. En todo momento debemos tener presente la no existencia de un plan universal. Es decir, todo programa de reformas debe ser moderado y adaptado a las condiciones y factores culturales económicos y sociales autóctonos de cada región. Dicho esto, se pueden distinguir dos grandes grupos de medidas potenciales:

**1. GESTIÓN DE LA DEMANDA.** Este primer bloque engloba medidas orientadas a garantizar un uso adecuado del sistema, tanto por los usuarios como por los profesionales. Destacan:

I. Inversión en prevención y promoción de los autocuidados prestando especial atención a las enfermedades crónicas. Es necesario la instauración de un modelo que facilite la prevención y la promoción de los autocuidados en contrapartida al sistema tradicional, orientado al abordaje de las enfermedades una vez

materializadas. Esto requiere una visión global del sistema reconociendo que el campo de actuación de la salud pública sobrepasa el ámbito sanitario y abarca factores como la atención social o la educación. El objetivo primordial es claro: asegurar unas condiciones de vida saludables para la ciudadanía. El progreso en esta área ha sido, por el momento, bastante limitado. Esto se ha debido a la incapacidad de convencer a la población de adoptar un modo de vida más saludable (por ejemplo, reduciendo el consumo de alcohol o evitando el sedentarismo). En efecto, los españoles suspenden en ser responsables de su propia salud. Por ejemplo, España es uno de los países desarrollados con mayor número de fumadores.

II. Gestión activa del catálogo de prestaciones sanitarias. Se debe reforzar el papel de la evaluación independiente de la relación coste/efectividad de las prestaciones médicas, los medicamentos, y las tecnologías. Es cuanto menos razonable que solo aquellos tratamientos que se han demostrado eficaces, seguros y eficientes sean financiados con recursos públicos.

III. Potenciar el consumo responsable de los servicios/prestaciones sanitarias. Esto requiere una ciudadanía bien informada y comprometida con su salud, así como con las (des-)ventajas de la (in-)adecuada utilización del sistema de salud. Por ello, es necesario potenciar la educación sanitaria, la concienciación y el acceso a la información de la ciudadanía. Desafíos todos ellos notables para la cultura organizativa y profesional actual. Sirva como ejemplo el hecho de que los españoles acuden al médico más veces al año que el promedio de los países desarrollados. De hecho, se estima que 1 de cada 3 visitas al médico de familia podría ser innecesaria.

**2. GESTIÓN DE LA OFERTA.** Este segundo grupo busca optimizar la oferta sanitaria en términos de calidad y costes. Si bien es cierto que este ámbito ofrece un mayor margen de maniobra, esta palanca de

cambio es la más rígida y difícil de revertir. Dos son los objetivos clave: mejorar la eficiencia y la productividad del sistema. Esto requiere un replanteamiento de la gestión y la organización del sector, garantizando -en todo momento- un nivel adecuado de recursos productivos (e.g. infraestructuras, tecnología, profesionales...). En este contexto, tres factores se antojan esenciales:

- I. Establecimiento de un sistema de incentivos que alinee el interés particular de los diferentes actores con el interés general y los objetivos globales.
- II. Fomento del buen gobierno en la sanidad potenciando la transparencia, la rendición de cuentas, la ética profesional...
- III. Implicación de los profesionales en el proceso de reforma, de manera que se conviertan en el eje central y motor del cambio. Al fin y al cabo, la calidad y eficiencia del sistema es el resultado de las acciones y decisiones de los profesionales.

A pesar de que la necesidad de reforma es innegable, la ciudadanía tiende a oponerse fuertemente a ella. Las expectativas de los pacientes son extremadamente altas en términos de acceso, gratuidad y cobertura. Los servicios y prestaciones sanitarios son considerados como un derecho pero sin embargo, sus costes no son percibidos por la mayoría de la ciudadanía. Enfatizo este hecho, ya que complica gravemente la puesta en marcha de los cambios y transformaciones requeridos, ya que los responsables en último término de llevar a cabo estos cambios se rigen habitualmente por razones electoralistas que desaconsejan plantear a los votantes determinados temas polémicos. A fin de evitar este obstáculo, al menos dos requisitos son cruciales:

- I. Diseño de estrategias de comunicación claras y precisas que muestren no solo la necesidad de reforma, sino también cómo van a ser implementadas y cuáles serán sus efectos y beneficios. Esto ofrecería a los usuarios de sistema las claves para entender sus

derechos en materia sanitario, al mismo tiempo que las concienciaría de sus obligaciones.

II. Obtención de un consenso político y social. Dado que el sistema sanitario requiere reformas estructurales orientadas a transformar sus pilares fundacionales, es necesario trabajar en un marco estable que huya de acciones drásticas y electoralistas y que esté basado en la participación y el acuerdo de la mayoría de los agentes sociales y partidos políticos.

## **PROPUESTAS PARA EL DEBATE**

1- Cuando hablamos de "definir una cartera de servicios adecuada", ¿Qué entendemos por "adecuada"? ¿Adecuada para quién? ¿En qué contextos?

Hay dos aspectos a tener en cuenta:

- Criterios científicos de coste-efectividad
- Preferencias sociales: es importante definir qué son las preferencias sociales y de qué factores dependen

Propongo partir de la premisa de que debemos financiar/ utilizar aquello que es eficiente, es decir, invertir en aquello que es efectivo, seguro y que muestra un balance entre el coste y el valor terapéutico y/o social.

¿Sería posible llegar a un acuerdo entre todos los agentes implicados que permitiera definir qué servicios hay que fortalecer, para invertir en ellos, y cuáles no, para por tanto desinvertir?

2- Son los profesionales sanitarios los que deben liderar el cambio:

- Son el colectivo con motivación intrínseca que tiene mayor interés en el tema

- Los profesionales sanitarios tienen un elevado nivel intelectual que les permite desarrollar un alto nivel de formación y cualificación profesional.
- También son el colectivo profesional con un conocimiento más profundo del sistema sanitario.

*Según estas premisas nos podemos preguntar:*

- ¿Tienen los profesionales sanitarios los incentivos adecuados para iniciar el proceso de cambio? ¿Qué lugar deben ocupar los sistemas de incentivos?
- ¿Dispone el actual sistema de mecanismos internos que permitan a los profesionales iniciar el proceso de mejora?

En todo caso, es esencial que la transparencia y la rendición de cuentas estén en la base de cualquier iniciativa

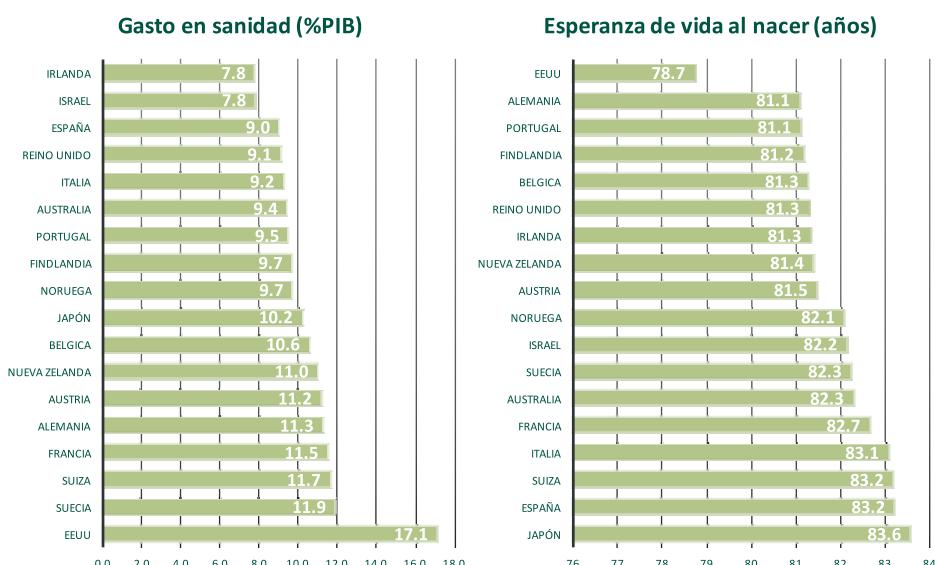
3- Colaboración público-privada: La clave está en la posibilidad abierta de emplear lo mejor de ambos sistemas, el público (prioriza la rentabilidad social) y el privado (prioriza el sistema de incentivos)

No se ha demostrado que la gestión privada sea más eficiente que la pública, ni tampoco lo contrario. Y desgraciadamente, pese a los numerosos ejemplos de colaboración público-privada que existen en España, no se ha realizado hasta la fecha una evaluación rigurosa. La mayor parte de los análisis publicados muestran un marcado factor ideológico que conduce directamente a la falta de transparencia.

## PABLO GARCÍA SÁNCHEZ

	Gasto Sanitario Público en 2015 (€ por habitante)	Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas en 2014	Personal médico atención especializada por 1000 personas asignadas en 2014	Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes en 2014	Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público en 2015
Andalucía	1.09	0.72	1.53	2.17	6.28
Aragón	1.47	0.88	2.15	3.67	7.18
Asturias	1.53	0.73	2.15	3.25	6.83
Baleares	1.28	0.63	1.87	2.99	6.62
Canarias	1.29	0.76	1.78	3.12	5.80
Cantabria	1.41	0.78	1.76	3.24	6.93
Castilla - León	1.45	1.10	1.86	3.45	6.06
Castilla- La Mancha	1.30	0.82	1.74	2.21	6.70
Cataluña	1.31	0.72	1.84	3.81	6.02
Comunidad Valenciana	1.31	0.75	1.68	2.35	6.23
Extremadura	1.50	0.88	1.75	3.48	6.24
Galicia	1.39	0.82	1.76	3.31	6.16
Madrid	1.24	0.68	2.00	2.86	6.59
Murcia	1.48	0.77	1.75	3.20	6.88
Navarra	1.51	0.80	2.39	3.37	7.38
País Vasco	1.63	0.78	2.13	3.20	6.96
La Rioja	1.38	0.83	1.68	2.13	6.88

Gráfico1: Comparativa Internacional



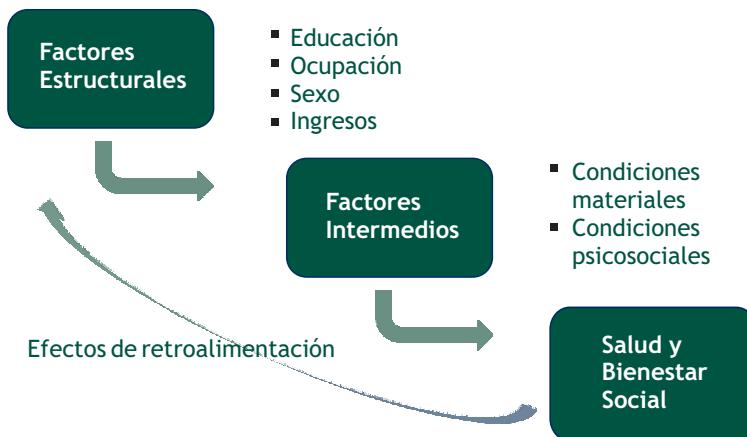


Gráfico 2: Crecimiento medio anual en gasto sanitario y PIB

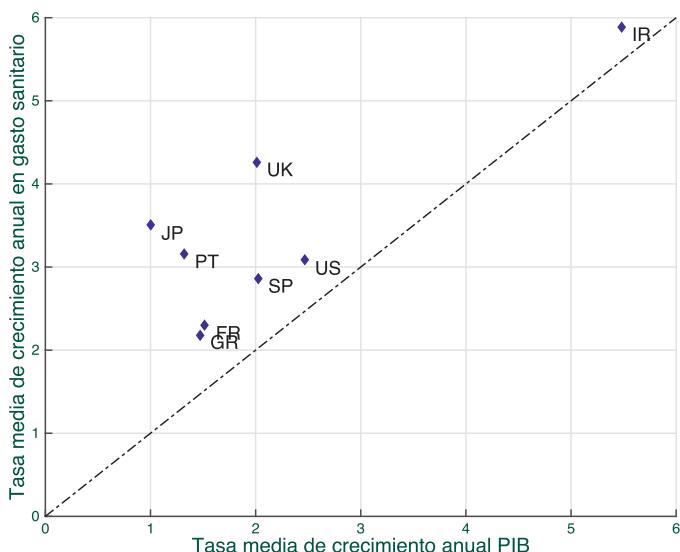


Tabla 1: Estructura Poblacional

Edad (Miles)	1980	2015	2030	2050
<b>0-14</b>	9773.68	6863.68	5598.90	5695.72
<b>15-64</b>	23770.00	30592.00	28506.15	23095.59
<b>65+</b>	3460.91	8666.02	11814.62	16048.86
<b>Total</b>	37704.87	46121.70	44840.17	44840.17

Gráfico 3: Las causas del crecimiento de gasto sanitario



## LOS CAMINOS HACIA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Gráfico4: Gasto en salud

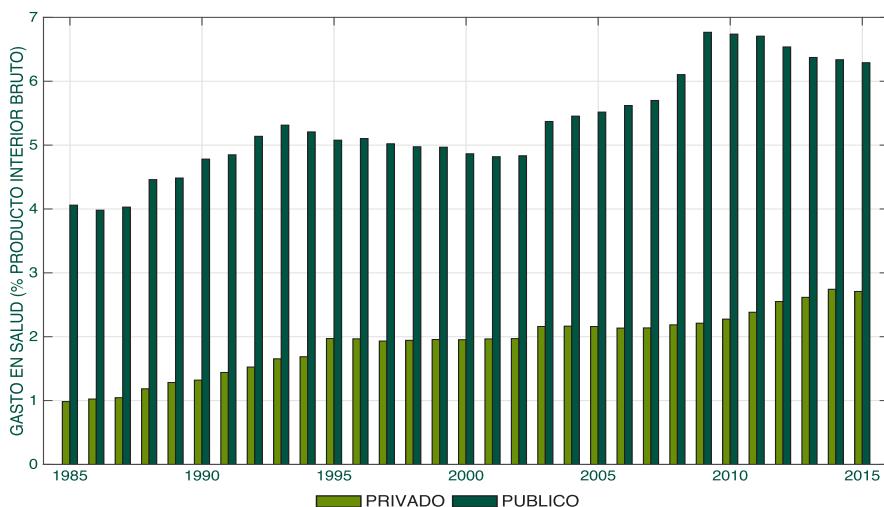


Gráfico5: Perspectivas de evolución futura del gasto sanitario

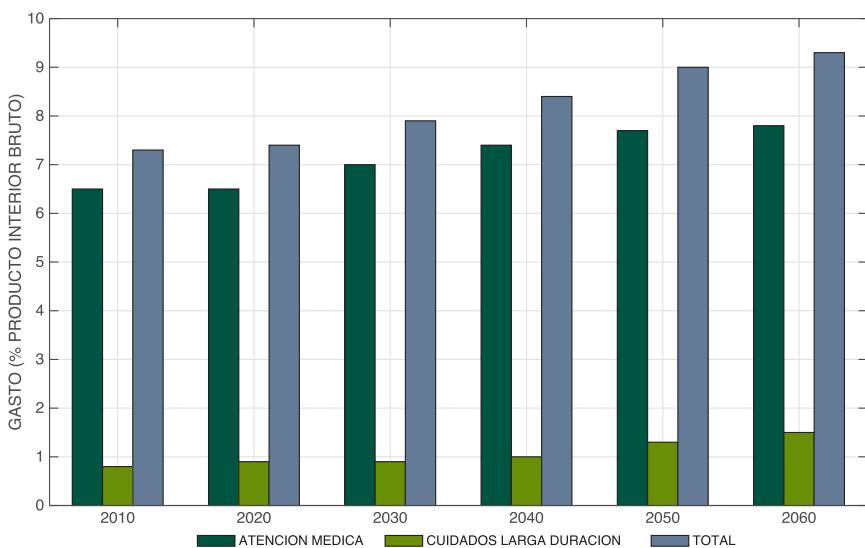
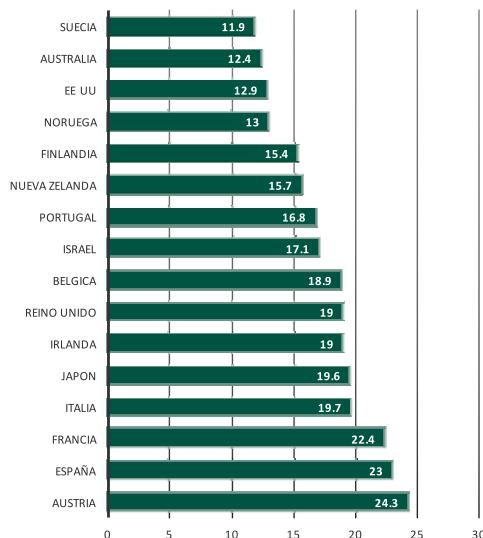
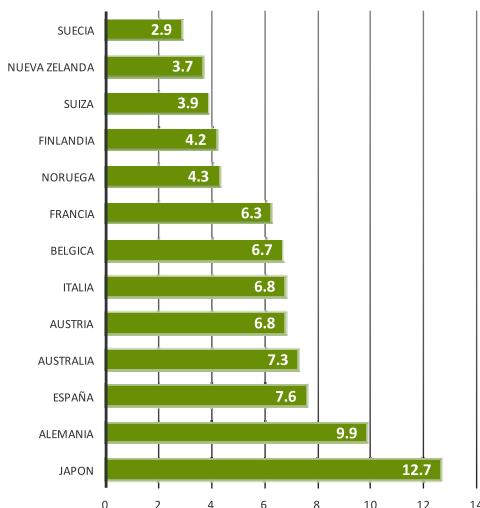


Gráfico 6 : Comparativa Internacional

### Consumo de Tabaco % de fumadores



### Número medio de visitas médicas por ciudadano



## **NÚMEROS EDITADOS DE LA COLECCIÓN TESSERA HOSPITALIS**

### **MARAÑÓN. DE LA MEDICINA CLÍNICA A LA MEDICINA PERSONALIZADA**

Autor: Fernando Bandrés Moya

### **¿LEY ES LEY? ¿DIGNIDAD ES DIGNIDAD?**

Autor: Rafael Junquera de Estéfani

### **LOS CAMINOS HACIA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.** Un acercamiento a la realidad: planteando incertidumbres de futuro

Autor: Pablo García Sánchez

### **EL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN: FUNDAMENTO DEL ACTO BIOMÉDICO.**

Autora: Sara Bandrés Hernández.

### **“HUMANIZACIÓN: SOFISMAS Y DESATINOS”**

Autor: Fernando Bandrés Moya

**LOS CAMINOS HACIA LA SOSTENIBILIDAD DEL  
SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**  
**Un acercamiento a la realidad: planteando  
incertidumbres de futuro**

Pablo García Sánchez



Colabora:

**fundación  
asisa +**



[www.biomedicinayetica.org](http://www.biomedicinayetica.org)  
[www.fernandobandres.es](http://www.fernandobandres.es)