

**COMPARECENCIA ANTE LA SUBCOMISIÓN PARA EL  
PACTO DE ESTADO EN LA SANIDAD**

**Propuestas de la Unió Catalana d'Hospitals  
Dr. Boi Ruiz Garcia – Presidente**

## PRESENTACIÓN

La Unió Catalana d'Hospitals, fundada hace 35 años, es una asociación de entidades sanitarias y sociales que agrupa a un centenar de instituciones titulares del patrimonio y/o de la gestión de unos 200 centros sanitarios y residencias. La titularidad jurídica es diversa: desde entidades de derecho público hasta sociedades anónimas. El elemento común de todos los asociados es la provisión de servicios asistenciales sanitarios o a la dependencia.

Los centros asociados responden a todas las demandas de mercado público y/o privado, mediante contratos con el Servei Català de la Salut o mediante acuerdos mercantiles con las aseguradoras. Los centros con concierto forman parte de la denominada Red Sanitaria de Utilización Pública de Catalunya.

Prestan servicios tanto de atención especializada en internamiento con centros asociados de todos los niveles, como de atención primaria, sociosanitaria o de salud mental. También prestan servicios de atención a dependientes.

La Unió defiende la naturaleza de servicio público de los servicios sanitarios y de atención a la dependencia independientemente de quién sea su financiador.

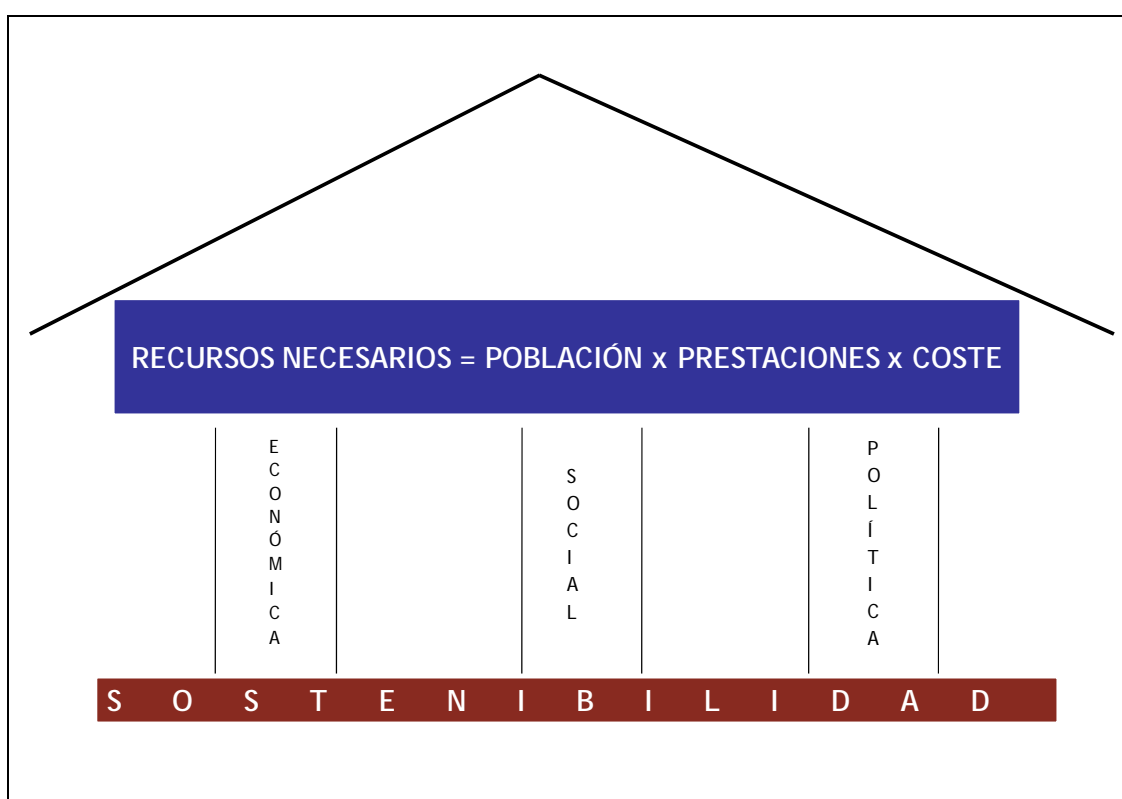
Promueve la sostenibilidad de un sistema de salud basado en los principios de universalidad, equidad, financiación desde la fiscalidad general ¡y descentralización.

Nuestra aportación pretende modestamente subrayar la necesidad de tomar decisiones hoy porque es decidir sobre el futuro.

El contenido de nuestra comparecencia no es más que un inventario de propuestas, partiendo de un análisis.

## INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad de la sanidad española y sus valores, pasa, como en el caso de la mayoría de sistemas de salud, por la capacidad de mantener el equilibrio de la ecuación que dice que las **prestaciones**, su **coste** y su **utilización** han de ser iguales al **presupuesto posible** y mantener los principios inspiradores de la L.G.S.

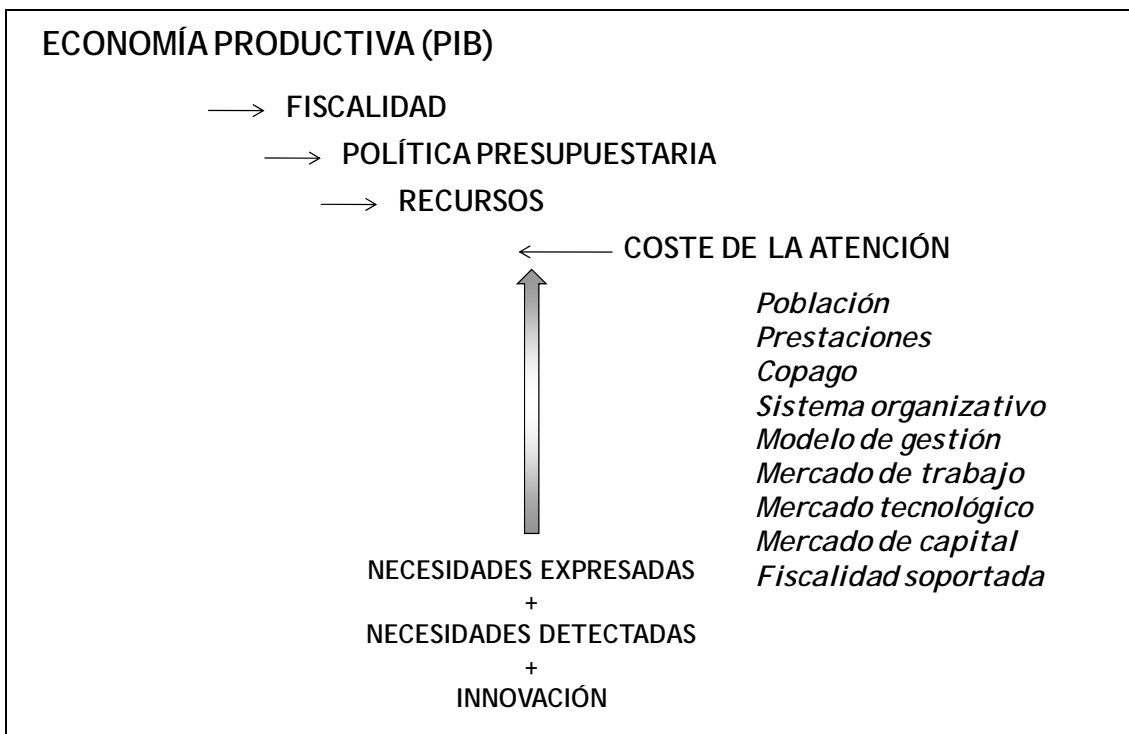


Proponemos pues la **revisión de cada uno de los componentes de la ecuación** con la finalidad de no continuar generando más déficits de todo tipo hoy y soportar el crecimiento de futuro.

La sostenibilidad tiene tres pilares: el económico (ligado a economía productiva), el social (ligado a expectativas) y el político (ligado al acuerdo); ámbitos sobre los que tomar las decisiones.

La Unió considera que no hay **ninguna medida que por su propia entidad**, y aplicada únicamente a uno de los componentes de la ecuación, **sea una solución eficaz**.

Las **propuestas son realizadas de manera enunciativa**, considerando que la **opción para su aplicación es una decisión política** al nivel que corresponda.



La Unió quiere manifestar que **la situación de déficit actual y de incertidumbre futura es el coste de la no decisión** que en España han tenido iniciativas de reforma de nuestro Sistema Nacional de Salud.

## ¿CÓMO RESOLVER LA ECUACIÓN?

1. ADMITIÉNDOLA
2. LEYÉNDOLA DE ACUERDO CON LA SITUACIÓN COYUNTURAL DE CADA MOMENTO
3. LIDERANDO DESDE LA POLÍTICA
4. DE ACUERDO CON UN PACTO POLÍTICO, SOCIAL Y ECONÓMICO QUE DETERMINE LAS ADECUACIONES NECESARIAS EN CADA MOMENTO

**La Unió se pronuncia por un Sistema Nacional de Salud universal, equitativo y de calidad** en el que se tiene que considerar **la atención a la dependencia** generada por la pérdida de autonomía fruto de una enfermedad, como una prestación de características diferentes a las sanitarias y con un coste a financiar con fondos presupuestarios ajenos a los sanitarios.

Es del todo indispensable el llegar a un acuerdo que contemple el corto, el medio y el largo plazo. Pero que también contemple y concrete el único elemento que legitima toda actuación: **la medida y cuantificación de los resultados.**

Es por ello prioritario disponer de un instrumento que nosotros llamamos **Central de Resultados**, en manos de un **ente independiente**, que determine la bondad o inadecuación de las medidas propuestas y de los modelos de gestión aplicados en relación a:

- La accesibilidad
- La calidad y seguridad
- La solvencia económico-financiera
- La satisfacción de pacientes y usuarios

- La actividad asistencial

Lo creemos indispensable para no seguir confundiéndonos desde las diferentes posiciones políticas e ideológicas, en la defensa de la equidad y las mejores vías para alcanzarla.

## 1. PROPUESTAS SOBRE LA FINANCIACIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS

Lo que hay que financiar:

- El sistema sanitario necesita a corto plazo financiar **su gasto corriente** para frenar el déficit y el consiguiente endeudamiento.
- Tiene que resolver a medio plazo la financiación del **crecimiento** de los costes derivados del incremento de la demanda y de la innovación tecnológica y farmacológica, a la vez que se implementasen medidas sobre las prestaciones y su coste.
- Tiene que buscar vías de financiación de las **reposiciones y las nuevas inversiones**.
- Tiene que hacer frente al **retorno de la deuda generada**.
- Soporta una fiscalidad como coste.
- Una mejora únicamente de la financiación actual no garantiza la sostenibilidad futura.

### **Medidas posibles para la mejora de los ingresos de las CCAA:**

Las medidas posibles han de determinar el coste admisible de nuestro sistema que se debe de trasladar a los componentes de la ecuación con las consecuencias en relación al catálogo de prestaciones, su coste y su utilización.

Cuánto podemos o debemos crecer?

- Aumentar la disposición sobre los tributos cedidos (IVA, IRPF, alcohol y tabaco).
- Revisar la población protegida calculada en el marco del sistema de financiación vigente, mayor de 65 años.
- Ampliar el fondo de cohesión en la atención al inmigrante.
- Liquidar la deuda histórica contabilizando el año anterior a la aplicación del sistema de financiación actual.

- Aplicar tasas especiales: hidrocarburos, tabaco, alcohol y matriculaciones vehículos.
- Aplicar tasas de utilización (ver pág. 12).
- Establecer un referente de crecimiento de los presupuestos basado en garantías en relación al porcentaje del PIB.

### **Medidas incentivadoras en el ámbito tributario de la actividad sanitaria. Impuesto sobre el valor añadido (IVA)**

La Unió el 30 de octubre, juntamente con Foment del Treball Nacional, FEPIME, FENIN Catalunya, la Federació de Mutualitats de Catalunya y el Fòrum de Salut Mental, firmó la **Propuesta de Pacto de Medidas para la Sostenibilidad del Sistema Sanitario y Social de Catalunya**. (Ver Anexo I)

Entre las medidas propuestas se incluye la de promover medidas tributarias que reduzcan la carga fiscal de las entidades que realizan esta actividad para optimizar los recursos destinados a política social y a su vez mantener el dinamismo del sector en la economía del país teniendo en cuenta su capacidad para mantener y crear puestos de trabajo no deslocalizables y su capacidad de arrastre sobre otros sectores de la economía (construcción, industria farmacéutica y de equipamiento y material sanitario, catering, ....).

En esta línea concreta La Unió encargó un **Informe de posibles medidas incentivadoras en el ámbito tributario de las actividades sanitarias y sociales** que se ha hecho llegar a todos los grupos parlamentarios. (Ver Anexo II).

En estos momentos teniendo en cuenta que se ha confirmado que a partir del mes de julio se prevé incrementar el IVA, La Unió centra su propuesta en favorecer un trato discriminatorio favorable para la prestación de servicios



sanitarios y sociales, y por tanto en la **modificación legislativa consistente en la introducción de un nuevo punto (7º) en el apartado 2 del artículo 91 de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre a fin de conseguir una aplicación del tipo *superreducido* en la compra de bienes y prestaciones de servicios destinados a la realización de determinadas actividades.**

De acuerdo con la normativa actual del Impuesto sobre el Valor Añadido (Ley 37/1992, de 28 de diciembre), la asistencia sanitaria y los servicios hospitalarios constituyen actividades sujetas y no exentas, en consonancia con la normativa comunitaria. Lo mismo pasa con las actividades de carácter social cuando estas se realizan por entidades de derecho público o entidades privadas sin ánimo de lucro.

Esta exención sitúa al sector hospitalario, y asistencial en general, como consumidor final a efectos del Impuesto, al no poder deducir las cuotas soportadas en la compra de bienes y servicios destinados a la prestación de servicios asistenciales. Esto supone que las cuotas soportadas por IVA, tanto por la compra de bienes y prestación de servicios corrientes, como de inversiones, comportan un mayor coste de estas que, indudablemente afectan al coste final de los servicios prestados.

Se han venido estudiando, ya desde antes de la entrada en vigor de la reforma del IVA por la eliminación de fronteras dentro de la Unión Europea derivada del Tratado de Shengen (Ley 37/1992), posibles alternativas para eliminar o minimizar este efecto que, en todos los casos deberían pasar por una modificación legislativa, no únicamente a nivel estatal, sino previamente a nivel comunitario:

- La aplicación de un tipo impositivo cero
- La aplicación de tipos *superreducidos*

En relación a la posible aplicación del tipo cero del IVA a determinadas actividades, actualmente algunos estados miembros de la UE vienen aplicando tipo cero a determinadas actividades (venta diarios y revistas, venta de ropa y calzado para niños,...), incluidas todas ellas en el Anexo H de la Sexta Directiva. Esta situación excepcional se viene aplicando de forma transitoria en conformidad con el que dispone el apartado 2 del artículo 28 de la Sexta Directiva, siendo el último vencimiento el 1 de enero de 2010.

No obstante, según nuestro criterio, la consecución de la modificación legislativa comunitaria que posibilitara la aplicación de un tipo impositivo cero de IVA, permitiendo la deducción de las cuotas soportadas en la compra de bienes y servicios, sin grabar la contraprestación de los servicios ofrecidos, es actualmente, un reto poco menos que inalcanzable.

Más allá de seguir explorando fórmulas de gestión que puedan permitir atenuar el impacto en el coste del IVA, como por ejemplo, la posible aplicación del Régimen Especial de Grupos de Entidades (REGE) regulado en el Capítulo VIII del Título IX de la Ley 37/1992, se propone la posibilidad de introducir una modificación legislativa que permita la aplicación de un tipo superreducido en la compra de bienes y servicios que se destinen para la entidad adquiriente a la realización de actividades de carácter asistencial y social.

En la normativa actualmente vigente ya encontramos casos en que se aplica un tipo impositivo diferente al general por la prestación de servicios o entrega de bienes que tengan un uso o destino concreto. A título de ejemplo:

- El artículo 91.uno.3 de la Ley 37/1992, prevé la aplicación del tipo reducido del 7% (en lugar del general que correspondería) en las ejecuciones de obras derivadas de contratos directamente formalizados entre el promotor y el contratista que tengan por objeto

la construcción o rehabilitación de edificios o partes de los mismos destinados principalmente a viviendas.

- El mismo artículo establece también la aplicación del tipo reducido a las ventas, con instalación de armarios de cocina y baño y de armarios empotrados en edificaciones destinadas principalmente a viviendas, realizados como consecuencia de contratos directamente formalizados con el promotor de la construcción o rehabilitación.
- El artículo 91.uno.2 establece también la aplicación del tipo reducido del 7% a las ejecuciones de obra de albañil realizados en edificios o partes de los mismos destinados a vivienda.

**En resumen se propone una modificación legislativa consistente en la introducción de un nuevo punto (7º) en el apartado 2 del artículo 91 de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre a fin de conseguir una aplicación del tipo *superreducido* en la compra de bienes y prestaciones de servicios destinados a la realización de determinadas actividades.**

### Impacto en el sector de financiación pública

Algunas cifras:

*IVA soportado por parte de los hospitales de la XHUP (Red de Hospitales de Utilización Pública de Catalunya)\**

<i>millones de €</i>	<u>Con IVA Actual</u>	<u>Con Incremento de IVA de julio 2010</u>	<u>Dif.</u>	<u>Con IVA superreducido (4%)</u>	<u>Dif.</u>
Gastos de explotación	166,17	184,36		68,48	
<u>Inversiones en inmovilizado</u>	<u>48,84</u>	<u>54,95</u>		<u>12,21</u>	
<b>Total</b>	<b>215,01</b>	<b>239,31</b>	<b>11%</b>	<b>80,69</b>	<b>-66%</b>

\*Incluidos todos los hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS) que también forman parte de la red.

## Resumen de otras propuestas fiscales

A modo de resumen, en el cuadro siguiente se presentan las propuestas de modificaciones legislativas de los diferentes impuestos para introducir los beneficios e incentivos fiscales que incluye el estudio encargado por La Unió.

	Impuesto	Beneficio / Incentivo	Modificación legislativa
1	Impuesto Sobre Sociedades	Bonificación de la cuota para los rendimientos derivados de determinadas actividades, sanitarias y sociales	Introducción de un nuevo punto (3) en el artículo 34 del Real Decreto Legislativo 4/2004, de 5 de marzo
2	Impuesto Sobre Sociedades	Deducciones en la cuota por la realización de inversiones en equipamientos sanitarios y sociosanitarios	Introducción de un nuevo artículo (43.bis) al Real Decreto Legislativo 4/2004, de 5 de marzo
3	Impuesto Sobre Sociedades	Exención para la reinversión de beneficios empresariales	Introducción de un nuevo artículo (22.bis) al Real Decreto Legislativo 4/2004, de 5 de marzo
4	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas	Deducción en la cuota por gastos de enfermedad y asistencia a les personas dependientes	Introducción de un nuevo punto (8) en el artículo 68 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre
5	Impuesto sobre Bienes Inmuebles	Exención de los edificios que se destinen a actividades sanitarias y sociosanitarias	Introducción de una nueva letra (c) en el apartado 2 del artículo 62 del Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo
6	Impuesto sobre Actividades Económicas	Exención de determinadas actividades asistenciales en el ámbito de la provisión de servicios públicos	Introducción de una nova letra (g) en el apartado 1 del artículo 82 del Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo

## 2. PROPUESTAS SOBRE EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES, SU UTILIZACIÓN Y LA ACCESIBILIDAD

Relectura del actual catálogo (RD 63/1995), con la intención de preservar las **prestaciones sanitarias** que determina y con las siguientes propuestas en relación a la cobertura con financiación pública:

- Concretar al máximo el catálogo de prestaciones públicas
- Priorización del **derecho en relación a la atención de la enfermedad común y el accidente** no laboral sobre prestaciones no sanitarias.
- **Reclamación efectiva**, con repercusión en los ingresos de los centros sanitarios, **del importe de los servicios a reclamar a terceros, obligados al pago** y tipificados en el Anexo II del Real Decreto.
- **Ampliación de este anexo** a la práctica deportiva en instalaciones públicas o privadas y al seguro obligatorio de los conductores de vehículos a motor y de bicicletas.
- Crear conciencia del coste mediante factura sombra entregada al ciudadano usuario

### En relación a la atención especializada:

- Considerar **la prestación farmacéutica incluida en el internamiento hospitalario** de forma igual a la prestación derivada de la prescripción en régimen ambulatorio y a la atención primaria, aplicando los criterios de copago del 40% y de exclusión de la financiación de los mismos medicamentos. Constituye un trato más equitativo especialmente con el progreso de la cirugía mayor ambulatoria.
- Considerar para **la alimentación ordinaria**, excepto en dietas terapéuticas, un **canon** por estancia equivalente de coste de las materias primas, con un límite máximo de estancias (estimación 3 €).

- Establecer un **canon** de 1 € por **visita especializada**.
- Establecer un **canon** de utilización para las **urgencias que no generan ingreso** hospitalario (estimación 1 €) equivalente a transporte público.

#### **En relación a las prestaciones complementarias:**

- Incluir la prótesis quirúrgica y sus renovaciones en la prestación especializada en régimen de internamiento hospitalario, con la consiguiente adaptación presupuestaria o **desligar su financiación de su implantación**.
- Establecer un **canon para el transporte sanitario ordinario** a excepción del enfermo crónico (estimación 1 €).
- Establecer un **canon para certificaciones e informes no exigibles** por disposición legal, ligado al derecho de obtenerlos.

#### **En relación a la Atención Primaria:**

- Establecer un **canon por visita para los enfermos no crónicos** (estimación 1 €).
- Establecer una **contraprestación de la seguridad social para las labores médico-administrativas derivadas de la IT**.
- **Cogestionar de manera efectiva con el INSS la baja por la enfermedad común y el accidente no laboral**, participando de los resultados de la eficiencia, al considerarla una prestación del Sistema Nacional de Salud a la Seguridad Social.

#### **En relación a la prestación farmacéutica:**

- La prestación farmacéutica representa alrededor del 30% del gasto si consideramos la prescrita en la Atención Primaria y ambulatoria y en la de Atención hospitalaria en régimen de internamiento y la hospitalaria de dispensación ambulatoria.

Debería volver a figurar en los envases el precio del medicamento.

Se debería estimar el **copago por nivel de renta** y no por el criterio actual de clase activa o pasiva que se contradice con la contribución a la financiación del sistema por impuestos generales y aumentar la contribución del usuario en un punto. Existen sistemas aplicados por ejemplo en el transporte público urbano en que no basta con el hecho de ser pensionista para obtener la tarifa reducida.

- En relación al llamado turismo sanitario:
  - Regulación clave de derechos y de qué es cartera solidaria.
  - Facturación de coste real

### 3. PROPUESTA EN RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN Y LA ACCESIBILIDAD

- El crecimiento poblacional y la demografía son determinantes
- La **utilización de cánones** en base al catálogo de prestaciones tiene como **objetivo reducir el abuso moral** que el sistema gratuito comporta intrínsecamente en el momento de su utilización.
- Promover los autocuidados también como regulador de la demanda.
- **El mantenimiento de la tasa de seguro privado**, siempre que no sea derivado del mal funcionamiento público, es un elemento a mantener y potenciar, como descarga de la utilización pública y de la posibilidad de elegir.
- Las **listas de espera**, debidamente gestionadas **no han de ser consideradas como de carácter coyuntural** y han de ser abordadas en la planificación y en la presupostación y ser razonablemente asumibles y asumidas.
- Se han de valorar los **criterios de acceso para los pacientes con IT** y **repercutir el ahorro** en costes de absentismo para el INSS, en mejorar particularmente la resolución de las listas de espera.
- Debido al gran **desarrollo estructural** alcanzado por la Red Hospitalaria de Atención Especializada, se debería **priorizar el acceso a la seguridad y a los resultados clínicos sobre el acceso geográfico**.



- De acuerdo con el impacto positivo de la atención de la financiación privada, también servicio público, mantener su participación en el PIB estimulando la viabilidad del aseguramiento con medidas fiscales favorables a los tenedores de pólizas, siempre sin detrimento del sector público.

#### 4. PROPUESTA SOBRE LOS COSTES Y LA GESTIÓN

Los costes de la prestación de los servicios vienen condicionados por la **planificación, la organización del sistema** y la **gestión de la provisión** de los servicios.

##### En relación a la planificación:

- Se ha de **diferenciar y separar las responsabilidades de carácter político** (priorización y políticas sanitarias) **de las de gestión** (operatividad de las políticas) y subordinarlas.
- Se ha de situar la **responsabilidad política en el Ministerio y en los Gobiernos de las CCAA** mediante el Plan de Salud y su financiación, es decir la evaluación de las necesidades y las prioridades para su satisfacción.  
En todos los casos el rendir cuentas ha de formar parte de sus funciones.
- El Plan de Salud Nacional ha de ser el fruto de la convergencia de todos los planes de las CCAA.

##### En relación con la organización del sistema:

- Se ha de situar la **responsabilidad de operativizar el Plan de Salud en los Servicios de Salud** mediante la planificación operativa de los servicios (cartera de servicios) con garantías de equidad de acceso de forma descentralizada y acercando la prestación a la necesidad (mapa sanitario).

- **Los Servicios de Salud han de garantizar la prestación de la cartera de servicios** a los ciudadanos con calidad y accesibilidad mediante la compra de la actividad a:
  - recursos propios
  - recursos ajenos públicos o privados (municipales, fundaciones s.a.l., mutualidades, órdenes religiosas, sociedades anónimas, etc...).
  - recursos compartidos públicos y privados
  - recursos de otras CCAA

En todos los casos el rendir cuentas ha de formar parte de sus funciones.

- Los **Servicios de Salud** tienen que **garantizar** en cada territorio **la coordinación y aprovechamiento de los recursos disponibles**, ejerciendo su autoridad sanitaria con la corresponsabilidad formal y institucional de las autoridades locales, como prevé la LGS, persiguiendo la optimización de la utilización de los recursos presentes con la calidad y seguridad máximas posibles para los ciudadanos.
- El **valor añadido de esta descentralización** ha de ser la sustitución de la lógica de eficiencia de gestión de la provisión actual de carácter divisional inducida por la compra, por la lógica de eficiencia de la gestión de carácter integral, permitiendo a los proveedores políticas de cooperación.
- **El coste económico más relevante** de la prestación de servicios son los llamados **servicios terciarios o de alta complejidad y tecnología**. La racionalización de la oferta territorial y nacional constituye la bolsa de ganancias de eficiencia más importante en el ámbito de la atención especializada.

- Concentrar únicamente **los esfuerzos en la dimensión territorial de los hospitales comarcales** para racionalizar la oferta y evitar duplicidades, significa, en términos de resultados económicos, **una ganancia de eficiencia necesaria, pero poco relevante.**

#### **En relación a la gestión de los proveedores de servicios sanitarios:**

- Todos los proveedores, especialmente los procedentes del Insalud, tienen que disfrutar de **la autonomía de gestión**, porque los problemas son generales pero las soluciones locales **y de los instrumentos empresariales básicos** que permiten la adaptación permanente a las necesidades. La lógica de gestión empresarial tiene que llevar al establecimiento de las economías de escalas imprescindibles. Las normas de **autorización y acreditación** suponen el requisito para acceder a la provisión. Los **resultados**, su permanencia.
- Los instrumentos para la Administración de los bienes del Estado no sirven para la prestación de los servicios.
- La variable más importante es **el coste de los recursos humanos**, especialmente por la alta calificación requerida en todo sistema sanitario.
- Este coste **se ha de situar en parámetros homogéneos** y fruto de la negociación colectiva y de la realidad sectorial.
- Se ha de velar para que **el crecimiento del coste de los recursos humanos, una vez conseguidos los parámetros homologables de retribución, sean a expensas de los incrementos de servicios a los ciudadanos en cantidad y calidad** (Productividad).

- Siendo el papel de los profesionales médicos clave en el sistema, se ha de promover el **pacto necesario** que permita el grado de implicación y compromiso reales. Hablaremos con más detalle más adelante.
- Mantener los **instrumentos de gestión empresarial bajo el derecho privado y la autonomía de gestión**. Estamos hablando de marco laboral, contabilidad y criterios de devengo, amortizaciones, etc.
- Dotar de **esos instrumentos de gestión empresarial a los centros procedentes del Insalud y de autonomía de gestión**.
- Establecer un sistema de contraprestación que permita **corresponsabilizaciones en el gasto entre los Servicios de Salud y el proveedor y no penalizar la eficiencia**. Los proveedores hacen lo que les compran o como les financian.
- Dotar de **órganos de gobierno a las entidades de titularidad pública y de códigos éticos**, evitando que las decisiones de gestión respondan a intereses o posiciones de sus miembros que no correspondan a los objetivos de la entidad y a los contratos con los Servicios de Salud.
- Gerencias profesionales y evaluables por sus órganos de gobierno.
- Establecer un **sistema público de información mediante una Central de Resultados** que evite un equivocado debate ideológico entre lo público y lo privado en nuestro Sistema Nacional de Salud.
- Establecer **mecanismos de intervención transitoria en la situación de déficit mantenidos de una entidad proveedora**.
- Introducir plenamente las TIC.

### En relación a la gestión de la prestación farmacéutica:

- Aplicar medidas dirigidas al **uso racional del medicamento**.
- **Reducir la variabilidad de las prescripciones** fomentando el uso de las guías clínicas en todo el sistema público.
- Implementar la **receta electrónica**.
- **Adecuar las presentaciones farmacéuticas a las prescripciones**.
- Implantar una **política de genéricos** cerrando el debate con garantías de eficacia clínica.
- Establecer un **sistema de precios de referencia estable** para los productos con principios activos.
- Evaluar y diferenciar **costes de producción, distribución y dispensación** de farmacias e incidir de forma diferenciada sobre ellos.
- Replantear el **papel de las oficinas de farmacia** en la dispensación, orientándolo a la prestación de un servicio más que hacia la venta de un medicamento.

### En relación a las compras de bienes y servicios

- Establecer catálogos amplios para la agregación de compras.
- Establecer programas de ahorro energético y modelos de gestión orientados a la sostenibilidad medioambiental.

## En relación a los principios para el acuerdo sobre el ejercicio de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud

Serían **principios básicos**:

- La primacía del bienestar del paciente
- La autonomía del mismo
- La equidad

Salvaguardando estos principios, los profesionales adquieren los siguientes compromisos medibles:

- Mantenimiento de la competencia profesional
- Adecuación de las competencias a la formación básica y continuada
- Trato honesto con el paciente y confidencialidad
- Seguridad y calidad en la atención
- Mejoría en la accesibilidad
- Distribución justa de los recursos finitos
- Promoción de su conocimiento científico
- Confianza basada en la ausencia o resolución de conflictos de interés
- Rendición de cuentas sobre su desempeño

Salvaguardados asimismo los principios básicos el **empleador público se compromete** de forma objetivable a:

- Contar con la participación efectiva de los profesionales en la organización general del trabajo
- Promover la autonomía profesional y su aplicación práctica en la organización del trabajo propio
- Facilitar el acceso a la formación continuada
- Potenciar los liderazgos clínicos
- Dar acceso a la carrera y desarrollo profesionales

- Aplicar un sistema retributivo y de incentivos salariales basado en el nivel competencial, la tarea realizada y los resultados alcanzados
- Facilitar una dedicación flexible compatible con proyectos personales y profesionales

Todo ello debe llevarnos a un modelo retributivo en el que se plasma:

- Lo que un profesional es (fijo)
- Lo que hace (fijo variable)
- Cómo lo hace (variable)



## SIN TESIS DE PROPUESTAS

### En el marco de la LGS, la LCC, la LOPS y el Estatuto Marco:

1. Admitir política y socialmente que las prestaciones, su coste admisible y el acceso a ellas son consecuencia del presupuesto posible: la ecuación de la sostenibilidad como referencia.
2. Financiar el presupuesto posible desde políticas presupuestarias en relación a la media europea actual de gasto, en porcentaje del PIB, establecer políticas fiscales generales o tasas especiales en productos o actividades consideradas de riesgo para la salud, diferenciar las prestaciones asociadas a las prestaciones sanitarias y establecer fórmulas de participación directa en el gasto con las oportunas salvedades.
3. Preservar, en términos sanitarios y económicos, la contribución de la sanidad privada a la sostenibilidad del sistema sanitario público.
4. Adecuar el catálogo actual de prestaciones, propio de un sistema de seguridad social, a uno que sea propio de un sistema nacional de salud.
5. Dotar, a los Servicios de Salud de las CCAA, de modelos organizativos descentralizados en la gestión de la provisión de los servicios y centralizados en su planificación y financiación.

6. Pasar de criterios divisionales por líneas de atención, a criterios de servicios integrados mediante modelos acordes a la realidad de cada territorio y sus necesidades.
7. Desburocratizar y singularizar las organizaciones prestadoras de servicios dotándolas de la autonomía de gestión necesaria para, desde modelos adhocráticos integrados, responder a las necesidades de los ciudadanos y no al revés.
8. Dotar a los nuevos proveedores de servicios integrados de órganos de gobierno responsables del equilibrio entre la calidad y garantías de la atención y capaces de alcanzarlos, superando la concepción clásica de competencia entre niveles.
9. Rendir cuentas a los ciudadanos mediante una Central de Resultados de eficiencia del Sistema Nacional de Salud y de cada Servicio de Salud de las CCAA, a tres niveles: el del propio sistema, el de los centros proveedores y el de sus equipos profesionales.
10. Establecer políticas de recursos humanos basadas también en la gestión del capital conocimiento y establecer un pacto Sistema Nacional de Salud / Profesionales, más allá de la elación funcional o laboral.

El cambio y adaptación permanente (flexibilidad/modelo flexible) y no las reformas periódicas han de ser consustanciales a un sistema nacional de salud si no queremos introducir incertidumbre y sentimientos de pérdida entre profesionales y ciudadanos.

Volvemos, para finalizar, a reiterar nuestra proposición de un **órgano evaluador independiente, la central de resultados**, para cerrar el debate permanente que subyace sobre la descentralización y la optimización, la equidad y la suficiencia presupuestaria.

En definitiva, que el cómo no desvirtúe el qué y lo podamos decir de forma objetiva.