



REFLEXIONES SOBRE EL PRESENTE Y EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

José Javier Castrodeza Sanz, Secretario General de Sanidad y Consumo. Catedrático
Acreditado de Medicina Preventiva y Salud Pública

José María Juárez Arias, Asesor. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



Concluida la X Legislatura, el balance que puede hacerse de la progresión experimentada por España en los últimos cinco años es, sin duda, positivo. Lo es desde la perspectiva económica, pues hemos conseguido que nuestra economía eleve su ritmo de crecimiento con respecto al Producto Interior Bruto; lo es desde el punto de vista del empleo, pues nos hemos convertido en uno de los principales motores de la Eurozona, si no el principal, en lo que a la creación de puestos de trabajo se refiere, y lo es, entre otros muchos ámbitos y de manera especial, en el ámbito de la Sanidad.

La situación del Sistema Nacional de Salud con la que se encontró el actual Gobierno a finales de 2011 era, cuando menos, preocupante. En mayor o menor medida, todos somos conocedores del escenario: restricciones en el acceso a la asistencia sanitaria pública, incluso para ciudadanos españoles, deuda prominente de las Administraciones con los proveedores, legislación obsoleta en ámbitos como el del copago en farmacia o el de la cartera de servicios, normativa europea pendiente de transponer al ordenamiento jurídico nacional...

El contexto era tan crítico como ágil fue el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en emprender las reformas necesarias para revertir la situación, tanto en términos coyunturales como estructurales. Nos referimos, en esencia, a las acciones contempladas en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones, que tanto e injustamente se critica, y que será reconocido y puesto en valor conforme transcurran los años y sus efectos positivos sobre la equidad, la cohesión, la calidad, la seguridad, la solvencia y la sostenibilidad se consoliden y sean cada vez mayores.

El mencionado Real Decreto-ley 16/2012, sumado a medidas como el Plan de Pago a Proveedores, el Fondo de Liquidez Autonómica, los acuerdos marco firmados con médicos, enfermeros y farmacéuticos; la aprobación de un calendario común de vacunación infantil, la creación de la Red Española de Agencias de Eva-

“El Sistema Nacional de Salud es en la actualidad mucho más resolutivo y eficiente, en términos asistenciales, económicos y sociales, que hace cinco años, y está reconocido como uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo”



luación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la puesta en marcha de la plataforma para compras centralizadas, entre otras muchas y destacables iniciativas, ha hecho posibles avances como el acceso universal real de todos los españoles y extranjeros con residencia legal a la asistencia sanitaria, ha garantizado una de las coberturas asistenciales más completas de la UE, si no la que más, para las personas en situación administrativa irregular; ha promovido un ahorro en farmacia superior a los 5.900 millones de euros; ha posibilitado la inclusión de más de 185 innovaciones terapéuticas en la cartera de servicios (contemplando las relativas al tratamiento de la hepatitis C)¹; ha dado pie a la creación del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios; ha puesto fin a ineficiencias como la generada por el “turismo sanitario”²; ha hecho posible que los parados de larga duración que han agotado su prestación estén exentos de hacer aportaciones adicionales para acceder a los medicamentos, etc. Son avances, todos ellos, que difícilmente eran predecibles, e incluso imaginables, en diciembre de 2011 y que hacen que el Sistema Nacional de Salud sea en la actualidad mucho más resolutivo y eficiente, tanto en términos asistenciales como económicos y sociales, que hace cinco años.

¹ Los datos de ahorro en farmacia y de innovaciones terapéuticas incorporadas a la financiación pública hacen referencia al periodo temporal comprendido entre julio de 2012 y marzo de 2016, y en toda la X Legislatura.

² Informe número 937 del Tribunal de Cuentas relativo a la fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social (aprobado el 29 de marzo de 2012) <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi37oCxs7PLAhUFLhoKHaRMcf8QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tcu.es%2F repositorio%2F6a875861-340f-4662-8142-0bb8d1bd03be%2F1937.pdf&usq=AFQjC-NEA7Zf00S5EZwrA0ZXS2z7wxnrcKQ&sig2=oo4a0Z7xZNzW7eFxiuVy9g>



“La transformación del sistema sanitario actual en un sistema sociosanitario debe suponer una mejora en la eficiencia organizativa y llevar aparejada una evaluación continuada”

En este contexto, debemos coincidir en que el Sistema Nacional de Salud es reconocido internacionalmente como uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, como un *gold standard*. El nivel que atesora es muy elevado tanto en los resultados asistenciales cosechados como en lo que al ajuste de los costes originados por la propia asistencia se refiere. No obstante, las necesidades de las personas, especialmente en términos de salud, son dinámicas, evolucionan de forma constante, por lo que el margen de progreso y de mejora en nuestro modelo sanitario es, en consecuencia, amplio.

Aunque en ámbitos como el abordaje de las enfermedades agudas y la aplicación de técnicas y procedimientos complejos nos encontramos al máximo nivel, cambios sociales y demográficos como el envejecimiento progresivo de la población, la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, la elevada incidencia de la pluriopatología, de la dependencia y de la discapacidad son características propias de la sociedad española actual, y seguramente de las próximas generaciones. Todo lo anterior hace necesario introducir cambios en la estructura del modelo para dar respuesta a los requerimientos actuales de los pacientes mientras se toman las medidas necesarias para afrontar los retos de futuro con garantías de éxito.

La evolución sociodemográfica y epidemiológica que nuestro país lleva tiempo experimentando supone dejar atrás la focalización del modelo hacia los procesos agudos y requiere una apuesta decidida por un enfoque preventivo, humanizado y personalizado, así como la actualización y la adaptación de la normativa vigente (refundación en una nueva ley de bases, un código sanitario que armonice y aúne lo establecido en la normativa básica y vertebradora del modelo, en esencia la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 16/2003, de 28 de mayo,

“La atención a la salud es uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de renta, cada persona aporta en proporción a su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades”



de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública), y una cartera de servicios, una historia y una tarjeta identificativa del ciudadano que tengan una orientación sociosanitaria, que impulsen una atención integral, transversal, multidisciplinar y continuada, y que favorezcan la optimización de la totalidad de los recursos disponibles.

Lo que no se evalúa, se devalúa

La transformación del sistema sanitario actual en un sistema sociosanitario debe suponer una mejora en la eficiencia organizativa y llevar aparejada una evaluación continuada.

Si algo está demostrado es que lo que no se evalúa termina por devaluarse, por eso cada profesional, cada servicio, cada centro asistencial, cada facultad de cada provincia y cada Comunidad Autónoma deben ser analizados con asiduidad, publicar periódicamente sus resultados y prestarse a la comparación, al *benchmarking*, para detectar y solventar ineficiencias, así como para potenciar las fortalezas y las ventajas competitivas desde la transparencia y desde la especialización inteligente. Este es, a nuestro entender, el camino correcto y más directo hacia la excelencia.

Así, además de incrementar la fluidez de información y la transparencia del sistema sanitario en su conjunto (desde las Administraciones hasta las asociaciones de pacientes, pasando por las organizaciones colegiales, los sindicatos y las sociedades científicas), la evaluación continuada resulta clave para introducir avances como la mejora del modelo de Centros, Servicios y Unidades de Referencia en el Sistema Nacional de Salud. De igual modo, facilitará que los pacientes cuenten



“Las autonomías deciden qué prioridad otorgan a la consolidación y al desarrollo del sistema sanitario en la distribución de sus presupuestos, y disponen cuánto se dedica a cada una de sus partidas”

con la información necesaria para elegir sobre la evidencia el centro y el profesional por el que quieren ser atendidos en todo el país.

Un paso dado en los últimos años en este sentido es la creación y puesta en marcha de la mencionada Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que debe ser desarrollada y orientada en mayor medida hacia el esquema y hacia los procedimientos del contrastado modelo de evaluación que representa el National Institute for Health and Care Excellence británico, con el ánimo de favorecer el coste-efectividad de cada tecnología y de cada prestación financiada con fondos públicos.

El papel del Consejo Interterritorial

Es precisamente en este contexto en el que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el “órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con las Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud mediante la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”³, adquiere especial importancia.

Configurado en la anteriormente citada Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, el Consejo Interterritorial es un foro de diálogo orientado a favorecer el consenso y

³ Reglamento de Funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Aprobado en la sesión plenaria celebrada el 23 de julio de 2003. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/ReglamentoCISNS-23-07-2003.pdf>

la cohesión entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas en la formalización de acuerdos que se traducen en recomendaciones, acuerdos de cooperación y convenios. No obstante, el cumplimiento de dichas recomendaciones, acuerdos de cooperación y convenios no siempre se produce, o no siempre con plenitud y/o en tiempo y forma, de ahí la necesidad de seguir trabajando, en el marco establecido por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público⁴, para incrementar la lealtad institucional y la aplicación práctica de los compromisos adquiridos en cuestiones como la citada evaluación o como, por ejemplo, la financiación del modelo.

En este sentido, debemos tener siempre presente que la atención a la salud es uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles, pues cada persona aporta en proporción a su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

Como es ampliamente conocido, la asistencia sanitaria en nuestro país es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza mediante impuestos, no es finalista y está incluida en la dotación general otorgada a cada Comunidad Autónoma. Son las propias autonomías las que, en consecuencia, deciden qué prioridad otorgan a la consolidación y al desarrollo del sistema sanitario en la distribución de sus presupuestos, y las responsables de disponer cuánto se dedica a cada una de las partidas que conforman los servicios sanitarios (estrategias en salud, recursos humanos, desarrollo de la sanidad electrónica...).

Con todo, la salud es el bien máspreciado que tenemos, el principal pilar del Estado de bienestar. Es lógico, comprensible cuando menos, que la demanda de prestaciones para preservarla sea elevada e incluso infinita aunque los recursos

⁴ Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. (artículos 147 y siguientes) http://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10566

sean limitados. En esta tesitura, es obligado establecer prioridades, así como aplicar distintas medidas para optimizar los recursos disponibles, de forma que sea posible cubrir las necesidades asistenciales con los fondos existentes.

Cabe debatir en este ámbito, en un tono constructivo y sinérgico, y distante del uso demagógico y sesgado que algunos realizan en ocasiones del Sistema Nacional de Salud, sobre cuestiones como la necesidad de incrementar la proporción del Producto Interior Bruto que se destina a Sanidad o la importancia de incrementar los niveles de eficiencia en el sistema.

En todo caso, es necesario estimular el consenso con las Comunidades Autónomas para garantizar que sus presupuestos blinden un gasto sanitario per cápita adecuado para asegurar el acceso correcto a las prestaciones de la cartera de servicios en todo el Sistema Nacional de Salud, para que el dinero siga realmente al paciente, evitando oscilaciones en la asignación que puedan suponer una provisión de servicios por debajo de los estándares de calidad elevados que necesitamos.

El paciente, nuestra razón de ser

Y en el epicentro de todo, el motivo por y para el cual trabajamos, se encuentra el paciente, la razón de ser del Sistema Nacional de Salud. Toda medida que se tome ha de procurar su beneficio, la preservación y la mejora de su salud y de su calidad de vida.

El paciente siempre será, por definición, la parte que padece de la ecuación asistencial. No obstante, es necesario que adquiera cada vez más un rol de agente proactivo y copartícipe en la autogestión y la protección de su salud.

Es necesario fomentar su implicación activa en el autocuidado, en la prevención de la enfermedad y en la promoción de su bienestar, así como en el uso racional y

“La salud es el bien máspreciado que tenemos, el principal pilar del Estado de bienestar. Es comprensible que la demanda de prestaciones para preservarla sea elevada e incluso infinita aunque los recursos sean limitados”



responsable de los recursos disponibles en el sistema sanitario. Debemos “empoderar” al paciente en mayor medida, lo que requiere un cambio cultural que debe promoverse desde el desarrollo y la mejora de la información y la formación que recibe.

Debemos potenciar, en coordinación con las Comunidades Autónomas, la actividad desarrollada en la Red de Escuelas de Pacientes creada en la X Legislatura⁵, así como promover otras medidas como la inclusión de asignaturas que promuevan hábitos de vida saludables en los programas educativos desde edades cada vez más tempranas. Y también, con el ánimo de materializar estos objetivos, debemos dar continuidad al trabajo ya iniciado para alcanzar un acuerdo marco con los pacientes que establezca una relación más cercana con la Administración, caracterizada por el diálogo continuado y la colaboración constante y orientada a favorecer el éxito en la transición hacia el sistema sociosanitario integral previamente comentado.

Los profesionales, nuestro principal activo

En el mismo sentido, los profesionales son, sin duda, el principal activo con el que cuenta el Sistema Nacional de Salud. Sin su implicación y sus esfuerzos de poco o nada valen ni valdrán las medidas diseñadas e implementadas por las Administraciones.

⁵ Red de Escuelas de Pacientes (creada en junio de 2012) <http://www.escuelas.msssi.gob.es/conocenos/laRed/home.htm>

Su formación, su *expertise*, su capacidad resolutoria, su polivalencia y sus competencias han de adaptarse a las necesidades dinámicas de los ciudadanos y evolucionar conforme lo hace el sistema sanitario. En consecuencia, la tendencia hacia un sistema sociosanitario debe ser asumida y liderada en toda su magnitud (funcional, estructural...) por el profesional.

La integración sociosanitaria requiere una coordinación entre profesionales todavía mayor a la que existe actualmente entre niveles asistenciales en Sanidad. El diálogo y el entendimiento han de ser perpetuos y el trabajo en equipos multidisciplinarios, una constante para que la continuidad asistencial pretendida con la integración sea real. Iniciativas actualmente en ciernes como la gestión clínica han de ser desarrolladas, tanto para incrementar la autonomía operativa del profesional, como para sustentar el gobierno del sistema en el conocimiento, en la experiencia del día a día en las consultas, en el coste-eficacia y en la evidencia científica. Cualquier otra fórmula de vinculación laboral que no permita la implicación del profesional en la toma de decisiones está abocada al fracaso.

No obstante, este esfuerzo por parte de los profesionales debe ir acompañado de medidas con las que incentivar su labor y mejorar las compensaciones por su trabajo. Desde la evaluación continuada del desempeño del profesional, y en el marco establecido por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de la regulación de la troncalidad y los diplomas de acreditación, del recientemente creado Registro Estatal de Profesionales Sanitarios⁶..., es nece-

⁶ Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497

Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. <https://www.boe.es/boe/dias/2014/08/14/pdfs/BOE-A-2014-8712.pdf>

“El paciente es, por definición, la parte que padece de la ecuación asistencial y la razón de ser del Sistema Nacional de Salud. Toda medida ha de procurar su beneficio, la preservación y mejora de su salud y de su calidad de vida”



sario un buen sistema de incentivos, alineado con los objetivos globales del sistema sanitario, que motive al profesional (retribución, promoción, nuevas responsabilidades, movilidad...).

Debemos impulsar también medidas que permitan aprovechar y desarrollar la capacidad resolutoria de los profesionales, de forma que si pueden asumir más actividad asistencial de la que tienen asignada no sólo puedan hacerlo, sino que se les estimule para que lo hagan y sean recompensados por ello. De igual modo, han de revisarse los roles desempeñados por cada profesional. Desde la consolidación y el impulso de las funciones esenciales ejercidas por los médicos, un ejemplo destacado es la evolución que necesariamente ha de experimentar el día a día de los enfermeros.

Ya se han dado los primeros pasos en esta dirección⁷, pero es necesario seguir trabajando desde el desarrollo de la especialización para incrementar la capacidad de decidir del enfermero en ámbitos como la gestión de casos o el abordaje de la cronicidad, promoviendo un cambio en el sistema para que evolucione desde el “medicocentrismo” hacia un escenario en el que la enfermería desempeñe un papel realmente protagonista. También es necesario que en los próximos años nos replanteemos, por ejemplo y entre otras reflexiones en este ámbito, el papel desempeñado por el farmacéutico en el control y el seguimiento de los pacientes

⁷ Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028

crónicos, desde la puesta en valor de su condición de profesional sanitario y dando prioridad a ámbitos como el control de la adherencia terapéutica.

En todo caso, estas medidas han de ser desarrolladas en el contexto establecido por los acuerdos marco suscritos en 2013 con 500.000 profesionales, entre médicos, enfermeros y farmacéuticos⁸, que han marcado un antes y un después en la relación del Gobierno con las profesiones sanitarias y que deben ser aplicados, revisados y actualizados conforme pase el tiempo para mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, desde una mejor administración y una mejor planificación de los recursos humanos.

Farmacia e I+D+i, sectores estratégicos

Por su parte, en el ámbito de la farmacia es necesario garantizar certidumbre y estabilidad al sector, consolidar nuestro modelo farmacéutico, ser previsibles en la regulación para facilitar la planificación a la industria y hacer compatible la obtención de beneficio por parte de los laboratorios con la mejora de la salud y la sostenibilidad del modelo, así como con la incorporación ágil de innovaciones en la cartera de servicios y un acceso más rápido y equitativo a los tratamientos por parte de los pacientes.

Así, fórmulas empleadas para la adquisición de medicamentos y de otros productos sanitarios en la pasada legislatura como la compra centralizada, los techos de gasto, el riesgo compartido, la tarifa plana o el precio-volumen

⁸ Acuerdo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el Foro de la Profesión Médica. http://www.msssi.gob.es/pactoSostenibSNS/docs/acuerdo_medicos.pdf

Acuerdo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el Consejo general de enfermería - Sindicato de enfermería SATSE. http://www.msssi.gob.es/pactoSostenibSNS/docs/acuerdo_enfermeria.pdf

Acuerdo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con el Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos. <http://www.msssi.gob.es/pactoSostenibSNS/docs/consejoGeneralFarmaceuticos.pdf>

“Los profesionales son el principal activo del Sistema Nacional de Salud. Su formación, capacidad resolutoria, polivalencia y competencias han de adaptarse a las necesidades de los ciudadanos y evolucionar con el sistema sanitario”



(especialmente representativas en la aplicación del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud)⁹ han de ser desarrolladas y evaluadas.

Con todo, y desde la puesta en valor que merece el acuerdo suscrito en noviembre de 2015 con Farmaindustria (impulsado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y el acceso a la innovación)¹⁰ es necesario seguir trabajando para destacar en mayor medida la importancia económica, sanitaria y social del medicamento, así como el papel clave que la política farmacéutica desempeña tanto para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud como para la competitividad de un sector industrial de alto valor añadido para España como es la industria farmacéutica, basada en la innovación y en la proyección internacional.

También en este espacio es necesario desarrollar las funciones desempeñadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en todo lo que se refiere a la autorización de medicamentos y productos (especialmente en la Unión Europea mediante la evaluación y la certificación actualmente realizadas

⁹ (Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (con fecha de 21 de mayo de 2015). http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf

¹⁰ Protocolo de colaboración entre la Administración General del Estado (Ministerios de Hacienda y Administraciones Públicas, y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y Farmaindustria (con fecha de 4 de noviembre de 2015). <http://static.diariomedico.com/docs/2015/11/05/protocolo-administracion-farmaindustria.pdf>



“Hay que destacar la importancia económica, sanitaria y social del medicamento. La política farmacéutica es clave en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y en la competitividad de una industria de alto valor añadido para España”

por el Organismo Notificado), a los informes de posicionamiento terapéutico, a la lucha contra las actividades ilegales, a los ensayos clínicos, a las inspecciones, a la farmacovigilancia... Ámbitos, todos ellos, que deben asumirse como esenciales para garantizar la calidad y la seguridad en todo lo relativo a la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud; actividades, procedimientos y estructuras que han de tomarse como referente en la necesaria creación de un nuevo ente que vele por la salud medioambiental y mejore el control y el seguimiento que actualmente se realizan sobre los efectos que los productos fitosanitarios y las sustancias biocidas pueden generar en la salud de los ciudadanos.

Del mismo modo, y teniendo presente el contexto establecido por la Disposición Adicional Sexta del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios¹¹, debe impulsarse la actividad desarrollada por la industria en el ámbito de la I+D+i biomédica, la consolidación y la creación de nuevos puestos de trabajo de calidad, así como promover su participación en iniciativas orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

La investigación, el desarrollo y la innovación conforman otro ámbito estratégico para el Sistema Nacional de Salud. Se antoja esencial en este apartado el retorno del Instituto de Salud Carlos III al Ministerio de Sanidad (dependencia tanto orgá-

¹¹ Disposición adicional sexta. Aportaciones por volumen de ventas al Sistema Nacional de Salud del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343>

“La investigación, el desarrollo y la innovación conforman otro ámbito estratégico para el Sistema Nacional de Salud. Es esencial el retorno del Instituto de Salud Carlos III al Ministerio de Sanidad”



nica como funcional¹² para favorecer una mayor y más estrecha relación entre la actividad desarrollada en el ámbito asistencial y la acontecida en el campo de la I+D+i biomédica). El Instituto de Salud Carlos III es un organismo fundamental en el ámbito de la salud pública, cuyo soporte científico-técnico para los departamentos de Sanidad, tanto de la Administración Central como de las Comunidades Autónomas, resulta esencial.

Además, gran parte de las funciones que corresponde ejercer al citado organismo público de investigación han de ser desarrolladas en coordinación con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud bajo la presidencia del Ministerio de Sanidad y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, en su Título VII¹³. Por consiguiente, lo más efectivo y coherente con el funciona-

¹² Dependencia orgánica del Ministerio de Economía y Competitividad de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 345/2012, de 10 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía y Competitividad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. <http://boe.es/boe/dias/2012/02/11/pdfs/BOE-A-2012-2081.pdf>

Dependencia funcional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conforme a lo regulado en el Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. <http://boe.es/boe/dias/2012/01/24/pdfs/BOE-A-2012-1034.pdf>

¹³ Título VII, “del Instituto de Salud Carlos III”, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículos 111, 112 y 113 de la norma. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/Ley_14_86_GRAL_SANIDAD_1.pdf



“Debemos favorecer el registro de patentes, atraer y retener inversiones y el talento investigador, e impulsar una mayor coordinación con la iniciativa privada en la investigación, el desarrollo y la innovación biomédicas”

miento de nuestro modelo es que el Instituto de Salud Carlos III dependa directa y plenamente de Sanidad, porque así será más útil y eficaz en la consecución de soluciones a los problemas de salud que se puedan plantear.

De igual forma, debemos impulsar medidas con las que favorecer el registro de patentes, atraer y retener inversiones nacionales e internacionales, así como el talento investigador español y de otros países, e impulsar una mayor coordinación con la iniciativa privada en la investigación, el desarrollo y la innovación biomédicas. Debemos desarrollar también el trabajo en red e impulsar la generación de sinergias entre organismos públicos de investigación que desarrollan I+D+i relacionada con la sanidad, con el ánimo de agilizar la generación de hallazgos y de incrementar nuestras opciones de acceso a los fondos de carácter competitivo convocados por organismos internacionales, fundamentalmente por la Unión Europea.

Todo ello, como medio para acelerar la consecución de avances con los que mejorar el abordaje de las patologías que afectan a los ciudadanos, especialmente las más prevalentes en la actualidad y las que se prevén para los años venideros (cáncer, cardiopatías, enfermedades neurodegenerativas, patologías mentales...).

Sanidad electrónica y renovación tecnológica

En el ámbito de la sanidad electrónica, y en el escenario presente y futuro que supone el *Big Data*, es necesario trabajar para hacer real la plena implementación y la total interoperabilidad de la tarjeta individual, la receta y la historia clínica elec-

trónicas en el Sistema Nacional de Salud, así como para obtener el máximo rendimiento de las ventajas que nos ofrecen tanto la *e-health* como la *m-health*, desde la verificación y la acreditación de la calidad, de la utilidad médica y de la contribución a la mejora de la salud de las *apps*.

Los avances cosechados en los últimos años (en febrero de 2016 la implantación de la receta electrónica superaba el 82%, cuando al comienzo de la X Legislatura era inferior al 50%, más de 25,6 millones de historias clínicas son ya electrónicas frente a las 6 de comienzos de la pasada legislatura, y 44,6 millones de personas con Código de Identificación única, al tiempo que todas las autonomías operan ya en la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud con el mismo formato y bajo el mismo código de identificación)¹⁴ deben hacerse extensibles a todas las Comunidades Autónomas, de forma que el acceso a los tratamientos y la calidad asistencial sean similares (seguridad, disponibilidad...) en todo el Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, ha de promoverse en el corto plazo la renovación del parque tecnológico de los centros asistenciales públicos, desde la planificación estratégica y desde la total coordinación entre la Administración central y las Comunidades Autónomas. Es necesario en este apartado estudiar fórmulas de adquisición y explotación, como la compra centralizada (sobre avances como el que representa el catálogo de compras centralizadas impulsado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria), que permitan optimizar los recursos existentes, así como mejorar las condiciones de transacción, evitando la duplicación innecesaria en las adquisiciones y estudiando las distintas opciones de coordinación plausibles en este ámbito con la iniciativa privada.

¹⁴ Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. <http://inclasns.msssi.es/>

La Unión Europea como contexto

Además, para concluir, y teniendo presente la necesidad de que todos y cada uno de los agentes del sistema sanitario (Administraciones, asociaciones de pacientes, organizaciones colegiales, sindicatos, sociedades científicas...) actúen desde la responsabilidad, desde la lealtad institucional, desde los valores y los principios éticos y deontológicos en favor de la sostenibilidad, y desde el rol y las funciones que la normativa vigente atribuye a cada cual, es cuando menos oportuno tener presente nuestra pertenencia a la Unión Europea.

Todas las reflexiones y medidas planteadas anteriormente han de ser desarrolladas e implementadas teniendo presente el escenario de la Unión Europea, que es el presente y el futuro de nuestra Sanidad, el entorno en el que nuestro Sistema Nacional de Salud se erige como uno de los principales valores de la ‘Marca España’¹⁵.

Es necesario promocionar la coordinación y la cohesión entre los Estados miembros con planteamientos posibles, como la creación de una red de centros de referencia, el impulso de la sanidad electrónica interoperable entre los países, el desarrollo de un “turismo sanitario” reglado y modulado, el *benchmarking* entre centros asistenciales de todo el continente, etc.

Son ámbitos, como también lo es la donación y el trasplante de órganos y tejidos¹⁶ o, entre otros ejemplos, la infraestructura y los procedimientos diseñados

¹⁵ ‘Marca España’ es una política de Estado cuyo objetivo es mejorar la imagen de nuestro país, tanto en el interior como más allá de nuestras fronteras. El Real Decreto 998/2012, de 28 de junio, creó la figura del Alto Comisionado del Gobierno para la Marca España, a quien compete la planificación, el impulso y la gestión coordinada de las actuaciones de todos los organismos públicos y privados encaminadas a la promoción de la imagen de España. <http://marcaespana.es/> <http://www.boe.es/boe/dias/2012/06/29/pdfs/BOE-A-2012-8672.pdf>

¹⁶ Organización Nacional de Trasplantes: 25 años de historia, liderazgo mundial, Premio Príncipe de Asturias a la Cooperación Internacional en 2010... <http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx>

“Es necesario trabajar para la plena implementación e interoperabilidad de la tarjeta individual, la receta y la historia clínica electrónicas en el Sistema Nacional de Salud, y el máximo rendimiento de la e-health y la m-health”



para hacer frente a situaciones críticas como la generada por virus como el ébola o el zika¹⁷, en los que España cuenta con la experiencia y la fortaleza suficientes para asumir el liderazgo de la cohesión y la calidad, así como para aprovechar las oportunidades que brinde una convergencia sanitaria en Europa que, como sucedió en 2002 en el ámbito monetario, se antoja razonable y oportuna.

¹⁷ Informe resumen sobre actuaciones realizadas en España en relación con la epidemia de enfermedad por virus del ébola. Marzo 2014 - Enero 2016. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/ebola/docs/Informe_actuaciones_Espana_14.01.2016.pdf
Evaluación Rápida del Riesgo de transmisión de enfermedad por el virus Zika en España (con fecha de 16 de febrero de 2016)
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/zika/home.htm>
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ERR_Zika_16Febrero2016.pdf