

LA CRISIS ACTUAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD



Málaga, 18-19 de octubre de 2013

Eugenio Contreras Fernández
ASANEC

Vocalía de Relaciones Institucionales y Sociedad

E-mail: rinstitutionalesysociedad.es

Web: www.asanec.es

LA CRISIS ACTUAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD



Guión-Índice exposición:

- I - Breve paseo por la historia: Las grandes depresiones mundiales.
- II - La crisis en España: Causas.
- III - La crisis en España: Las reformas del gobierno de España.
- IV - El Sistema Nacional de Salud: “Peculiaridades”.
- V - La In-Suficiencia económica para la Sanidad Pública.
- VI - La Sostenibilidad del SNS: Debates/Informes tipo.
- VII - ¿Los recortes desmantelarán el Sistema Sanitario Público Español?.
- VIII - Inquietudes desde ASANEC.
- IX - Propuestas desde ASANEC “para la transformación del SNS”.
- X - Reflexión Final.

Málaga, 18-19 de octubre de 2013

Eugenio Contreras Fernández
ASANEC

Web: www.asanec.es

(Introducción)

UN BREVE PASEO POR LA HISTORIA: LAS GRANDES DEPRESIONES MUNDIALES:



Web: www.asanec.es

UN BREVE PASEO POR LA HISTORIA: LAS GRANDES DEPRESIONES MUNDIALES:



La 1ª gran depresión. “Conocida como”:

➤ “El pánico de 1873 o crisis económica de 1873”

- El pánico económico desencadenado en Estados Unidos por la quiebra de la entidad bancaria *Jay Cooke and Company* el 18 de septiembre de 1873, junto a la **previa caída de la Bolsa de Viena** 9 de mayo de 1873. (estallido de una burbuja inmobiliaria en Austria, corazón del imperio centroeuropeo) y a la **caída de los precios agrícolas** y de los salarios.

La 2ª gran depresión. “Conocida como”:

➤ “La Gran depresión”

- Se originó en los Estados Unidos, a partir de la caída de la bolsa del 29 de octubre de 1929.
- La **Gran depresión** fue una crisis económica mundial que se prolongó durante la década de 1930.

La 3ª gran depresión. “Conocida como”:

➤ “La crisis económica de 2008-2013 o la gran recesión”

- Fue originada en los Estados Unidos con una grave crisis crediticia e hipotecaria que afectó a la fuerte burbuja inmobiliaria que venían padeciendo..
- Entre los principales factores causantes de la crisis estarían los altos precios de las materias primas debido a una elevada inflación planetaria, la sobrevalorización del producto, crisis alimentaria mundial y energética, la amenaza de una recesión en todo el mundo, y una crisis crediticia, hipotecaria y de confianza en los mercados.

(Introducción)

- La 3ª gran depresión. “Conocida como”:
➤ **“La crisis económica de 2008-2013 o la gran recesión”**



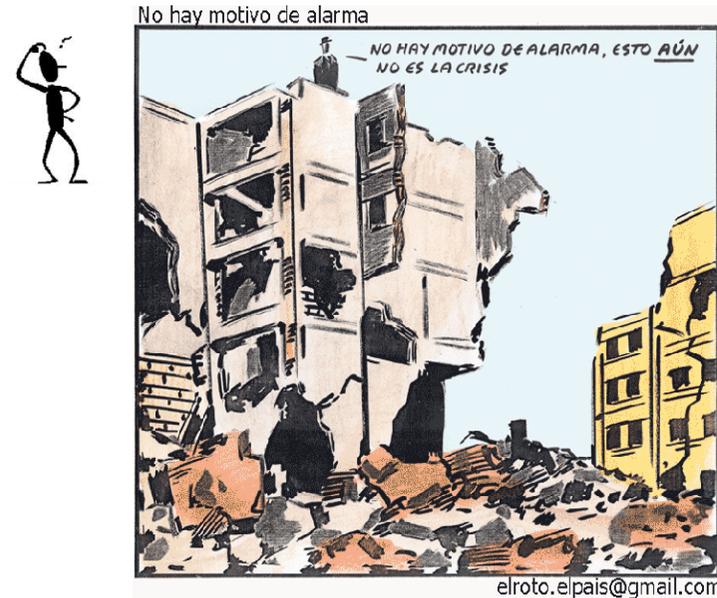
La crisis en España.

Web: www.asanec.es

(Introducción)

- La 3ª gran depresión. “Conocida como”:
➤ **“La crisis económica de 2008-2013 o la gran recesión”**

La crisis en España.



Web: www.asanec.es

- La 3ª gran depresión. “Conocida como”:
➤ **“La crisis económica de 2008-2013 o la gran recesión”**



La crisis en España. Causas:

- ✓ **La burbuja inmobiliaria.**
- ✓ **El grave deterioro de las entidades financieras**
(promovido en gran parte por la burbuja inmobiliaria).
- ✓ **Economía volcada excesivamente en el sector servicios y con escasa presencia en el sector industrial.**
- ✓ **Endeudamiento en 2009 de 800.000 millones de €**
(casi general del sector privado: familias y empresas. Intervención estatal con socialización de pérdidas. actualmente necesidad de emplear 40.000 millones de €/año para pagar intereses deuda pública).

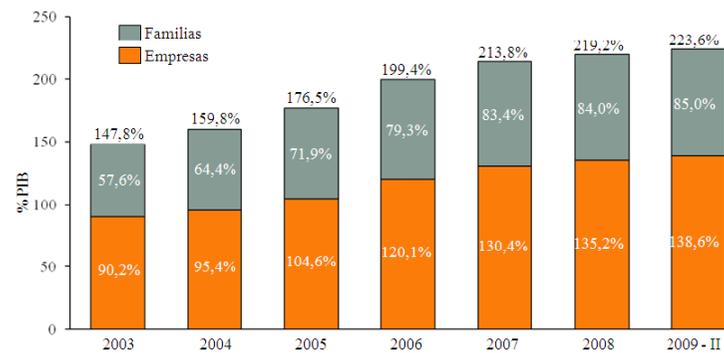
(Introducción)

La 3ª gran depresión. “Conocida como”:
➤ “La crisis económica de 2008-2013 o la gran recesión”

La crisis en España.



Nivel de endeudamiento de las familias y las empresas



Crédito a empresas y familias



Web: www.asanec.es



La 3ª gran depresión. “Conocida como”:
➤ **“La crisis económica de 2008-2013 o la gran recesión”**

La crisis en España. Evolución del deterioro de su economía:

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2º T. 2013
Δ PIB	+ 3,5%	+ 0,9%	- 3,8%	- 0,2%	+0,1%	- 1,6%	- 1,6%
Tasa desempleo	8,6%	13,9%	18,8%	20,3%	22,8%	26,0%	26,2%
Déficit público	1,9%	-4,5%	-11,2%	- 9,7%	- 9,4%	- 7,0%*	- 3,8%
% Deuda pública s/PIB	36,3%	40,2%	53,9%	61,5%	69,3%	84,1%	92,2%

(*) excluyendo ayuda a la banca (+3,6%).

(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA



LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA (Septiembre 2012)



(Introducción)



LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA (Septiembre 2012)

- **MEDIDAS DE AJUSTE PRESUPUESTARIO Y CONSOLIDACIÓN FISCAL.**
- **REFORMAS ESTRUCTURALES PARA LA COMPETITIVIDAD.**
- **REFORMAS PROYECTADAS.**
- **... CONCLUSIONES.**



Web: www.asanec.es

(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

LAS REFORMAS ADOPTADAS A PARTIR DE 2012



I - MEDIDAS DE AJUSTE PRESUPUESTARIO Y CONSOLIDACIÓN FISCAL:

- **Medidas de ajuste presupuestario para la reducción del déficit público:**
 - A) **Medidas presupuestarias, tributaria y financiera (15.000 millones €)**
 - **Congelación sueldo empleados públicos y congelación Oferta Empleo Público.**
 - Incremento impositivo periodo 2012-2013 IRPF e IBI.
 - Reducción 20% estructuras orgánicas Administración del Estado y de los altos cargos.
 - B) **Presupuestos Generales Estado para 2012 (17.800 millones €)**
 - Reducción gasto ministerios: 17%
 - Medidas tributarias para elevar ingresos en 12.300 € (sociedades, regularización fiscal, etc.)
 - C) **Medidas racionalización gasto público en el SNS y en ámbito educativo: 10.000 millones €)**
 - **En el SNS:** reducción gasto en medicamentos, establecimiento Compras Centralizada, control “**uso indebido**” servicios sanitarios por parte de residentes extranjeros.

Web: www.asanec.es

(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

LAS REFORMAS ADOPTADAS A PARTIR DE 2012



I - MEDIDAS DE AJUSTE PRESUPUESTARIO Y CONSOLIDACIÓN FISCAL: .../.

D) Medidas para garantizar la estabilidad presupuestarias, y de fomento de la competitividad (supondrán ~ 65.000 millones €, periodo 2012-2014)

- Supresión paga extraordinaria de diciembre para todo el sector público y Administraciones Públicas.
- Incremento del IVA (del 18% al 21%) y el gravamen reducido (del 8% al 10%), se suprime en el IRPF la deducción por compra vivienda habitual (a partir del 1 enero 2013)
- Se reduce la prestación por desempleo a partir del 7º mes a los nuevos beneficiarios (se fija la prestación en el 50% de la base reguladora).
- Acuerdo de No Disponibilidad de créditos por valor de 600 millones de €, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado para 2012.
- Plan Presupuestario bianual 2013-2014:
 - Da cumplimiento a las recomendaciones de las autoridades europeas.
 - Ajuste aumento de ingresos y recorte de gastos: 2013: 39.000 millones de €; 2014: 50.100 millones de €.
 - Garantizar senda consolidación fiscal reducción déficit conjunto Administraciones Públicas al 4,5% PIB 2013, y 2,8% PIB 2014.
- Compromiso administraciones territoriales para estabilidad presupuestaria:
 - Las CCAA: Planes Económico-Financieros de Reequilibrio (ahorro:18.349 millones de €; déficit publico rebaja al 1,5% en 2012, 0,7% del PIB 2013, 0,1% en 2014, y superávit 0,2% en 2015)
-

Web: www.asanec.es

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

LAS REFORMAS ADOPTADAS A PARTIR DE 2012



II – REFORMAS ESTRUCTURALES PARA LA COMPETITIVIDAD: .../.

- A) Reforma Laboral.
- B) **Reforma del sector público:**
 - Medidas para mejorar la eficiencia del empleo en el sector público:
 - Reducción 20% estructuras administrativas en Administración General del Estado.
 - Congelación oferta de empleo público, salvo servicios públicos prioritarios (sanidad, educación, cuerpos y fuerzas de Seguridad)
 - Reducción absentismo personal administraciones públicas).
 - .../..
- C) Medidas de impulso de la actividad económica :
 - Plan de pago a proveedores.
 - Líneas de crédito del ICO.
 - ...
- D) Reformas del sector del transporte.
- E) Reformas de la Justicia.

III – ESTABILIDAD FINANCIERA:

- A) Reestructuración del sector financiero.....

(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

CONCLUSIONES:

CUMPLIMIENTO DEL DÉFICIT DEL ESTADO Y LAS CCAA 25 Julio 2012

OBJETIVO DE ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA PARA EL PERIODO 2013-2015 (*)

Capacidad (+) Necesidad (-) de Financiación, SEC-95

(En porcentaje del PIB)

	2013	2014	2015
Administración Central	-3,8	-2,7	-2,1
Comunidades Autónomas	-0,7	-0,1	0,2
Entidades Locales	0,0	0,0	0,0
Seguridad Social	0,0	0,0	0,0
Total Administraciones Públicas	-4,5	-2,8	-1,9

* Estos objetivos no incluyen el posible efecto del mecanismo de ayuda financiera europea.

OBJETIVO DE DEUDA PÚBLICA PARA EL PERIODO 2013-2015 (*)

(En porcentaje del PIB)

	2013	2014	2015
Administración Central	66,0	66,3	66,6
Comunidades Autónomas (**)	16,0	15,9	15,5
Entidades Locales (***)	3,8	3,8	3,8
Seguridad Social	0,0	0,0	0,0
Total Administraciones Públicas	85,8	86,0	85,9

* Estos objetivos no incluyen el posible efecto del mecanismo de ayuda financiera europea.

Web: www.asanec.es



(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

CONCLUSIONES:

CUMPLIMIENTO DEL DÉFICIT DEL ESTADO Y LAS CCAA (25 Julio 2012).

OBJETIVO DE ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA PARA EL PERIODO 2013-2015 (*)

Capacidad (+) Necesidad (-) de Financiación, SEC-95

(En porcentaje del PIB)

	2013	2014	2015
Administración Central	-3,8	-2,7	-2,1
Comunidades Autónomas	-0,7	-0,1	0,2
Entidades Locales	0,0	0,0	0,0
Seguridad Social	0,0	0,0	0,0
Total Administraciones Públicas	-4,5	-2,8	-1,9

* Estos objetivos no incluyen el posible efecto del mecanismo de ayuda financiera europea.

Objetivo Revisado 12 julio 2013	Objetivo revisado
Administración Central	-3,8
Comunidades Autónomas	-1,3
Entidades Locales	0,0
Seguridad Social	-1,4
Total Administraciones Públicas	-6,5



(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

CONCLUSIONES:

CUMPLIMIENTO DEL DÉFICIT DEL ESTADO Y LAS CCAA (25 Julio 2012).

OBJETIVO DE DEUDA PÚBLICA PARA EL PERIODO 2013-2015 (*) (En porcentaje del PIB)

	2013	2014	2015
Administración Central	66,0	66,3	66,6
Comunidades Autónomas (**)	16,0	15,9	15,5
Entidades Locales (***)	3,8	3,8	3,8
Seguridad Social	0,0	0,0	0,0
Total Administraciones Públicas	85,8	86,0	85,9

* Estos objetivos no incluyen el posible efecto del mecanismo de ayuda financiera europea.

Objetivo Revisado 12 julio 2013 en % del PIB	Objetivo revisado
Administración Central y Seguridad Social	68,5
Comunidades Autónomas	19,1
Entidades Locales	4,0
Total Administraciones Públicas	91,6



(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA



Web: www.asanec.es

(Introducción)

LA CRISIS EN ESPAÑA

LAS REFORMAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

LAS REFORMAS ADOPTADAS A PARTIR DE 2012



Web: www.asanec.es

LA CRISIS EN ESPAÑA

(SNS)



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Orígenes de la sanidad pública



- **27 febrero 1908:** Creación del **INP** primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España.
- **15 julio 1934:** **Ley de Coordinación**. Fin: intervención del Estado en los servicios sanitarios locales.
- **14 diciembre 1942:** Ley seguro obligatorio de enfermedad (**SOE**). Dirigido a proteger a los trabajadores económicamente más débiles.
- **1 enero 1967:** **Ley General de la Seguridad Social**. Fin: creación de un modelo unitario e integrado de protección social.
- **16 noviembre 1978:** Real Decreto Ley 36/1978 sobre **gestión institucional** de la Seguridad Social, la salud y el empleo (Organismos gestores: Instituto Nacional de la Seguridad Social, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Servicios Sociales y el Instituto Social de la Marina).
- **25 abril 1986:** Ley General de Sanidad. Título III: define a las prestaciones públicas y sus estructuras como un **Sistema Nacional de Salud**, con una organización de sus servicios establecida por las distintas comunidades autónomas.

Web: www.asanec.es

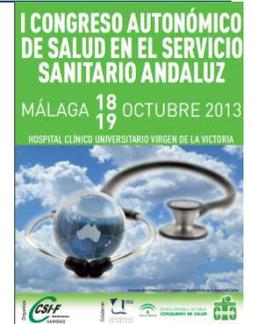
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Orígenes de la sanidad pública

Solemne acto de Apertura del I Congreso Nacional de Sanidad. A la derecha, el Secretario General del Congreso, Dr. Luis Nájera Angulo, leyendo el discurso de apertura. Madrid. Sala Capitol, 1934



(SNS)



LEY DE 14 DE DICIEMBRE DE 1942 POR EL QUE SE IMPLANTA EL SEGURO DE ENFERMEDAD.

El seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización.

Superadas estas luchas y promulgado el Fuero del Trabajo... en cuya declaración décima se ordena el establecimiento de un seguro total, se dispuso por el Ministerio de Trabajo el estudio y redacción de esta Ley, en que, recogidas las experiencias necesarias, se plasmasen en una realidad este seguro, con carácter obligatorio para los productores económicamente débiles y con la amplitud y generosidad propia de nuestra Revolución Nacional-sindicalista.

En su virtud, dispongo:

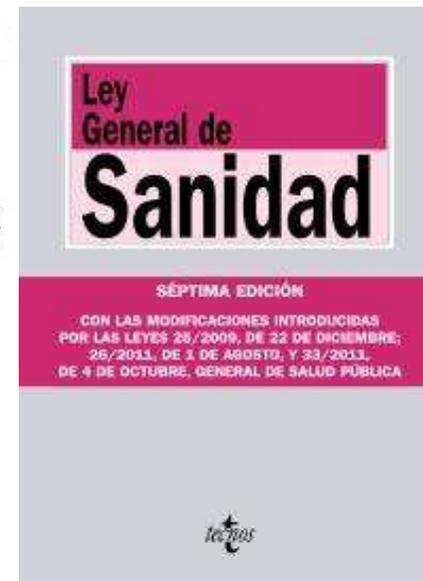
CAPÍTULO I.—Fines de la Ley

Artículo 1.º Por la presente Ley se establece en España el seguro obligatorio de enfermedad.

Art. 2.º Son fines del seguro obligatorio de enfermedad:

- a) La prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad.
 - b) La prestación de asistencia sanitaria en caso de maternidad.
 - c) La indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de los riesgos determinados en los apartados a) y b) de este artículo.
 - d) La indemnización para gastos funerarios al fallecer los asegurados.
- Las funciones de medicina preventiva que se encomiendan al Seguro se ajustarán a las normas generales establecidas por la Dirección General de Sanidad.

CAPÍTULO II.—Campo de aplicación



Web: www.asanec.es

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PECULIARIDADES

- Sistema integrado de cobertura universal
- Cobertura integral de las prestaciones
- Gestión descentralizada
- Financiación pública **vía impuestos**
- Organización por niveles asistenciales
 - **Atención Primaria:** Base de la Atención Sanitaria.
 - Atención Especializada.



Atención Primaria: Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PECULIARIDADES

CARTERA DE SERVICIOS

Prestaciones de salud pública

Atención primaria

Atención especializada

Atención de urgencia

Prestación farmacéutica

Prestación ortoprotésica

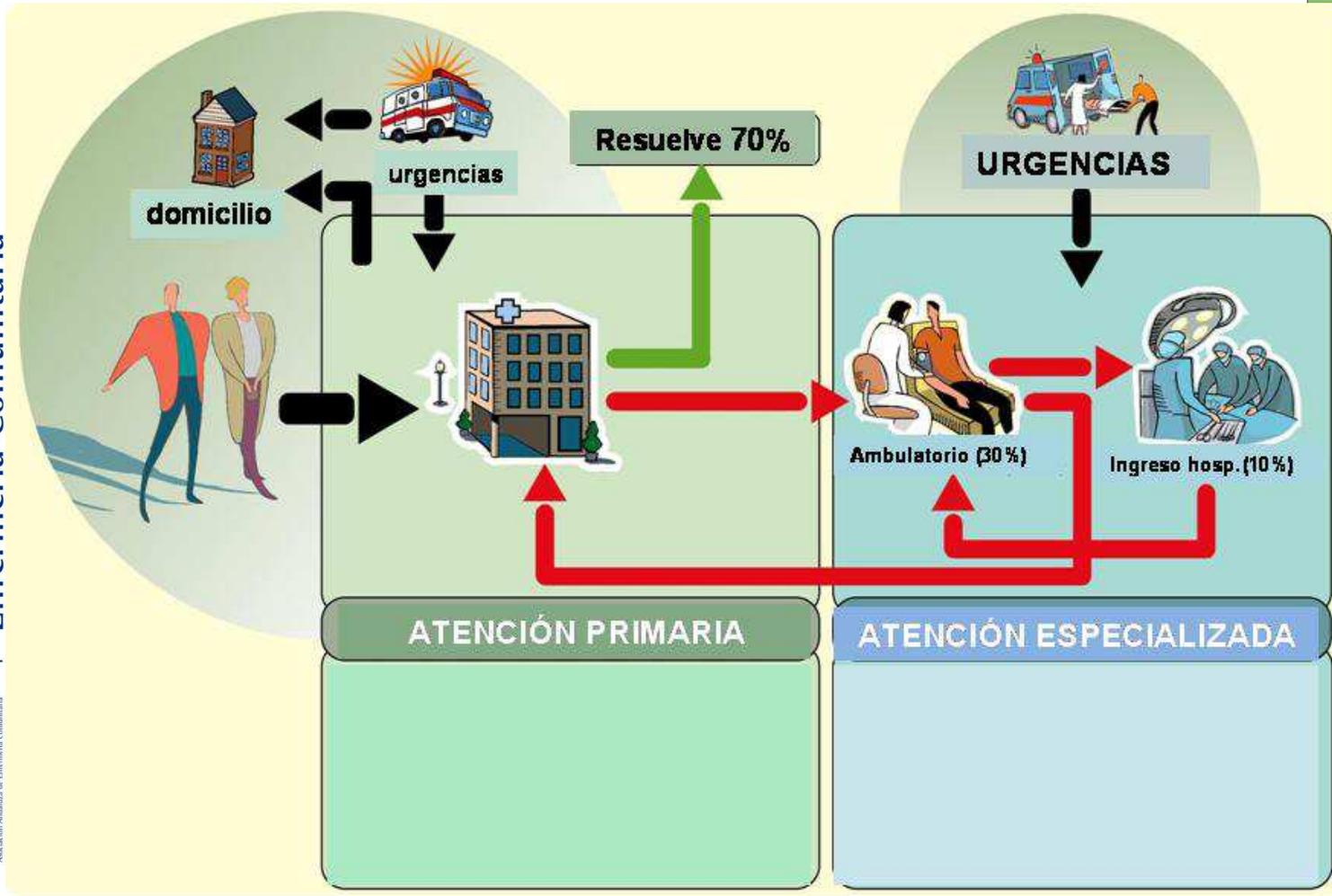
Prestación de Productos dietéticos

Prestación de transporte sanitario

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PECULIARIDADES

Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PECULIARIDADES

«... La atención primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad, y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y una organización descentralizada, eficiente y participada, tanto por los ciudadanos como por los profesionales...»

(del Acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 11 de diciembre de 2006 sobre el Proyecto AP-21)

Marco Estratégico para la mejora de la
Atención Primaria en España: 2007-2012

Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012

Proyecto AP-21



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SANIDAD 2007
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PECULIARIDADES

Acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre el Proyecto AP-21 (11 de diciembre de 2006)

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) reafirma el papel fundamental que desempeña la Atención Primaria de salud como eje del sistema sanitario y agente del ciudadano ante el mismo. El Pleno, reconoce el esfuerzo realizado por las Comunidades Autónomas en la mejora de la Atención Primaria y considera que hay que seguir avanzando hacia una Atención Primaria de calidad, capaz de potenciar la gestión clínica basada en la evidencia científica y la continuidad asistencial. La Atención Primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad, y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, eficiente y participada tanto por los ciudadanos como por los profesionales.

Por ello el Pleno del CISNS valora muy positivamente los trabajos desarrollados por los grupos de expertos en relación al Proyecto AP-21 y quiere expresar su felicitación a los mismos. También considera que en los documentos se incorpora un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada servicio de salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la Atención Primaria de salud en España en el período 2007-2012.

El Pleno del CISNS ha decidido encargar a la Agencia de Calidad del SNS, de acuerdo con las Comunidades Autónomas y contando con la opinión de los profesionales, la elaboración de indicadores que permitan realizar una evaluación de progreso.



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PECULIARIDADES

Sostenible? No Sostenible, Historia ...?

Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud para el periodo 2007-2012: Estrategia AP-21

- I - Potenciar la transformación de la Atención Primaria en Agencia de Salud de los ciudadanos.
 - II - Orientar la organización de servicios a la mejora de la accesibilidad.
 - III - Adecuar la dotación de recursos humanos y la gestión de la organización de las consultas, para una adecuada atención, garantizando la no existencia de listas de espera en AP.
 - IV - Integrar las unidades administrativas en la estructura organizativa de los equipos de AP.
 - V - Impulsar una imagen de la Atención Primaria como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud de los ciudadanos.
 - VI - Impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la AP.
 - VII - Potenciar la autonomía de los ciudadanos y la capacidad de decidir sobre su salud
 - VIII - Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria.
 - IX - Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades en salud de la población.
 - X - Potenciar las actividades de promoción de la salud y prevención.
-/.
- XXVII: Mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales.



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PECULIARIDADES

En España , el Sistema Nacional de Salud (SNS) es una de las señas de identidad de la sociedad y uno de los principales elementos de cohesión social del Estado (hasta ahora ?,...y hasta cuando?....)



La atención sanitaria en España sigue el “modelo Beveridgiano*”: impulsado en el Reino Unido desde mediados del siglo XX). Modelo que se caracteriza por contar con financiación pública y ofrecer una prestación sanitaria a través de las Instituciones públicas. Países que este tipo de modelo: Reino Unido, Países Nórdicos, Italia, Australia).

(*) William Beveridge (1879-1963): economista y político británico. responsables de la creación de los planes sociales avanzados en beneficio de los trabajadores.

Otros sistemas sanitarios europeos: “modelo Bismarck”: seguro de enfermedad obligatorio. Financiados de forma conjunta entre la empresa y el trabajador. Países con este tipo de modelo: (Alemania, Austria Suiza, Francia)

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PECULIARIDADES

“El Sistema Nacional de Salud (SNS) seña de identidad de la sociedad y uno de los principales elementos de cohesión social del Estado”



El SNS español líder en resultados (hasta cuando?...):

- **Esperanza de vida 2012: 84,72** para mujeres y **79,01** para hombres (Fuente:Eurostat).
- **Tasa mortalidad infantil 2010: 3,20** c/1000 nacidos*, frente a 4,00 UE-27 (Fuente:Indecat y Eurostat)
- **Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas 2009 c/100.000 personas:**
para hombres **128,1**; para mujeres **58,4**; frente a 151,4 para hombres y 82,8 para mujeres en la UE-27.
(Fuente: Indicadores de Desarrollo Sostenible. Eurostat)
- **Trasplantes realizados 2012: el 3,7% (4.211) de los 112.631 realizados a nivel mundial.**
(Fuente: Organización Nacional de Trasplantes (ONT), 17 septiembre 2013)
- **Tasa supervivencia trasplantes de riñón (después de 10 años): 86%;** en USA el 67%
(Fuente: Dirección Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Rafael Matesanz: Foro España Innova: Madrid 24/01/2011)





Polémica en las redes

¿Está bajando la esperanza de vida en España?
La noticia del descenso de la esperanza de vida, publicada por varios medios, ha generado una gran polémica.

(SNS)



CUADRO III-1. PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Años	(1) Población de derecho (miles) a 1 de enero	(2) Residentes extranjeros (miles) a 1 de enero	(3) Indicador coyuntural de fecundidad (hijos por mujer en edad fértil)	(4) Esperanza de vida al nacer (años)		(5) Saldo vegetativo por mil habitantes	(6) Crecimiento demográfico (%)	(7) Saldo migratorio estimado con el exterior (inmigrantes-emigrantes)
				Hombres	Mujeres			
1976	35.891	159	2,80	70,7	76,6	10,48	—	—
1981	37.683	198	2,04	72,6	78,8	6,36	—	—
1986	38.536	293	1,56	73,4	79,9	3,36	—	—
1991	38.935	361	1,33	73,5	80,8	1,70	—	—
1996	39.669	542	1,16	74,5	82,0	0,32	—	—
1998	39.852	637	1,16	74,5	81,5	2,40	—	—
2001	41.117	1.371	1,24	76,2	83,2	1,17	1,52	—
2007	44.874	5.220	1,39	77,8	84,3	2,40	1,10	—
2008	46.157	5.268	1,46	78,2	84,3	2,95	2,12	—
2009	46.746	5.648	1,39	78,7	84,9	2,41	1,27	47.362
2010	47.021	5.747	1,38	78,9	84,9	2,28	0,59	6.2156
2011	47.190	5.751	1,36	79,16	84,97	1,83	0,36	-50.090
2012	47.265	5.736	1,35	79,01	84,72	0,14	0,16	-137.628
2013	47.060	5.520	—	—	—	—	-0,43	—

Fuente:

- (1) Población de derecho: INE, Padrón Municipal. Datos provisionales para 2013.
- (2) Extranjeros empadronados: INE, Padrón Municipal de Habitantes (datos a partir de 1996).
- (3) Indicador Coyuntural de Fecundidad: INE, Movimiento Natural de la Población. Dato para 2012: julio 2011-junio 2012. Datos provisionales para 2013.
- (4) Esperanza de vida al nacer: Eurostat. Dato para 2012: julio 2011-junio 2012.
- (5) Saldo vegetativo (Nacimientos - Defunciones): INE, Movimiento natural de la población. Dato para 2012: elaboración propia a partir de los datos avanzados del primer semestre del año.
- (6) Aumento interanual de población empadronada por 100 habitantes. Datos disponibles desde 1998.
- (7) INE, Flujos migratorios estimados. El dato para el año 2012 comprende de enero a septiembre.

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO A NIVEL NACIONAL

Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Millones de euros	60.331	66.956	70.506	↓ 69.137	← 67.689
Porcentaje sobre PIB	5,7%	6,2%	6,7%	↓ 6,6%	← 6,4%
Euros por habitante	1.335	1.451	1.508	1.470	1.434

Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros según clasificación económica. España, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Remuneración de personal	26.160	29.186	31.355	30.945	30.367
Consumo intermedio	11.854	13.782	14.709	14.068	14.956
Consumo de capital fijo	197	224	274	284	306
Conciertos	6.814	7.424	7.403	7.417	7.456
Transferencias corrientes	12.668	13.506	14.206	14.240	13.035
Gasto de capital	2.638	2.833	2.559	2.184	1.569
Total consolidado	60.331	66.956	70.506	69.137	67.689

Fuente: Estadística gasto sanitario público 2011: principales resultados. Mayo 2013
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Web: www.asanec.es

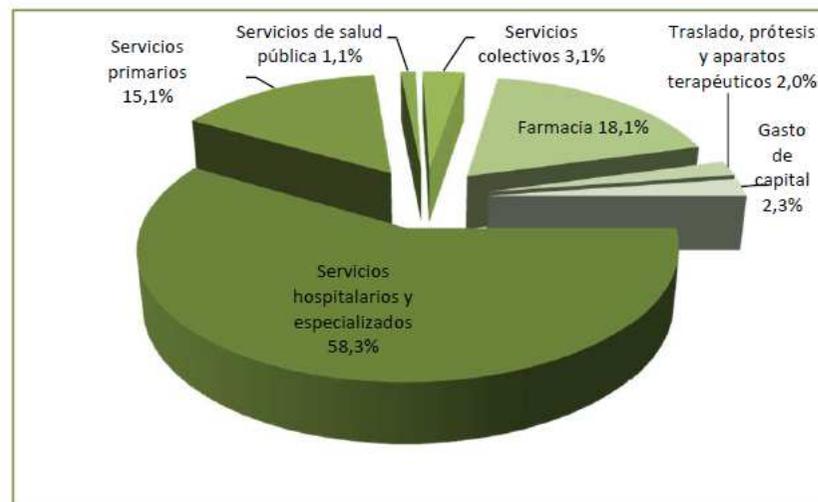


EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO A NIVEL NACIONAL

*Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros según clasificación funcional.
España, 2007-2011*

	2007	2008	2009	2010	2011
Servicios hospitalarios y especializados	32.614	37.024	39.149	38.747	39.497
Servicios primarios de salud	9.429	10.456	10.831	10.651	10.219
Servicios de salud pública	839	784	1.158	761	750
Servicios colectivos de salud	1.828	1.909	2.076	2.062	2.087
Farmacia	11.902	12.721	13.435	13.381	12.237
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.081	1.230	1.298	1.351	1.332
Gasto de capital	2.638	2.833	2.559	2.184	1.569
Total consolidado	60.331	66.956	70.506	69.137	67.689

Gasto sanitario público consolidado. Estructura porcentual según clasificación funcional. España, 2011



Fuente: Estadística gasto sanitario público 2011: principales resultados. Mayo 2013
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Web: www.asanec.es



LA IN-SUFICIENCIA ECONÓMICA PARA LA SANIDAD PÚBLICA ?

INFORME DEL EUROSTAT CON DATOS DE 2011

España invierte en sanidad 600 euros menos por persona que la media de la Eurozona

Solo Eslovenia, Grecia, Portugal, Malta, Eslovaquia y Chipre gastan menos que nuestro país en el sistema sanitario

Miércoles, 10 de abril de 2013, a las 15:53



Javier Leo. Madrid

El Gobierno de España y las comunidades autónomas gastaron en sanidad 67.500 millones de euros durante el año 2011, el 6,3 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) del país, con una media de 1.463 euros anuales por habitante. En comparación con la media de los 17 países de la Zona Euro (2.094 euros por persona y año), España gasta 631 euros menos por habitante (-30,1%) y se sitúa por detrás de todas las grandes potencias económicas de la Eurozona. En concreto, en el puesto número 11, solo por delante de Eslovenia (1.209 euros anuales por habitante) Grecia (1.105 euros), Portugal (1.097 euros), Malta (875 euros), Eslovaquia (752 euros) y Chipre (716 euros).

Table 4: Total general government expenditure on health by country, 2011

	% GDP	millions of euro	euro per inhabitant		% GDP	millions of euro	euro per inhabitant
EU-27	7.3	926 728	1 843	LU	4.8	2 031	3 910
EA-17	7.4	695 844	2 094	HU	5.1	5 132	515
BE	7.9	29 148	2 655	MT	5.6	366	875
BG	4.6	1 772	241	NL	8.5	50 966	3 053
CZ	7.8	12 145	1 157	AT	7.8	23 322	2 770
DK	8.4	20 088	3 607	PL	4.7	17 529	455
DE	7.0	182 510	2 232	PT	6.8	11 680	1 097
EE	5.1	813	606	RO	3.4	4 444	208
IE	7.5	11 945	2 660	SI	6.9	2 481	1 209
EL	6.0	12 472	1 105	SK	5.9	4 093	752
ES	6.3	67 500	1 463	FI	7.8	14 829	2 753
FR	8.3	164 882	2 530	SE	7.0	27 271	2 886
IT	7.4	116 195	1 913	UK	8.0	140 057	2 233
CY	3.4	609	716	IS	7.6	769	2 412
LV	4.1	831	404	NO	7.3	25 620	5 173
LT	5.2	1 616	533	CH	2.1	9 802	1 246

Gasto en sanidad de los países de la UE (EU-27) y de la Zona Euro (EA-17) en 2011. Fuente: Eurostat.

Los datos proceden del informe 'General government expenditure in 2011-Focus on the functions social protection and health' elaborado por el Eurostat, la agencia estadística de la Comisión Europea. En el conjunto de los 27 países de la Unión Europea (UE), España desciende hasta el puesto 14 en gasto sanitario por habitante, con 380 euros menos de inversión en sanidad por persona que la media de la UE (1.843 euros). España cae tres puestos en esta lista por la inclusión de Dinamarca (3.607 euros por persona y año en sanidad), Reino Unido (2.233 euros) y Suecia (2.886 euros), miembros de la UE fuera de la Zona Euro. Respecto al porcentaje del PIB destinado a Sanidad, España queda un 1,1 por ciento por debajo de la media de la Eurozona (7,4%) y un punto por debajo de la media de los 27 (7,3%).



LA IN-SUFICIENCIA ECONÓMICA PARA LA SANIDAD PÚBLICA ?

España, un año más a la cola de la OCDE en gasto sanitario

Ese pequeño incremento sí permite a nuestro país superar la media de la OCDE en porcentaje del PIB dedicado a la sanidad, una décima más, hasta el 9,6 por ciento

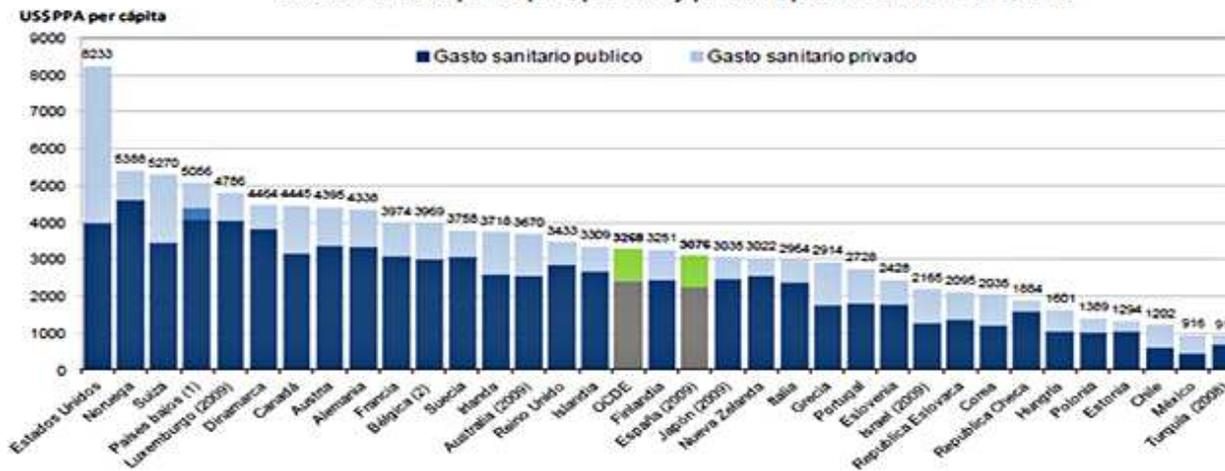
Jueves, 27 de septiembre de 2012, a las 13:41



Javier Leo. Madrid

España incrementó durante el último año un 0,1 por ciento su porcentaje del PIB dedicado a la sanidad, hasta el 9,6 por ciento, y un 0,29 por ciento su gasto sanitario per cápita, hasta los 3.076 dólares (unos 2.390 euros), según los datos del Informe sobre la salud 2012 elaborado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Con estos números, España continúa por debajo de la media OCDE en gasto sanitario per cápita (2.540 euros por persona), aunque supera, por primera vez, el porcentaje del PIB medio dedicado a la sanidad (9,5%).

Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2010



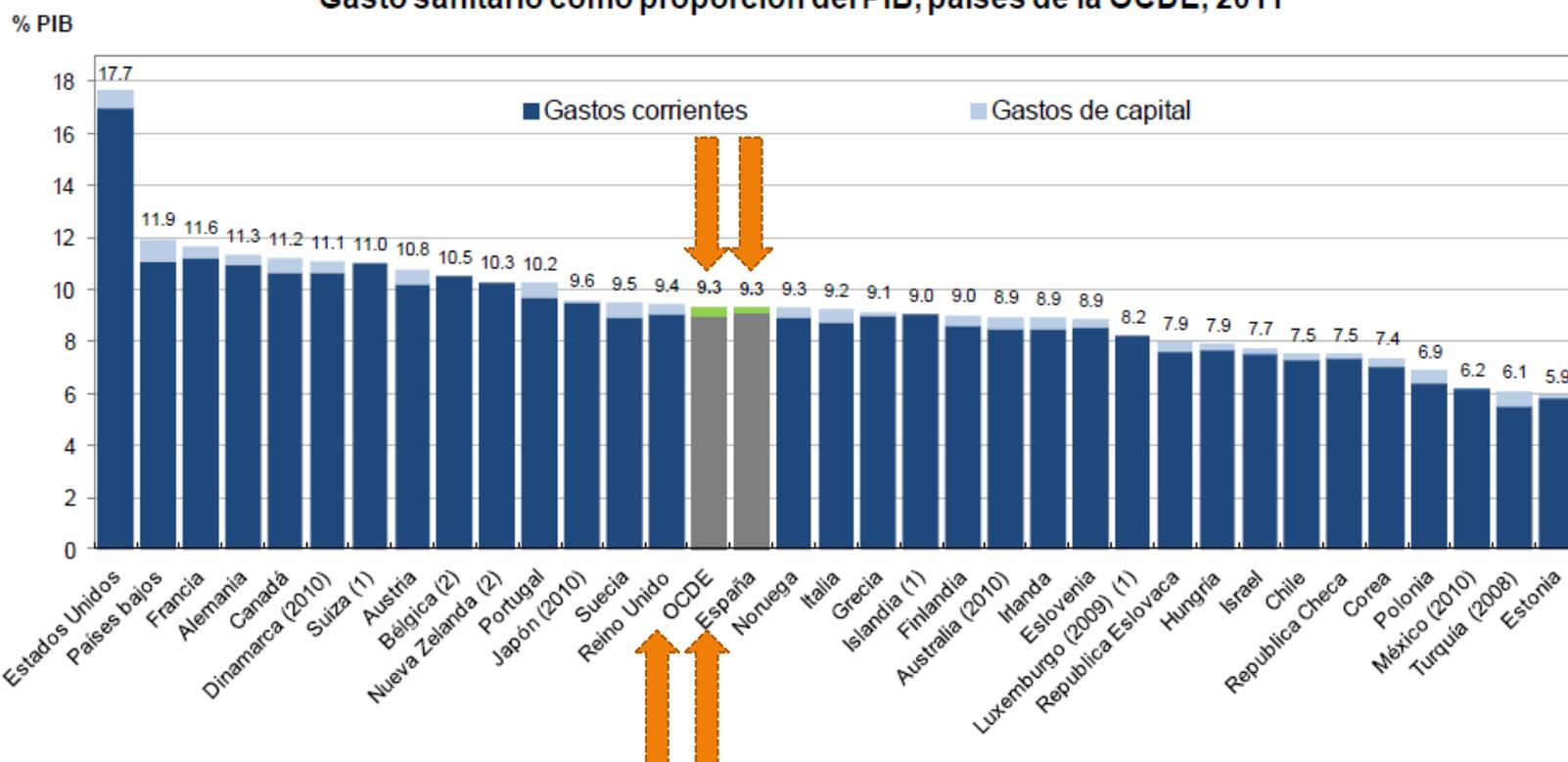
LA IN-SUFICIENCIA ECONÓMICA PARA LA SANIDAD PÚBLICA ?



España se encuentra ligeramente por debajo del promedio de la OCDE en términos de gastos totales per cápita, con un gasto promedio de 3072 USD en 2011 (ajustado por paridad de poder de compra), en comparación con un promedio de la OCDE de 3339 USD.

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2011



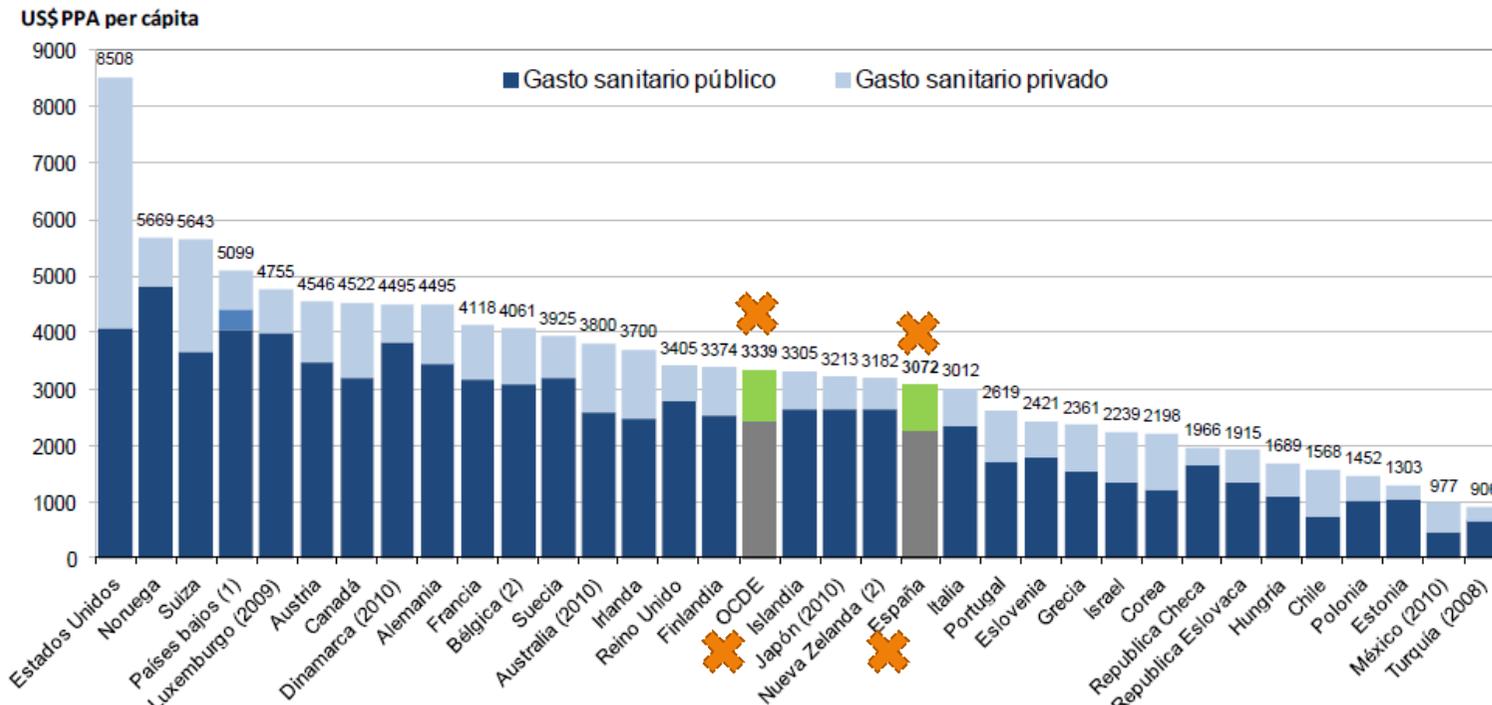
Fuente: OECD Health Data 2013, Junio 2013.

Web: www.asanec.es

LA IN-SUFICIENCIA ECONÓMICA PARA LA SANIDAD PÚBLICA ?



Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2011



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre los gastos públicos y los gastos privados relacionados con los gastos de capital.
2. Los gastos totales no incluyen los gastos de capital. Fuente: *OECD Health Data 2013*, Junio 2013.

Datos en Dólares EE.UU., ajustados por paridad de poder de compra (PPC), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el coste de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

LA IN-SUFICIENCIA ECONÓMICA PARA LA SANIDAD PÚBLICA ?



RADIOGRAFÍA DEL GASTO SANITARIO POR COMUNIDADES

Gasto sanitario en euros por habitante y variación en % entre 2010 y 2012.

	2010	2012	Variación
Cataluña	1.346	1.184	-12,1
Castilla-La Mancha	1.450	1.281	-11,6
La Rioja	1.329	1.190	-10,5
Murcia	1.428	1.281	-10,2
Canarias	1.404	1.283	-8,7
Navarra	1.582	1.450	-8,4
Cantabria	1.392	1.316	-5,4
Andalucía	1.239	1.178	-4,9
Galicia	1.398	1.332	-4,7
Asturias	1.557	1.485	-4,7
País Vasco	1.697	1.619	-4,6
C. Valenciana	1.159	1.110	-4,2
Aragón	1.496	1.455	-2,7
Castilla y León	1.462	1.431	-2,1
Madrid	1.157	1.165	0,6
Baleares	1.097	1.126	2,6
Extremadura	1.596	1.693	6,1
MEDIA COMUNIDADES	1.329	1.257	-5,5

Fuente: Ministerio de Sanidad.

EL RÁNKING DEL PRESUPUESTO SANITARIO

Gasto por habitante en 2012

1 Extremadura	1.693
2 País Vasco	1.619
3 Asturias	1.485
4 Aragón	1.455
5 Navarra	1.450
6 Castilla y León	1.431
7 Galicia	1.332
8 Cantabria	1.316
9 Canarias	1.283
10 Murcia	1.281
11 Castilla-La Mancha	1.281
12 Media CCAA	1.257
13 La Rioja	1.190
14 Cataluña	1.184
15 Andalucía	1.178
16 Madrid	1.165
17 Baleares	1.126
18 C. Valenciana	1.110

Fuente: Ministerio de Sanidad.

LA IN-SUFICIENCIA ECONÓMICA PARA LA SANIDAD PÚBLICA ?



Recursos en el sector de la salud (humanos, físicos, tecnológicos)

En el año 2011, el número de doctores por cada 1000 habitantes en España era 4.1, por encima del promedio de los países de la OCDE de 3.2. Sin embargo, con un promedio de 5.5 enfermeras por cada 1000 habitantes, España queda por debajo del promedio de la OCDE de 8.7.

El número de camas en hospital en España por cada 1000 habitantes era del 3.2 en 2011, por debajo del promedio de la OCDE de 4.8. Tal como en la mayoría de los países de la OCDE, el número de camas para la atención hospitalaria por habitante viene disminuyendo. Esta reducción ha coincidido con una reducción de la duración media de estancia en hospital y un aumento en el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en un mismo día (o intervenciones ambulatorias).

La disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tales como la Tomografía Axial Computarizada (TAC) o la Imagen por Resonancia Magnética (IRM) se ha extendido rápidamente en la última década en todos los países de la OCDE. En España, el número de unidades de IRM también aumentó, alcanzando 13.9 por millón de habitantes en 2011, algo superior al promedio de la OCDE de 13.3. El número de unidades de TAC en España se mantuvo en 17.3 por millón de habitantes en 2011, por debajo del promedio de la OCDE de 23.2.

Más información sobre la *Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013* está disponible en www.oecd.org/health/healthdata.

Web: www.asanec.es

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

“LA SOSTENIBILIDAD? DEL SNS”

“DEBATES/ESTUDIOS/INFORMES TIPO”:



“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe A.T. Kearney (Farmaindustria-2011): “La sostenibilidad del SNS.
¿Ha dejado de ser una prioridad social?”

Principales recomendaciones de A.T. Kearney

I. Mejoras en la utilización de los recursos	A Gestión de la demanda	B Integración de cuidados de salud y traslado de demanda y recursos a atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria
	<ul style="list-style-type: none"> Coparticipación directa en el pago de la prestación Inversión en salud pública Mayor implicación del paciente en el sistema sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión del caso para enfermedades crónicas Refuerzo de la capacidad resolutoria de atención primaria Refuerzo de la asistencia domiciliaria Alineamiento de incentivos de organizaciones y profesionales entre niveles de atención Traslado de recursos de hospitales de agudos a unidades de proximidad de alta resolución y a unidades de media y larga estancia
	C Optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial	D Utilización de la tecnología como habilitadora del proceso de transformación (eHealth)
	<ul style="list-style-type: none"> Transformación del modelo de gestión del personal sanitario Mejora de la gestión de procesos asistenciales Establecimiento de una sistemática en el análisis de la utilización de recursos sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorización continua y telediagnóstico Mejora de la comunicación médico-paciente Optimización de los procesos en la prestación
	E Creación de un modelo de gobierno estable para el sector de la salud	
<ul style="list-style-type: none"> Marco estable de funciones y responsabilidades Marco estable de políticas sanitarias Incremento de la cooperación entre CC.AA. 		
II. Soluciones de financiación	A Conversión del presupuesto sanitario en una herramienta de gestión	
	<ul style="list-style-type: none"> Precisión y corrección del déficit acumulado Definición de presupuestos de forma adecuada Establecimiento de los mecanismos necesarios para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes 	
B Búsqueda de fórmulas de financiación adicional		
<ul style="list-style-type: none"> Priorización de la sanidad frente a otras partidas presupuestarias Aseguramiento de una financiación autonómica de la sanidad que garantice los recursos necesarios Aumento de la recaudación a través de: <ul style="list-style-type: none"> Vías alternativas de generación de ingresos de origen privado Creación de impuestos o tasas específicas (p.ej.: céntimo sanitario) Incremento de la recaudación efectiva de impuestos generales 		



“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe

“Sostenibilidad del sistema sanitario en España”

Carlos Alberto Arenas Díaz (Sociedad española de directivos de la salud) Novbre-2011):



Artículo procedente de Sedisa Siglo XXI

<http://www.sedisasigloxxi.com/spip.php?article242>

Sostenibilidad del sistema sanitario en España

Dr. Carlos Alberto Arenas Díaz.

- ARTÍCULOS -

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe

“Sostenibilidad del sistema sanitario en España”

Carlos Alberto Arenas Díaz (Sociedad española de directivos de la salud) Novbre-2011):



Resumen conclusiones y recomendaciones:

- **Financiación pública para el SNS, basada en impuestos** y los **principios de universalidad, igualdad y equidad**. La financiación territorial debe de equilibrarse y homogenizarse para mantener la equidad territorial.
- **Máxima eficiencia** en la gestión del dinero público, como imperativo ético para toda la organización sanitaria.
- **Implicar a los profesionales** a través de la formación con la eficiencia como compromiso ético con la sociedad.
- El personal de nueva incorporación debería regirse por el régimen de **derecho laboral privado**.
- El personal estatutario y funcionario, deberían de **modificarse sus estatutos** para poder incentivar la eficiencia y penalizar la ineficiencia.
- El papel del **mando intermedio** es fundamental para cumplir los objetivos estratégicos de la organización y del sistema.
- La **provisión** debe ponerse **en manos de los** que sean capaces de ser **más eficientes** (empresa pública, fundación, concesión administrativa o cooperativa de profesionales).
- La **prescripción** pública debe ser sólo del fármaco **más eficiente** según la evidencia y la dispensación del equivalente más barato.
- Seguir mejorando las centrales de compras.
- Las **carteras de servicios** en las CCAAs deben **unificarse**.
- Cualquier **nueva tecnología** debería ser **aprobado previamente** por el Consejo Interterritorial de Salud por consenso.
- .../.

Web: www.asanec.es

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe: “Sostenibilidad del sistema sanitario en España”
Carlos Alberto Arenas Díaz (Sociedad española de directivos de la salud) Novbre-2011):



.../. Resumen conclusiones y recomendaciones:

- Estudiar gravar con un **ticket moderador**, la frecuentación innecesaria y el uso abusivo de los recursos. Pagar por los servicios de hostelería.
- Consecución de un **pacto de estado por la sanidad** en España.
- El SNS debe dar un **giro radical hacia la cronicidad** ya que nació enfocado hacia la atención de las enfermedades agudas.
- Sería recomendable la **unificación de los servicios asistenciales y sociales de dependencia** para poder afrontar de manera integral la atención al crónico pruripatológico.
- El proceso de morir debe atenderse desde la naturalidad debemos avanzar en la formación de todos los profesionales y de la población en los valores de la muerte digna.
- El Sistema Sanitario también debe ir **girando hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**.
- Seguir impulsando **las TICs**. La historia clínica electrónica integral es un avance importante.
- La **innovación** en gestión debe avanzar en la línea de agrupación de servicios clínicos y de explorar sinergias interhospitalares o intercentros para mejorar la eficiencia.

Web: www.asanec.es

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe AES (Asociación de Economía de la Salud)
“Documento de debate: La Sanidad Pública ante la Crisis” Noviembre 2011:



Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable:

- 1º. Efectividad y costes con criterios de legitimación.
- 2. **Desinvertir en lo que no añade salud.**
- 3. Urge montar el “HISPA-NICE” (NICE: “National Institute for Health and Clinical Excellence”): Crear una agencia Evaluadora de ámbito estatal, con autonomía y distanciada de los Gobiernos central y autonómicos.
- 4. Prioridad clínica y transparente en la gestión de las lista de espera.
- 5. **Reformar el inequitativo y obsoleto sistema de copagos** (modificar el diseño del copago farmacéutico, eliminando la arbitraria distinción entre activos y pensionistas.
- 6. **Retribuir según resultados y esfuerzos** es justo y motivador.
- 7. Asignación que facilite la efectividad y la integración clínica.
- 8. Necesitamos **más y mejor salud pública.**
- 9. Una **Atención Primaria emprendedora** para la sostenibilidad.
- 10. **Cambio de foco hacia pacientes crónicos**, frágiles y terminales.
- 11. Permeabilizar las especialidades médicas para colaborar.
- 12. Reformar el gobierno del SNS.
- 13. Desfuncionarizar para profesionalizar.
- 14. Profesionalizar la gestión para movilizar recursos.
- 15. Desvelar la información para comparar y mejorar desempeños.
- 16. Evaluar experimentos de colaboración público-privada de moda.
- 17. Ejemplariedad, honestidad y manejo de conflictos de interés.

Web: www.asanec.es

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe SESPAS

“SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes” Dcbre. 2011:



Resumen conclusiones y recomendaciones:

- La **eficiencia y la equidad en el gasto son guías** para la acción inteligente solidaria y sostenible.
- Hay que **desinvertir** en aquello que no añade o incluso puede restar valor.
- Hay que reinvertir en buena **Salud Pública** con un enfoque poblacional riguroso, que añade salud, pero también contribuye a la viabilidad del SNS.
- La potenciación de la **atención sanitaria y la integración clínica** son claves para **abordar** eficientemente la complejidad y **la cronicidad**.
- Hace falta una enérgica **revitalización ética**.
- Buen gobierno para **reformular y regenerar el SNS**.

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Valoración Rafael Bengoa (EUSKADI)

“El SNS 2012: La integración como Modelo hacia la Sostenibilidad”. 2012:



Resumen :

- En la Sanidad el riesgo es que el debate se ciña exclusivamente a la forma de financiación del SNS.
- El debate más importante que la financiación es el de **la transformación del modelo asistencial**.
- **La salud pública** deberá jugar un papel fundamental en la transformación del modelo asistencial.
- **La reorganización del modelo asistencial** pasa por un modelo más acorde con las necesidades de los enfermos crónicos.
- La **estratificación de la población** identifica la población de más riesgo, facilitando las intervenciones para **mejorar la gestión de los enfermos crónicos**, las actuaciones preventivas y las de promoción de la salud.
- El **80% del gasto sanitario** se relaciona con **enfermos crónicos** con necesidades y gastos en gran medida predecibles.
- Los **mayores de 75 años**, representan el **10% de la población** y el **28% del presupuesto**. La estratificación de la población posibilita la planificación proactiva porque se conoce quienes son los pacientes que más utilizan los servicios de urgencias (salud).

Web: www.asanec.es

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe

“El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónoma: Sostenibilidad y reformas”
 (“Financiado por la fundación BBVA y el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas”.
 Julio 2013):

Resumen conclusiones:

Se prevé que el gasto sanitario público crecerá a una tasa media anual del 4,4% de aquí a 2016, y por tanto **la economía debería de crecer un mínimo del 1,4% anual para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario**”, y por ello, reclama reformas para controlar el gasto.

NOTA: El informe utiliza series históricas que acaban en 2010 por lo que la tendencia no incluye el periodo de crisis económica (mejor dicho solo el último año de la serie donde comienza el decrecimiento del gasto sanitario: se pasa del 6,1% del PIB y de 1376 € per capita en 2009 al 6% y 1349 € en 2010)



“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe:
“Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”.
 (“Grupo de trabajo sobre sostenibilidad del SNS”. 11 Junio 2013).

Fin?:

Elaborar un diagnóstico de la situación del SNS, las dificultades y desequilibrios que presenta, los factores que los determinan y proponer medidas para modernizarlo, consolidarlo, mejorar su nivel de calidad y una gestión que garantice su sostenibilidad.



“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe

“Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”.

(“Grupo de trabajo sobre sostenibilidad del SNS”. 11 Junio 2013).

Valoración resumen de las propuestas (FADSP):

- **1. Planteamientos estratégicos:**
 - Transformar el derecho a la atención de salud en **oportunidad de negocio** (turismo sanitario, aseguramiento privado,...)
 - **Respaldo al Real Decreto Ley 16/2012** (apoyo medidas como los copagos, supresión universalidad prestaciones, retirada derecho asistencia importantes colectivos sociales,...)
- **2. Cambiar el aseguramiento sanitario:**
 - “Recortar” oferta **cartera servicios** del sistema sanitario público.
 - **Generalizar el modelo MUFACE** (aseguradoras privadas)
- **3. Apoyo a la privatización de los recursos:**
 - Financiación y gestión nuevas infraestructura sanitarias con **colaboración sector privado**.
 - **Uso compartido recursos tecnológicos** por los **sistemas público y privado**.
 - Desarrollo Redes Informáticas y de H^aC^aE por **empresas privadas**.
- **4. Cambiar la gestión de los recursos:**
 - **Integrar el nivel de AP con el de AH**, suprimiendo sus estructuras de gestión.
 - Incrementar la flexibilidad laboral del personal laboral.
 - **Modificar el modelo retributivo**.



Web: www.asanec.es

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

Informe

“Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”.

(“Grupo de trabajo sobre sostenibilidad del SNS”. 11 Junio 2013).

Valoración resumen de las propuestas (FADSP):

- **5. Implantar un sistema de re acreditación de los profesionales, mediante evaluaciones periódicas “externas” :**
- **6. Cambiar la política de salud pública:**
 - Potenciando la **Salud Pública** introduciendo cambios en los modelos tradicionales (promoción de la **seguridad alimentaria**, potenciar le papel de la Agencia de Seguridad Alimentaria).
 - Apoyar el desarrollo de la Biomedicina,..
- **7. Promover alianzas de la administración con grupos profesionales “afines”:**
 - **Potenciar la colegiación obligatoria.**
 - Otorgar al “Foro de la Profesión” la representatividad de todos los sanitarios.

Conclusiones:

**Este informe pretende sustentar la política de privatización y desmantelamiento del SNS.
(FADSP- Agosto 2013)**

Web: www.asanec.es



“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:



- Informe: A.T. Kearney (Farmaindustria-2011):
“La sostenibilidad del SNS ¿Ha dejado de ser una prioridad social?”
- Informe: “Sostenibilidad del sistema sanitario en España”
Carlos Alberto Arenas Díaz (Sociedad española de directivos de la salud) Novbre-2011):
- Informe AES (Asociación de Economía de la Salud)
“Documento de debate: La Sanidad Pública ante la Crisis” Noviembre 2011:
- Informe SESPAS:
“SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes” Dcbre. 2011:
- Valoración: Rafael Bengoa (EUSKADI)
“El SNS 2012: La integración como Modelo hacia la Sostenibilidad”. 2012:
- Informe BBVA:
“El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónoma: Sostenibilidad y reformas”
 (“Financiado por la fundación BBVA y el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas”.
Julio 2013):
- Informe semFYC (junio 2013)
“Todas las CCAA continúan reduciendo la estructura sanitaria de su territorio, recortando personal y recursos en AP”
- Informe ...

Web: www.asanec.es

“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“INFORMES TIPO”:

- **Informe:** Grupo “Ministerio de Sanidad”
“Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”.
(“Grupo de trabajo sobre sostenibilidad del SNS”. 11 Junio 2013).

Conclusiones (FADSP- Agosto 2013):

Este informe pretende sustentar la política de privatización y desmantelamiento del SNS.

- **Informes FADSP:** Sobre la situación de la Sanidad Sanitaria en las CCAA .
(Informes anuales desde 2004 - X Informe septiembre 2013)



“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

“**INFORMES TIPO**”:

LA CRÍISIS ECONOMICA Y LA VIABILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA

RESUMEN/CONCLUSIONES INFORMES:

- ✓ Reorientación del sistema hacia la cronicidad.
- ✓ Coordinación socio-sanitaria.
- ✓ Potenciar la Salud Pública.
- ✓ Mejorar la APS.
- ✓ SNS con financiación pública.
- ✓ > Implicación de los profesionales.
- ✓ Pacto de Estado.
- ✓ Unificación cartera de servicios.

- ✓ Mejorar la gestión por procesos.
- ✓ Nuevas tecnologías: estudios previos.

- Integración interniveles?.
- Privatizaciones/colaboraciones?

- Copago/ticket moderador.
- Cambios en los derechos laborales.



“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

LA CRÍISIS ECONOMICA Y LA VIABILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA



Principales causantes del gasto sanitario:

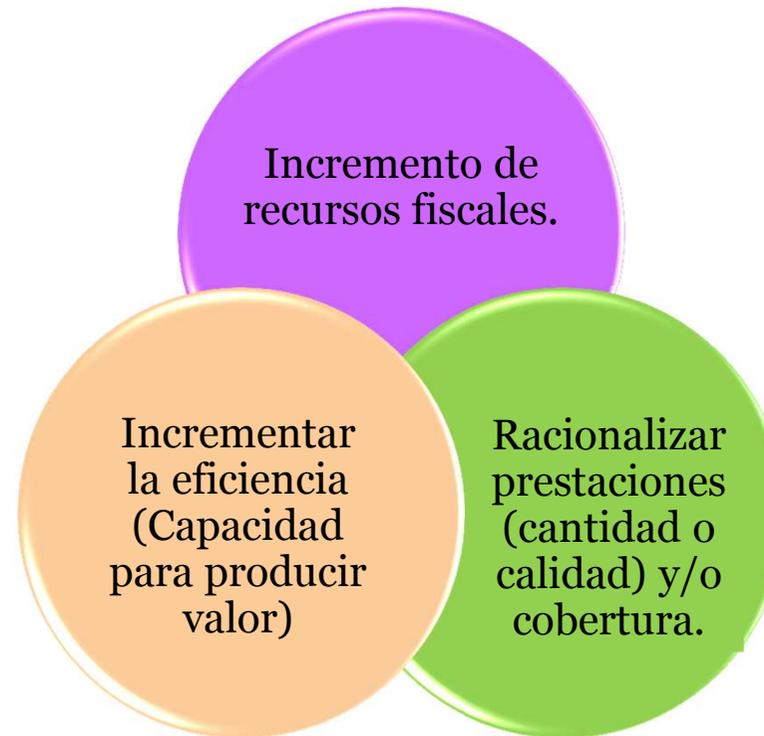
- ✓ *Gasto farmacéutico.*
- ✓ *Medicalización.*
- ✓ *La ineficacia ante la cronicidad.*
- ✓ *Sobreutilización tecnológica.*
- ✓ *Ruptura de las economías de escala.*
- ✓ *Desintegración de la atención sanitaria.*
- ✓ *Privatizaciones.*
- ✓ *Marginación de la APS.*
- ✓ ...

LA CRISIS ECONOMICA Y LA VIABILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA

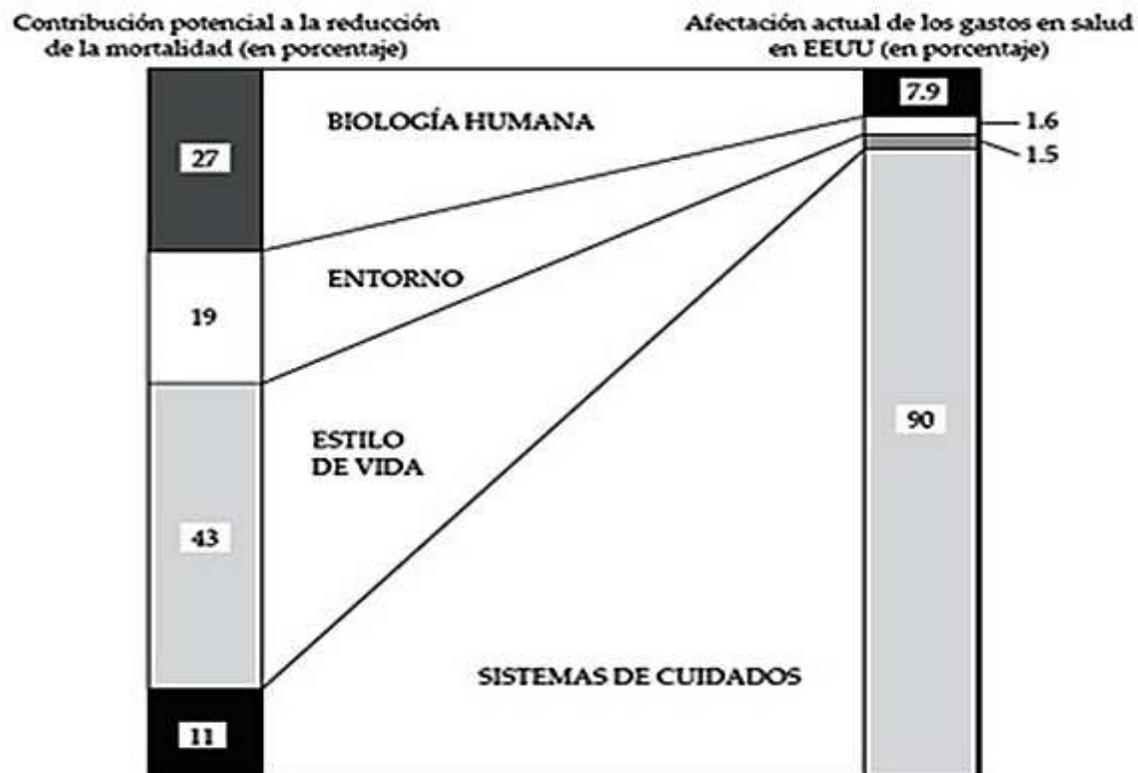


“LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS”

Mecanismos de sostenibilidad fiscal



LA CRÍISIS ECONOMICA Y LA VIABILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA



Fuente: Denver GEA. An Epidemiological Model for Health Analysis. Soc Ind Res 1976; vol. 2, pág. 465.

Informe Lalonde. Abril 1974

Referencia en las políticas de salud pública y promoción de la salud.
Propone la fórmula para integrar los sistemas sanitarios y la promoción de la salud en el marco de una política integral.

Web: www.asanec.es





¿LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?

¿LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Organización Institucional Ciudadanos Profesionales Biblioteca y Publicaciones Portal Estadístico del SNS Proyectos normativos Servicios Sociales e Igualdad Servicios al ciudadano Sede Electrónica

Inicio > Gabinete de Prensa >

Notas de Prensa

Ana Mato defiende una Reforma Sanitaria que hace efectiva la universalidad y la gratuidad de la sanidad para todos los españoles

- Convalidación en el Congreso del Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud
- El Congreso convalida la norma que culmina la primera fase del Pacto por la Sanidad y los Servicios Sociales
- El Real Decreto mantiene el modelo y avanza al recoger "todas las posibles situaciones en las que puede encontrarse un ciudadano"
- La Reforma Sanitaria acaba con los abusos del turismo sanitario, que han hecho que se deje de facturar 1.000 millones en un año
- Se establece un sistema de aportaciones de los usuarios más justo y solidario
- Mato se compromete a culminar la creación de un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios

17 de mayo de 2012. La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, ha asegurado hoy que el Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud "hace efectiva la universalidad y la gratuidad" de los servicios asistenciales incluidos en la cartera básica común para todos los españoles. Mato ha defendido así el Real Decreto Ley, de 20 de abril, que contiene las medidas de la Reforma Sanitaria del Gobierno, en el debate en el que ha sido convalidado en el Pleno del Congreso de los Diputados.

Se trata de una norma con la que el Gobierno "quiere garantizar que la sanidad pública en España sea universal, gratuita y de la máxima calidad, pero además, económicamente sostenible y gestionada de un modo eficiente". Con el Real Decreto, se culmina la primera fase del Pacto por la Sanidad y los Servicios Sociales que propuso la ministra a las Comunidades Autónomas, con las que ha alcanzado importantes acuerdos en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

UN MODELO UNIVERSAL

La ministra ha destacado que el Real Decreto "da continuidad a nuestro actual modelo sanitario" y avanza para conseguir la universalidad real de la Sanidad para todos los españoles y extranjeros con residencia legal en España". Se trata de un objetivo, que hasta ahora no se ha podido conseguir y que ahora está más cerca, pues el texto recoge "todas las posibles situaciones en las que puede encontrarse un ciudadano español", tanto laborales como familiares, para asegurar su asistencia.

"Con este Real Decreto", ha explicado, "aseguramos el derecho de todos los españoles, estableciendo un único procedimiento de reconocimiento, el mismo exigible a ciudadanos de otras nacionalidades".



Rajoy anuncia el recorte de 10.000 millones en Educación y Sanidad

- El Gobierno anuncia en una nota de prensa privatizaciones y recortes, tras reunirse el presidente con los ministros afectados

FERNANDO GAREA | Madrid | 9 ABR 2012 - 18:30 CET

3207

Archivado en: Mariano Rajoy Recortes presupuestarios Recortes sociales Copago sanitario
Presupuestos educación Privatizaciones Crisis deuda europea PP Gobierno de España Gasto sanitario

f 6.880
t 2.548
in 109
+1 60

Enviar
Imprimir
Guardar

El presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, ha acelerado las reformas y los recortes con su equipo económico y con los ministros afectados, y planea recortar 10.000 millones de euros, en educación y sanidad. El Ejecutivo lo ha anunciado en una nota de prensa enviada a los medios a las cinco de la tarde. Por eso, el PSOE ha pedido formalmente la comparecencia del presidente en el Congreso para explicar estos nuevos ajustes, porque considera que no es adecuada la vía del anuncio a través de un comunicado.

La nota habla de próximas privatizaciones, de cambios en sanidad y de educación y de "mayor racionalización, eliminación de duplicidades y eficiencia en la gestión de los grandes servicios públicos que se pondrán en marcha en este mes". Y cita expresamente la sanidad y la educación para explicar que "el ahorro previsto superará los 10.000 millones de euros". Esta cifra supondría casi el 10% del gasto sanitario total. La Moncloa expresa además su compromiso para cumplir las exigencias de la Unión Europea.

Web: www.asanec.es

¿LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?



Un juzgado de Madrid vuelve a suspender cautelarmente la privatización de 6 hospitales 33



El Govern derivará a pacientes de los hospitales a residencias cuando estén "lo máximo" de recuperados, aunque aun más la atención sanitaria a los 'sin papeles' 68

El Govern derivará a pacientes de los hospitales a residencias cuando estén "lo máximo" de recuperados 3

N. B. I.

- El Govern aprueba un plan interdepartamental para coordinar la atención social y médica y adaptarla a los enfermos crónicos.
- Se dará el alta a discapacitados y pacientes de larga duración de los hospitales para atenderles como dependientes en centros asistenciales.
- El conseller de Salut, Boi Ruiz, afirma que no habrá más recortes este año.

Un centenar de medicamentos desfinanciados por Sanidad han subido de precio o desaparecido 33

Documentan mil casos de 'sin papeles' excluidos de la sanidad pese a poder recibirla por ley 89

Sanidad prepara una norma para fijar prioridades en las listas de espera de las Comunidades 38



Las protestas por los cambios en la reproducción asistida pública acaban en cargas policiales 276

- Los manifestantes han pedido la dimisión de Mato y Gallardón.
- Los agentes antidisturbios han cargado en Cibeles contra los asistentes a la concentración.
- El borrador presentado por el Ministerio de Sanidad deja fuera del programa a mujeres solteras y parejas de dos mujeres.



Euskadi mantendrá la reproducción asistida para solteras y lesbianas 117



"El PSM no tiene legitimidad para recurrir la externalización sanitaria" 11



El Día del Orgullo Gay se convierte en una protesta contra los recortes 144



La Comunidad contratará a 200 s aliviar las listas de espera quirúrgicas

La Comunidad contratará a 200 sanitarios más para aliviar las listas de espera quirúrgicas 3

LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?

WWW.INFORMACIONES
INFORMACIÓN

Alicante Actualidad Deportes Información Opinión Ocio Vida y estilo Comunidad

Alicante Elche Vega Baja Benidorm/Marina Baixa Alcoy/Comtat/Fota Elda/Vinalopó L'Alacantí Baix Vinalopó

Información > Alicante

VOTE ESTA NOTICIA

★★★★★

✉

📄

📧

📧

📧

📧

📧

📧

📧

📧

📧

Sanidad introduce demoras y recortes en nueve tratamientos contra enfermedades graves

La conselleria crea nueve comités para autorizar o rechazar la medicación a enfermos de cáncer, esclerosis y enfermedades infecciosas

P. ALBEROLA/EUROPA PRESS | 09.09.2013 | 19:32

Justifican la medida en el elevado coste de los fármacos, que puede alcanzar los 30.000 euros por enfermo

El médico, a título personal, no es quien tiene la última palabra a la hora de recetar un tratamiento de coste elevado. En el último año, la Conselleria de Sanidad ha puesto en marcha hasta nueve comités que se encargan de evaluar y posteriormente aprobar o rechazar los tratamientos con medicamentos de alto impacto sanitario. Se trata de fármacos que generalmente son administrados a través de la propia farmacia hospitalaria de los centros sanitarios.

Médicos consultados por este periódico cuestionan la medida por su carácter restrictivo y por la burocracia que genera y que retrasa la aplicación de algunos tratamientos. Cabe recordar que hace unos meses, INFORMACIÓN se hizo eco del caso de una mujer que estuvo esperando dos meses a que uno de estos comités aprobara su tratamiento contra el cáncer de pulmón.

Los comités funcionan a nivel de toda la Comunidad y están integrados por médicos especialistas de los distintos hospitales



Sanidad introduce demoras y recortes en nueve tratamientos contra enfermedades graves

Fotos de la noticia

- Sanidad restringe el uso de protectores de estómago y de fármacos contra la artrosis (07.09.2013)
- El Consell gasta más de un millón en cursos para enseñar a los médicos a ahorrar recetas (23.08.2013)

Las claves

- Pacientes de lupus denuncian retrasos en la aplicación de los tratamientos y los médicos critican la excesiva burocracia
- Los fármacos para el tratamiento de la hepatitis, su coste se eleva a 30.000 euros por paciente, generando

EL PAIS

SOCIEDAD

Los recortes en sanidad en España ponen vidas en riesgo, según un estudio

Un informe del 'British Medical Journal' alerta que la austeridad tendrá un coste en aumento de suicidios, sida o tuberculosis

MARÍA R. SANQUILLÓ | Madrid | 12.09.2013 | 21:10 CET

Archivado en: Sanidad pública, Recursos sociales, Crisis económica, Recesión económica, Sistema sanitario, Política sanitaria, Política social, Copyleft/Recreativa, Enfermedades, España, Medicina, Sanidad, SIDA, Economía, Sociedad



Los recortes, el aumento del copago farmacéutico y la exclusión sanitaria pueden tener efectos demoledores en la salud de los españoles. Esta es la conclusión y la llamada a la alerta de un artículo publicado en la prestigiosa revista *British Medical Journal* (BMJ) que duda, además, de que esas medidas de ahorro están basadas en evidencias probadas. El trabajo, realizado por investigadores de la London School of Hygiene & Tropical Medicine de Reino Unido, analiza el impacto del tajeo en los

presupuestos sanitarios (desde 2010 se ha recortado 150 per cápita en un presupuesto que ya era de los más bajos de la UE), que ha tenido un "impacto desproporcionadamente alto" en personal y políticas de salud pública.

Un recorte que no va parejo al aumento de la demanda asistencial de personas dependientes, discapacitados o ancianos, que pierden de la vez otras prestaciones sociales. "¿Por qué hay que cambiar un sistema como el español, con buenos indicadores y de los más baratos, cuando en época de crisis la evidencia muestra que habría que protegerlo porque las enfermedades crecen", reclama *Helena Leguillo-Quigley*, investigadora principal del artículo.

Sanitarios catalanes alertan de que los recortes "están matando gente"

El aumento del desempleo deriva, indican por ejemplo, en un aumento de las enfermedades mentales, como la depresión, que ha aumentado un 19,4% desde 2006, o el alcoholismo. Algo que es tangible en Grecia donde han aumentado los suicidios. Allí, los efectos de la crisis en la salud han sido abismales, con casos de desatención flagrantes y un aumento de las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis o VIH. Si la tendencia no cambia, existe el riesgo de que en España ocurra algo similar. Sobre todo, apuntan los científicos, después de que se consolidase la exclusión sanitaria a los extranjeros en situación irregular, que desde septiembre solo tienen acceso a urgencias, parto, posparto y pediatría en las comunidades que han seguido a rajatabla la medida del Ejecutivo de Rajoy. Otras, como Asturias, Andalucía o País Vasco la han eludido tanto por considerarla injusta como por sus futuros costes en salud.

El Ministerio de Sanidad, sin embargo, sostiene que no está demostrado el aumento de las patologías mentales a raíz de la crisis, y que, en realidad, las patologías infecciosas, como la tuberculosis, se han reducido. El departamento de Ana Mato insiste, además, en que el sistema sigue siendo universal.

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/06/13/actualidad/1371120738_219035.html 11/09/2013



diariodesevilla.es

ANDALUCÍA

PORTADA SEVILLA PROVINCIA ANDALUCÍA DEPORTES ACTUALIDAD TECNOLOGÍA CULTURA

ANDALUCÍA

Diario de Sevilla, Noticias de Sevilla y su Provincia > Andalucía > Andalucía > Un informe desvela el recorte de 7.000

Un informe desvela el recorte de 7.000 profesionales sanitarios en un año

El sistema andaluz tiene 88.367 empleados, un 7% menos que en 2012. La Junta replica que el estudio omite a sustitutos y eventuales.

R. A. SEVILLA | ACTUALIZADO 09.08.2013 - 09:05

43 comentarios 19 votos

Me gusta 387 Twitter 9

El sistema andaluz de salud contabilizó en el último año una reducción de más de 7.000 trabajadores sanitarios dependientes de la Junta, lo que representa una merma del 7,4 % de la plantilla, según el Informe Laboral del Sistema Nacional de Salud, elaborado por los ministerios de Empleo y Sanidad.



Jesús Aguirre, senador del PP, ayer en rueda de prensa.

Los datos fueron presentados ayer en rueda de prensa por el coordinador de Sanidad y senador del PP-A, Jesús Aguirre, que esgrimió que su contenido "desenmascara la política cicatera" de la Consejería andaluza de Salud, basada en la "confrontación y los recortes".

El informe, que analiza a las 17 comunidades autónomas, detalla que en enero de 2012 había trabajando en el sistema nacional de salud 505.185 empleados, cifra que se redujo un año después, en enero de 2013, a 492.779 empleados, con lo que la pérdida global se situó en 12.406 empleados públicos de la sanidad, un 2,4% menos.

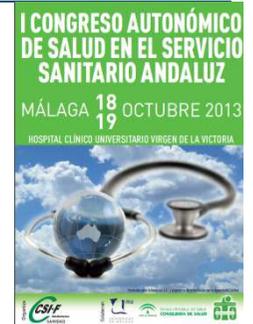
Los datos referidos a Andalucía recogen que en enero de 2012 había 95.394 empleados en el sistema autonómico de salud, mientras a 1 de enero de 2013 han pasado a



Web: www.asanec.es

¿LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?

Los recortes en (por) España 2010-2013



recortes en Sanidad

última hora sobre "recortes en Sanidad"

13-06-2013 | 19:57 horas

Sanidad replica al 'British Medical Journal' que las enfermedades bajan pese a los recortes en Sanidad. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha salido al paso del estudio publicado este jueves por la revista científica 'British Medical Journal' que alerta del riesgo para la salud que pueden causar los recortes en sanidad en España, asegurando que en el último año han disminuido la mayoría de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria.

15-05-2013 | 18:26 horas

Seis hospitales de Madrid buscan 31 jefes médicos para sus vacantes forzadas recortes en Sanidad. La Consejería de Sanidad ha publicado este miércoles en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid las convocatorias correspondientes a 31 procesos de provisión de jefaturas médicas mediante nombramiento provisional, según informa el Gobierno regional mediante un comunicado.

19-05-2013 | 08:10 horas

La tijera de Rajoy en la Sanidad: 10.000 millones y 178.000 trabajadores menos recortes en Sanidad. No es algo nuevo pero conviene recordarlo. La Sanidad era una de las "vacas sagradas" del Partido Popular cuando asumió a las unas el 20-N, comicios en los que arrasó con una mayoría absoluta que castigó la gestión socialista de la crisis. "No tocamos la sanidad, no habrá copago sanitario" dijo el presidente Rajoy en esos meses de promesas electorales que ahora paldecen. Desde que llegó a la Monarca, este Gobierno ha reducido las partidas sanitarias en unos 10.000 millones de euros. Copago, más listas de espera y reformas que han provocado las quejas de un sector donde hoy trabajan 178.000 profesionales menos que a principios de 2012.

14-12-2012 | 08:44 horas

Y tras las ambulancias de pago, se confirma que las sillas de ruedas costarán 20 euros y las muletas, 30 y **POVEDA DE LA SEFH, NO CREE QUE PUEDA ESTAR EN MARCHA EL 1 DE OCTUBRE.**

La Farmacia Hospitalaria advierte: "El copago generará solo problemas, no soluciones"

Viernes, 20 de septiembre de 2013, a las 13:13

Eduardo Ortega Socorro, Madrid
Finalmente, el copago de medicamentos hospitalarios se pondrá en marcha el próximo 1 de octubre, una medida que ya hace unos meses "no parecía razonable a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)", explica José Luis Poveda, su presidente, a *Redacción Médica*. Una vez se ha publicado la medida en el BOE, Poveda reitera que la iniciativa "genera solo problemas, no soluciones".

Para empezar, considera que "no se van a cumplir los objetivos esenciales, que son recaudatorios y disuasorios. Por un lado, la cantidad que se va a recaudar va a ser mínima, y por el otro, los medicamentos a los que se aplica el copago no son objeto de abuso por parte del paciente. El médico controla cada una de las dosis que entrega la farmacia hospitalaria, que también supervisa cada medicamento".

Indica, además, que la adherencia, ya de por sí complicada en tratamientos complejos como los de la hepatitis C, se va a ver afectada por el copago, aunque también reconoce que "es la primera vez que vamos a estar en una situación semejante. Pero sí: estos nuevos costes añadidos pueden afectar al cumplimiento".



Salud ordena al Clínic ceder parte de su actividad a un hospital privado

- El centro público perderá 74 camas y 17,5 millones hasta fin de año
- El Sagrat Cor, de la multinacional IDC Salud, gran beneficiado de la operación
- La Generalitat impone una "alianza estratégica" entre ambas instituciones
- Salud pedirá hasta 15 millones a los nuevos patronos del Clínic

ANTÍA CASTEDO | Barcelona | 13 SEP 2013 - 19:16 CET

Archivado en: Sanidad pública Hospital Clínic Barcelona Privatización sanidad Sistema sanitario Hospitales Política sanitaria Cataluña Asistencia sanitaria España Sanidad Partidos políticos



Crisis sanitaria y farmacéutica

Fotos Últimas Noticias y Blogs

ENTREVISTA David Stuckler "Los recortes son peligrosos para la salud"

Miércoles 18/09/2013 04:58 Horas

SALUD La ley los dejó sin tarjeta sanitaria
Cantabria dará sanidad gratuita a los "sin papeles" que ganen menos de 532 euros

SANIDAD Externalización
El TSJM suspende de forma cautelar la privatización de los hospitales de Madrid

INFORME Según la FAESP
La sanidad suspende en todas las CCAA

SANIDAD Obvenciones
Basurto inaugura una unidad médica para mujeres con problemas previos al parto

MAREA BLANCA



Deregulación RD 16/2012 que deja sin cobertura Sanitaria total a los mas desprotegidos

NO SE VENE ENSEÑE DEFENSA

CON LA LUCHA DE TODOS
La Justicia vuelve a paralizar la privatización de los seis hospitales

PLAZA DE NEPTUNO A LAS 12:00 H

SANIDAD PÚBLICA DE CALIDAD Y UNIVERSAL

MESA EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE MADRID (MEDSAP)

Médicos gallegos alertan de que los recortes en la Sanidad pública van a producir muertes innecesarias

En Vigo, donde falleció una mujer mientras esperaba en Urgencias, hay 25.000 pacientes en la lista de espera

C. GUZMÁN | 06/09/2013



La muerte de una mujer en urgencias de un hospital de Vigo ha encendido todas las alarmas sobre la situación de la sanidad de Galicia, donde gobierna una de las promesas del PP y uno de los hombres más cercanos a Rajoy, Alberto Núñez Feijóo. Su política de austeridad, de la que presume, y sus recortes están exponiendo a su comunidad a una "pérdida de calidad de vida" y a la "pérdida de vidas de manera innecesaria", según la denuncia de los médicos gallegos. Tres facultativos han escrito una contundente carta donde advierten del colapso sanitario, por "los recortes insensatos".

El sistema especulativo de gestión
Los médicos, que redactaron la carta en nombre de los facultativos de la red hospitalaria de Vigo, y que ha sido publicada en el diario regional Faro de Vigo, advierten de los graves riesgos que entraña para los ciudadanos el "nuevo sistema especulativo de gestión".

El revés judicial a la privatización desbarata las cuentas de la Comunidad

El Gobierno debería modificar los presupuestos por segundo año consecutivo

JOSÉ FERRAZS / ELENA C. SEVILLANO | MÁLAGA | 12 SEP 2013 - 08:45 CET



La Comunidad nunca imaginó que sus planes para privatizar la gestión de seis hospitales de la red pública se venían abajo por fuego amigo. Acostumbrado a un control omnipotente de la política madrileña, el Partido Popular, a los mandos de la región de forma interrumptoria desde 1995, cayó ayer resaca por los profesionales de la sanidad pública. En especial, por el activismo del sector que componen los médicos, entre los que abundan los votantes del Partido Popular. Un hecho especialmente doloroso para el consorcio de Sanidad, Asesori Económica y Social de la Junta de Andalucía, del grupo navío navarro de la FASEC y sus sucesores.

Artículos relacionados

- UGT acusa al PP valenciano de provocar 2.752 muertes prematuras con su modelo de gestión privada de la Sanidad
- Muere una anciana en las urgencias del Hospital de Vigo tras esperar 3 horas a que la atendieran
- Manifestaciones en toda España el 10 de marzo volverán a protestar contra los "estragos" de la austeridad
- Feijóo incrementó un 12% su riqueza en los dos últimos años
- La "marea blanca" se extiende a 16 capitales, entre ellas Málaga y Cádiz
- La "marea blanca" vuelve a cubrir el centro de Madrid y otras 13 ciudades
- Ignacio González "respeta" el recurso del Gobierno contra el euro por receta pero "defiende" sus competencias
- Lasquety reconoce que no tiene ni idea de cuánto ahorrará con la privatización sanitaria
- La sanidad madrileña mantiene su pulso a González: "Queremos pacientes, no clientes"

LA IN-SUFICIENCIA ECONÓMICA PARA LA SANIDAD PÚBLICA

Martes, 20 de abril de 2010

SANIDAD

DIARIO MEDICO 5

Gac Sanit. 2011;25(2):95-105

ADICIONES

Los efectos del alcohol en los jóvenes "son muy preocupantes"

Redacción
Julio Bobes, presidente de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Sociodrogología), ha presentado el programa de las XXXVII Jornadas Nacionales de la sociedad, que tendrán lugar en Oviedo, en un acto en el que ha recordado que "la situación actual en materia de alcohol en los jóvenes es muy preocupante, ya que la edad de inicio al consumo es cada vez más temprana y tiene consecuencias neurocogniti-

TRIBUNA ES NECESARIO INTRODUCIR CAMBIOS EN EL ÁMBITO POLÍTICO, NORMATIVO, DE GESTIÓN Y DE ORGANIZACIÓN

Reformar el Sistema Nacional de Salud o el precio de no hacer nada

La clase político-administrativa debe acometer una reforma radical con una estrategia nítida de cambio. Se debe perder el miedo a modificar normas como la Ley General de Sanidad, y comprometer al profesional con la eficiencia y la calidad.



JULIO MAYOL
Cirujano. Director de la Unidad de Innovación del Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Ejecutar cualquier acción tiene un coste de oportunidad. No ejecutarla, también. Y en sanidad, seguir como estamos sólo hará que pronto otemos mucho peor. Fundamentalmente porque para mantener el nivel de prestaciones y calidad que se proporciona ahora, sin introducir ningún cambio, tendríamos que afrontar un aumento inabarcable en los costes y, consecuentemente, un incremento del gasto sanitario. Nos mantenemos así encerrados en el bucle producción-administración, sin ninguna capacidad para tomar una decisión de calidad que lleve a utilizar la sanidad como motor económico a través de la innovación. Mucho menos podremos integrar ésta en el aumento de la eficiencia y la productividad del sistema.

dando claramente desfasada. La clase político-administrativa, pese a tener claramente identificados los problemas organizativos, no ha podido elaborar soluciones reales a los problemas. Las debilidades del sistema siguen afianzándose y eso provoca que sigamos en un entorno sin fórmulas organizativas ágiles para los servicios sanitarios, sin una planificación de recursos humanos centrada en las necesidades y sin un mecanismo de incorporación de resultados de proyectos de investigación e innovación. En un sistema basado en el conocimiento, sin información no puede haber una gestión eficiente, con todo lo que ello implica. Aunque estemos en un entorno tecnológico avanzado, nuestro sistema tie-

ción, proporcionar herramientas de gestión potentes y en el marco de una estrategia clara promover la competencia entre centros, la comparación y el intercambio de experiencias. Sin esas medidas es imposible una evolución de las organizaciones: cambiar desde la cultura protectora a una cultura de responsabilidad. Según datos recientes, en los países occidentales los médicos ocasionan, directa o indirectamente, el 90 por ciento del gasto sanitario. ¿Qué les impide cambiarlo? Múltiples factores influyen en la ineficiencia: toma de decisiones; la falta de formación adecuada; una deficiente gestión de la información; la desconfianza en los niveles políticos y gestores; la ineficiencia de la Administración; la presión por parte,

Original

Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud

Salvador Peiró^{a,b,*}, Juan José Artells^c y Ricard Meneu^b

^a Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España
^b Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España
^c Fundación Salud, Innovación y Sociedad, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 30 de septiembre de 2010
Aceptado el 27 de diciembre de 2010

Palabras clave:
Grupo nominal
Reformas sanitarias
Impacto presupuestario
Eficiencia

RESUMEN

Objetivos: Identificar un número significativo de actuaciones orientadas a mejorar la eficiencia y reducir el despilfarro en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y priorizarlas en función de su impacto. Valorar el impacto y la prioridad de las medidas implantadas o anunciadas por el gobierno.

Material y métodos: Reunión de 13 expertos, estructurada siguiendo procedimientos adaptados de las técnicas de *brainstorming*, grupo nominal y método de consenso Rand.

Resultados: El panel propuso 101 posibles medidas para mejorar la eficiencia del SNS, que junto a las 11 contenidas en los Reales Decretos-Ley 4 y 8 de 2010, suman un total de 112 propuestas valoradas. Las propuestas se centraron en el buen gobierno y la transparencia, la concentración de servicios y equipamientos de atención especializada, la reducción de actividades asistenciales y preventivas de exceso valor, la gestión de la demanda (que puede incluir copagos, pero no como único elemento), la gestión de la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos, el refuerzo del papel de la atención primaria, la reforma de las políticas de personal y una serie de actuaciones reguladoras y de gestión. Las medidas gubernamentales recibieron una puntuación global intermedia, pero alta en cuanto a su impacto presupuestario.

Conclusiones: Además de las medidas anticrisis adoptadas por el gobierno, hay numerosas posibilidades de mejorar la eficiencia interna del SNS. En su mayor parte pasan por reformas estructurales factibles, pero con impacto presupuestario menos inmediato que las medidas gubernamentales.

Gac Sanit. 2012;26(2):174-175

Debate

El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública

The mistake of austerity policies, including cuts, in the national health system

Vicenç Navarro

Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Central de España, Barcelona, España; Public Policy, The Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 13 de diciembre de 2011
Aceptado el 20 de diciembre de 2011
On-line el 6 de marzo de 2012

Una de las características de la sanidad pública española es su bajo gasto público sanitario, uno de los más bajos de la Unión Europea de los 15 (UE-15, el grupo de países de la Unión Europea de desarrollo económico al de España). Según Eurostat, en 2008, el primer año de la crisis, España se gastaba sólo un 6,5% de su producto interior bruto (PIB), mientras que el promedio de la UE-15 era del 7,3%. Se llega a la misma conclusión cuando se escoge el gasto público sanitario por habitante: España se sitúa, de nuevo, a la cola de la UE-15¹.

Soy consciente de que algunos economistas de la salud en España han señalado que en nuestro país se gasta ya en sanidad pública lo que le corresponde por su nivel de desarrollo económico, postura insostenible a la luz de los datos (para ver una crítica de tal postura, véase el artículo de Navarro²). En realidad, España se gasta en sanidad pública mucho menos de lo que le corresponde por su nivel de riqueza. Su PIB per cápita es ya el 94% del PIB per cápita promedio de la UE-15. En cambio, su gasto sanitario público per cápita es sólo un 79,5% del gasto sanitario público per cápita del promedio de la UE-15³. Si en lugar del 79,5% se gastara el 94%, España se gastaría en su sector sanitario público 13.500 millones de euros más de lo que se gasta. Ni qué decir tiene que el PIB por habitante no es el determinante del gasto público sanitario por habitante, pues muchas otras variables intervienen en configurar el gasto, desde

La polarización por clase social del sistema sanitario español

Esta situación explica que España sea también el país que tiene el mayor porcentaje de gasto sanitario privado de la UE-15. Casi el 30% del gasto sanitario es gasto privado, procedente predominantemente del 20% a 25% de la población que tiene mayor nivel de renta⁴. Ello determina que haya una polarización por clase social del sistema sanitario español, con una sanidad privada que atiende básicamente a los sectores con mayores recursos y una sanidad pública que atiende a las clases populares. Esta polarización es típica de los países donde las fuerzas más ricas han tenido mayor influencia sobre el estado, tales como el sur de Europa y la mayoría de los países de América Latina.

Este sistema, además de injusto, es altamente ineficiente, pues mientras que la privada es, en general, mejor que la pública por su confort (una cama por habitación), por su mayor tiempo de espera y por una menor lista de espera, en la pública la calidad del personal y la riqueza de la infraestructura son superiores. En los países donde se ha comparado la mortalidad estandarizando las variables que pueden afectarla, esta es mayor en los centros privados (con afán de lucro) que en los públicos^{5,6}.

Las políticas públicas que se están proponiendo, con recortes sustanciales de la sanidad pública, acortarán todavía más la vida.

Rev Calid Asist. 2012;27(3):130-138



**Revista de
Calidad Asistencial**

www.elsevier.es/calasis

ARTÍCULO ESPECIAL

Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud

J.R. Repullo

Departamento de Planificación y Economía de la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Recibido el 29 de enero de 2012; aceptado el 26 de febrero de 2012
Disponible en Internet el 26 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Crisis económica;
Sostenibilidad;
Desinversión;
Efectividad;
Eficiencia;
Seguridad

Resumen El entorno de severa contención de costes obligará a buscar de forma activa la sostenibilidad interna en los sistemas sanitarios; la desinversión en todos los servicios que no añaden valor es una de las herramientas a utilizar. En este artículo se aporta una taxonomía práctica para identificar los cuidados inefectivos, inseguros, innecesarios, inútiles, inclementes e insensatos, y se analizan las implicaciones en relación a pacientes ordenados por su gravedad y en función a las ganancias de salud esperables por la intervención. Finalmente se analiza la factibilidad de las políticas de desinversión en relación al ámbito macro-meso o micro de la gestión.



¿LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?



NCYT Amazings
Noticias de la Ciencia y la Tecnología
Divulgando la Ciencia por Internet desde 1997

Miércoles, 11 septiembre 2013
Última actualización: Martes, 10 septiembre 2013 10:23

[HEMEROTECA](#) | [PUBLICIDAD](#) |

Portada Ciencia Tecnología Medio Ambiente Salud Psicología Artículos Blogs Libros
Reproducción de Noticias

[Medicina](#)

Martes, 16 julio 2013

El conjunto de recortes hechos por el gobierno español podría llevar al desmantelamiento efectivo de grandes partes del sistema de salud del país, con efectos potencialmente perjudiciales sobre la salud de la población, y un aumento en el riesgo de muerte de los pacientes.

la conclusión a la que se ha llegado en un estudio llevado a cabo por un equipo de investigadores de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y otras instituciones. Este estudio se ha presentado públicamente a través de la revista académica británica BMJ (British Medical Journal), editada por la British Medical Association (Asociación Médica Británica).

Los recortes del 13,65 por ciento (365 millones de euros) en el presupuesto nacional, y los recortes presupuestarios regionales de hasta el 10 por ciento, en los servicios sociales y de salud de 2012, han coincidido con un aumento en la necesidad de la población de usar el sistema de salud, con el resultado de que se han visto particularmente afectados los ancianos y los discapacitados físicos o mentales.

España ya tiene uno de los gastos públicos más bajos en el cuidado de la salud en relación con su Producto Interior Bruto (PIB) en la Unión Europea. Otros recortes, por un total de 1.108 millones de euros, serán realizados en 2013 al fondo de ayudas a la dependencia, destinado a financiar los cuidados que necesitan los ancianos y discapacitados, poniendo a estas personas vulnerables en una situación de riesgo aún mayor.



BMJ 2013;346:f2363 doi: 10.1136/bmj.f2363 (Published 13 June 2013)

Page 1 of 5

ANALYSIS

Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?

In the face of austerity, a series of disconnected "reforms" could, without corrective measures, lead to the effective dismantling of large parts of the Spanish healthcare system, with potentially detrimental effects on health. **Helena Legido-Quigley and colleagues** explain

Helena Legido-Quigley *lecturer*¹, Laura Otero *associate lecturer*², Daniel la Parra *senior lecturer*³, Carlos Alvarez-Dardet *professor of public health*⁴, Jose M Martin-Moreno *professor of preventive medicine and public health*⁵, Martin McKee *professor of European public health*¹

¿Los recortes de la austeridad desmantelarán el sistema sanitario español?

Frente a la austeridad, una serie de "reformas" desconectadas, sin medidas correctivas, conduciría a un desmantelamiento de gran parte del sistema de salud español, con efectos potencialmente perjudiciales para la salud.

Web: www.asanec.es

¿LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?

Distribución costes compartidos de la sanidad en los países de la UE

País	Primaria y especializada	Hospitalización	Medicamentos	Buco-dental
Alemania	✓	✓	✓	✓
Austria	✓	✓	✓	✓
Bélgica	✓	✓	✓	✓
Bulgaria	✓	✓	✓	✓
Chipre	✓	✓	✓	✓
Dinamarca			✓	✓
Eslovaquia	✓	✓	✓	✓
Eslovenia			✓	✓
España			✓	✓
Estonia	✓	✓	✓	✓
Finlandia	✓	✓	✓	✓
Francia	✓	✓	✓	✓
Grecia			✓	✓
Hungría	✓	✓	✓	✓
Irlanda	✓	✓	✓	✓
Italia			✓	✓
Letonia	✓	✓	✓	✓
Lituania			✓	✓
Luxemburgo	✓	✓	✓	✓
Malta	✓	✓	✓	✓
Países Bajos			✓	✓
Polonia			✓	✓
Portugal	✓	✓	✓	✓
Reino Unido			✓	✓
Rep. Checa			✓	✓
Rumanía			✓	
Suecia	✓	✓	✓	✓



¿LOS RECORTES DESMANTELARÁN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL?



“INQUIETUDES DESDE ASANEC”

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud:
¿Ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?

El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud
Propuestas para un Debate

25 de abril de 2011
XXV Aniversario de la ley General de Sanidad



Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria

FINANCIACION

Diez Temas
Candentes de la
Sanidad Española
para 2011

LOS...
IMPL...
...COPAGO EN EUROPA, ESTADOS UNIDOS Y CANADA:
...BUSINESS SCHOOL

La contribución de las TIC
a la sostenibilidad de la Sanidad
Las TIC como palanca

**¿PÚBLICA o
PRIVADA?**



Impulsar un cambio posible
en el Sistema Sanitario

McKinsey&Company 

Foro de Sanidad
Barcelona, 3 de octubre de 2011

“INQUIETUDES DESDE ASANEC”

El deficit

La deuda

¿rebajarán el
porcentaje de PIB
dedicado a salud?



“INQUIETUDES DESDE ASANEC”

El deficit

La deuda

¿o lo aumentaran
para
aproximarnos a la
OCDE



“INQUIETUDES DESDE ASANEC”

El deficit

¿O



ran

aproximarnos a la OCDE

Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria

“INQUIETUDES DESDE ASANEC”

**CAMBIOS EN EL
MODELO
ORGANIZATIVO**

**Mas eficiente y
resolutiva la AP**



LA CRISIS ACTUAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD PROPUESTAS ASANEC:

Desde ASANEC demandamos ¡YA!: La Transformación del modelo asistencial

Auto-responsabilidad del Ciudadano

Promoción y Prevención

Mejora de la Accesibilidad

Coordinación de la Continuidad de la Atención

Orientación a la Cronicidad:
-Potenciar la coordinación socio-sanitaria y la gestión de casos

Salud Pública

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

Visión sobre el SNS Propuestas ASANEC:



Orientación a la promoción de salud:

Orientación a la prevención de la enfermedad:

La efectividad del sistema sanitario no tiene que estar basada en el diagnóstico y la curación de la enfermedad

Necesidad de la desmedicalización del sistema:

“Romper” la Tendencia continua a traducir todo a enfermedad

Problemas de estilo de vida, respuestas humanas o fases de ciclo vital: obesidad, sueño de los ancianos, el duelo, la menopausia, el niño sano, tienen respuestas que no tienen que pasar por la medicalización

Independencia/autocuidados a los ciudadanos.

Las madres no saben monitorizar la fiebre de sus hijos

Promoción de salud en las escuelas (maestros, madres y padres)

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

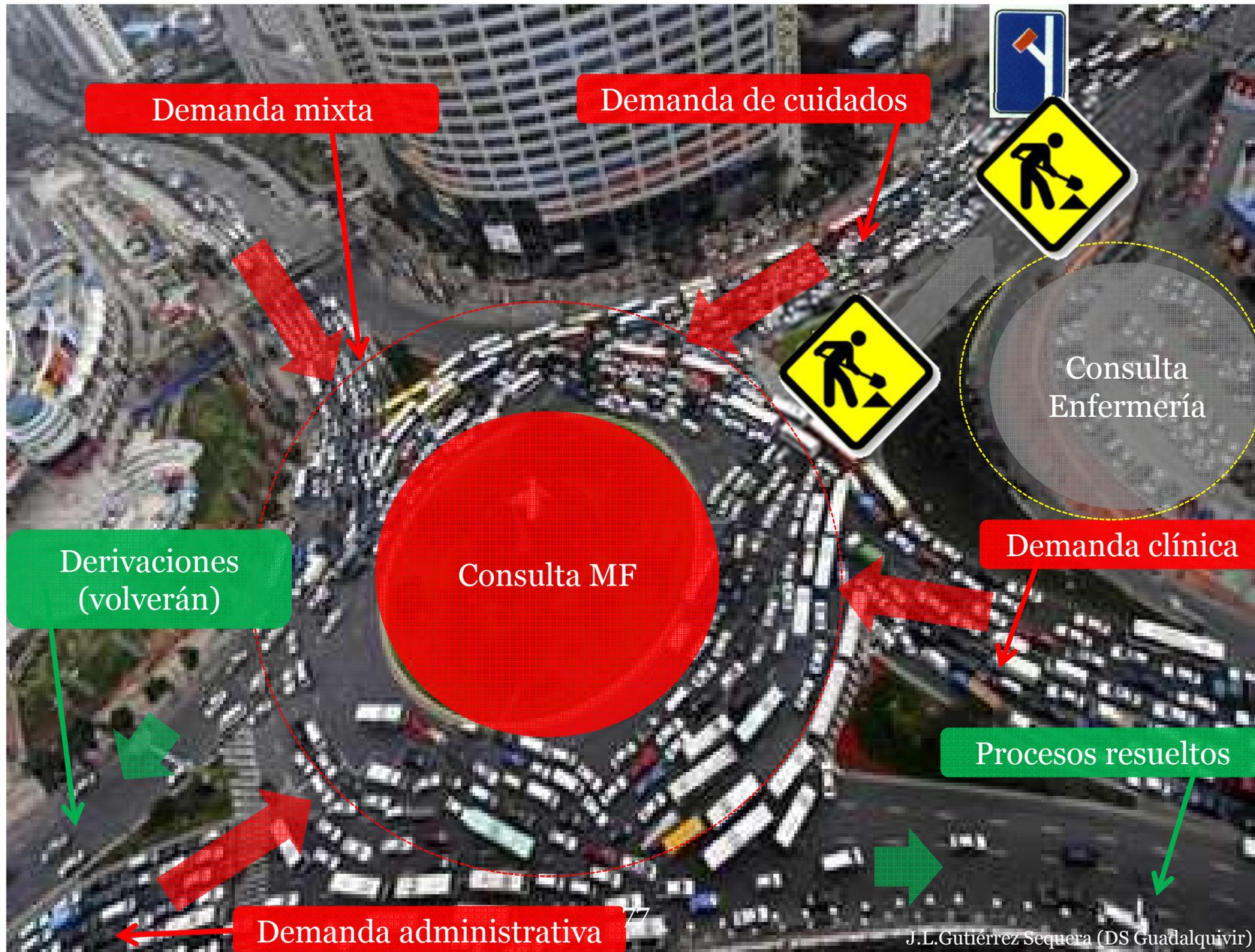
Propuestas desde ASANEC.



Gestión de la demanda:



España es una de los países que mayor frecuentación tiene en atención primaria



Propuestas desde ASANEC.



Accesibilidad:

La respuesta del sistema a cada necesidad, debe ser abordada por el profesional mas adecuado para ello.

- enfermeras**
- Son los profesionales identificados por la población como personal accesible.
 - Pueden dar respuestas para la resolución de muchos problemas de salud.

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

Propuestas desde ASANEC.



Coordinación de la continuidad asistencial:

Garantizar la adecuada transición del ciudadano a través de los diferentes niveles de atención.

Sistemas de información sensibles, que garanticen plenamente el flujo de comunicación entre los profesionales

Orientación hacia la integralidad con abordaje de todas las dimensiones que intervienen en la salud

Plena desaparición de las barreras entre niveles y sectores

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

Propuestas desde ASANEC.

BMC Health Services Research

BioMed Central

Research article

Open Access

Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study

JM Morales-Asencio*¹, E Gonzalo-Jiménez¹, FJ Martín-Santos^{2,3}, JC Morilla-Herrera^{2,3}, M Celdrán-Mañas³, A Millán Carrasco³, JJ García-Arrabal⁴ and I Toral-López⁵

Results: Base-line differences in functional capacity – significantly lower in the intervention group (RR: 1.52 95%CI: 1.05–2.21; $p = 0.0016$) – disappeared at six months (RR: 1.31 95%CI: 0.87–1.98; $p = 0.178$). At six months, caregiver burden showed a slight reduction in the intervention group, whereas it increased notably in the control group (base-line Zarit Test: 57.06 95%CI: 54.77–59.34 vs. 60.50 95%CI: 53.63–67.37; $p = 0.264$), (Zarit Test at six months: 53.79 95%CI: 49.67–57.92 vs. 66.26 95%CI: 60.66–71.86 $p = 0.002$). Patients in the intervention group received more physiotherapy (7.92 CI95%: 5.22–10.62 vs. 3.24 95%CI: 1.37–5.310; $p = 0.0001$) and, on average, required fewer home care visits (9.40 95%CI: 7.89–10.92 vs. 11.30 95%CI: 9.10–14.54). No

differences were found in terms of frequency of visits to A&E or hospital re-admissions. Furthermore, patients in the control group perceived higher levels of satisfaction (16.88; 95%CI: 16.32–17.43; range: 0–21, vs. 14.65 95%CI: 13.61–15.68; $p = 0.001$).

Conclusion: A home care service model that includes nurse-led case management streamlines access to healthcare services and resources, while impacting positively on patients' functional ability and caregiver burden, with increased levels of satisfaction.



LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

Propuestas desde ASANEC.

BMC Health Services Research



Research article

Open Access

Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study

JM Morales-Asencio*¹, E Gonzalo-Jiménez¹, FJ Martín-Santos^{2,3}, JC Morilla-Herrera^{2,3}, M Celdráan-Mañas³, A Millán Carrasco³, JJ García-Arrabal⁴ and I Toral-López⁵

Asociación Andaluza de
Enfermería Comunitaria

ESTUDIOS COMO EL ENMAD (“EFECTIVIDAD DE UN MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES INMOVILIZADOS, TERMINALES, ALTAS HOSPITALARIAS Y CUIDADORES INFORMALES”), **LIDERADO POR EL INVESTIGADOR MALAGUEÑO JOSÉ MIGUEL MORALES**, OFRECEN RESULTADOS MUY CONCLUYENTES SOBRE EL PAPEL DE LAS EGC:

- IDENTIFICA CON SOLVENCIA AQUELLOS PACIENTES MÁS VULNERABLES, E INFLUYE MUY POSITIVAMENTE SOBRE:
 - LA FUNCIONALIDAD DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS.
 - LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS.
 - LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, CON UN MENOR NÚMERO DE VISITAS Y
 - LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y DE LAS CUIDADORAS.



Propuestas desde ASANEC.



Orientación a la atención a personas con problemas de salud crónicos

Evolucionar de la enfermedad crónica a la cronicidad.

Afrontar la situación, conocer sobre su enfermedad, aprender a convivir con su padecimiento, tanto la persona enferma como su familia

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

Propuestas desde ASANEC.



CRONICIDAD:
El abordaje desde AP, los cuidados, la gestión de casos,... son fundamentales para la evolución de la cronicidad ...en coordinación con otros profesionales y otros sectores.

Propuestas desde ASANEC.



La salud pública

Necesidad de un abordaje intersectorial

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

Propuestas desde ASANEC.

Apostar decididamente por la Salud Pública en todas las políticas: la salud no depende ni mucho menos exclusivamente del sistema sanitario

Tenemos encima un verdadero problema con la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y la cronicidad compleja y la dependencia

Las soluciones pasan por grandes políticas en salud alimentaria, en salud ambiental, en infraestructuras para el movimiento activo, en políticas de envejecimiento activo, en protección de la vulnerabilidad desde el punto de vista social....¡ésa es la mejor inversión en salud!



REFLEXIONES:

¿Qué ocurriría si...?

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- Las carteras de servicios se crecieran en función de las necesidades de los **ciudadanos**, y no en función de las necesidades de “las políticas”.

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- **Miráramos más a la cronicidad** en lugar de dedicar la mayor parte de la atención a los problemas “agudos”.

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- Se financiaran **fármacos** sólo con criterios de **efectividad clínica**.

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- Las enfermeras expandieran su rol ampliando sus competencias en consonancia con la formación de grado para incrementar la accesibilidad y la capacidad resolutiva.

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- La formación de especialistas en el SNS comprometiera a ejercer en un solo ámbito público o privado para impedir posibles conflictos de intereses en la atención sanitaria.

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- Comenzáramos y terminaríamos todos **puntualmente a trabajar.**

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- Los quirófanos abrieran mañana y tarde en lugar de tener excedentes de especialistas por las mañana y escasos por la tarde.

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- Los servicios de radiodiagnósticos funcionarían plenamente mañana y tarde, como hacen los concertados, amortizando los costes de instalaciones,...

LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO ASISTENCIAL

REFLEXIONES: ¿Qué ocurriría si...?



- Los servicios de radiodiagnósticos funcionarían plenamente mañana y tarde, como hacen los concertados, amortizando los costes de instalaciones,...

LA CRISIS ACTUAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD



Málaga, 18-19 de octubre de 2013

Eugenio Contreras Fernández
ASANEC

Vocalía de Relaciones Institucionales y Sociedad
E-mail: rinstitutionalesysociedad.es

Web: www.asanec.es

LA CRISIS ACTUAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD



¡GRACIAS! POR LA ATENCIÓN



Málaga, 18-19 de octubre de 2013

Vocalía de Relaciones Institucionales y Sociedad
E-mail: rinstitutionalesy sociedad.es

Eugenio Contreras Fernández

ASANEC
Web: www.asanec.es