



Bruselas, 4.4.2014
COM(2014) 215 final

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN

Sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y robustos

1. Introducción

Los sistemas sanitarios¹ desempeñan un papel central en las sociedades modernas, ayudando a las personas a mantener y mejorar su salud. Los sistemas de salud deben poder añadir más años de vida, pero también añadir más vida a los años.

Los sistemas de salud de los Estados miembros de la UE, fiel reflejo de las diversas opciones sociales, son muy variados. Sin embargo, pese a las diferencias de organización y de financiación, están contruidos sobre valores comunes, expresados en el Consejo de Ministros de 2006²: universalidad, acceso a una atención de calidad, equidad y solidaridad.

Los sistemas sanitarios de la UE son cada vez más interdependientes. La entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE³ fue un paso clave para aumentar esta interacción. Los sistemas de salud funcionarán mejor si refuerzan la cooperación entre ellos frente al aumento de la movilidad de los pacientes y los profesionales de la salud.

En el último decenio, todos los sistemas sanitarios europeos han venido enfrentándose a crecientes dificultades: el incremento de los costes asistenciales; el envejecimiento de la población, junto con el aumento de las enfermedades crónicas y de la multimorbilidad, todo lo cual conlleva una mayor demanda de asistencia sanitaria, escasez de profesionales de la salud y su distribución desigual, y desigualdades y falta de equidad en el acceso a la asistencia sanitaria.

Además, en los últimos años, la crisis económica ha limitado los recursos financieros disponibles, agravando las dificultades de los Estados miembros para garantizar la sostenibilidad de sus sistemas de salud.⁴ Esto, a su vez, restringe la capacidad de los Estados miembros de ofrecer acceso universal a una asistencia sanitaria de calidad. Los sistemas sanitarios tienen que ser robustos, capaces de adaptarse eficazmente a entornos cambiantes y de hacer frente a dificultades importantes con recursos limitados.

La creciente interdependencia y las dificultades comunes exigen una cooperación más estrecha. En 2006, los Estados miembros acordaron objetivos comunes de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera de la asistencia sanitaria en el marco del método abierto de coordinación para la protección social y la inclusión social⁵. En 2011, el Consejo de Ministros de Sanidad de la UE inició un proceso de reflexión para ayudar a los Estados miembros a ofrecer sistemas de salud modernos,

¹ En la presente Comunicación se definen como sistemas de salud o sanitarios aquellos que aspiran a prestar a los pacientes asistencia sanitaria —preventiva, diagnóstica, curativa y paliativa— con la finalidad primordial de mejorar la salud.

² Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea (DO C 146 de 22.6.2006, p. 1).

³ Directiva 2011/24/UE, DO L 88 de 4.4.2011.

⁴ Como se pone de relieve en las Conclusiones del Consejo sobre el informe conjunto CPE-Comisión relativo a los sistemas sanitarios en la UE (7 de diciembre de 2010).

⁵ Dictamen del Comité Paritario para la Protección Social / Comité de Política Económica sobre la Comunicación de la Comisión «Trabajar juntos, trabajar mejor: un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea», aprobado por el Consejo EPSCO el 10 de marzo de 2006.

reactivos y sostenibles.⁶ Reconoció que *«aunque la garantía de un acceso equitativo a servicios sanitarios de alta calidad en una situación de escasez económica y de otros recursos ha sido siempre una de las principales preocupaciones, en estos momentos lo que está cambiando es la dimensión y urgencia de la situación y, si no se hace frente a este problema, puede convertirse en un factor determinante en el paisaje económico y social de la UE en un futuro»*.

En diciembre de 2013, el Consejo de Ministros de Sanidad aprobó los progresos realizados e hizo, en sus conclusiones sobre el «Proceso de reflexión en torno a unos sistemas sanitarios modernos, adecuados y sostenibles», un llamamiento a seguir avanzando⁷.

Como indica el Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento 2014⁸, «la prioridad máxima ahora es construir crecimiento y competitividad» para conseguir una recuperación duradera. Con este objetivo en mente, el estudio hace hincapié en la necesidad de mejorar la eficiencia y la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia sanitaria, haciéndolos más eficaces y capaces de responder a las necesidades sociales esenciales y de tejer redes de protección social. También reconoce la importancia del sector asistencial para hacer frente a las consecuencias sociales de la crisis económica, pues generará muchas oportunidades de trabajo en los próximos años. Asimismo recomienda desarrollar estrategias de inclusión social activa, incluido un acceso amplio a servicios asistenciales asequibles y de calidad.

Esto ya se había subrayado en 2013, cuando once Estados miembros⁹ recibieron, con ocasión del Semestre Europeo, la recomendación de reformar sus sistemas de salud. La mayor parte de estas recomendaciones se centraban en la sostenibilidad y rentabilidad de los sistemas de salud, la reforma del sector hospitalario, la fijación de precios de los servicios de salud, los cuidados ambulatorios y la atención primaria. Tres recomendaciones pedían asimismo mantener o mejorar el acceso a la asistencia sanitaria.

La salud, además de ser un valor en sí misma, es una condición previa a la prosperidad económica, como afirma el documento de trabajo de los servicios de la Comisión «Invertir en salud», del paquete de inversión social¹⁰. La salud de la población influye en los resultados económicos en términos de productividad, oferta de mano de obra, capital humano y gasto público. La sanidad tiene una importancia económica fundamental, ya que representa el 10 % del PIB de la UE, y uno de sus motores es la innovación. Es también una actividad que necesita mucha mano de obra y uno de los mayores sectores en la UE: en 2010, el personal sanitario representaba el 8 % de todos los empleos en la UE¹¹.

⁶ Conclusiones del Consejo: «Hacia unos sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles» (6 de junio de 2011).

⁷ Conclusiones del Consejo sobre el «Proceso de reflexión en torno a unos sistemas sanitarios modernos, adecuados y sostenibles» (10 de diciembre de 2013).

⁸ COM(2013) 800.

⁹ Alemania, Austria, Bulgaria, Chequia, Eslovaquia, España, Finlandia, Francia, Malta, Polonia y Rumanía.

¹⁰ COM(2013) 83.

¹¹ Documento de trabajo SWD(2012) 93, adjunto a COM(2012) 173.

A partir de la experiencia y el trabajo de estos últimos años, y persiguiendo un enfoque a escala de la UE, esta Comunicación se centra en medidas destinadas a:

1. Reforzar la eficacia de los sistemas de salud
2. Incrementar el acceso a la asistencia sanitaria
3. Mejorar la robustez de los sistemas de salud

2. Reforzar la eficacia de los sistemas de salud

La eficacia, la seguridad y la experiencia de los pacientes son componentes clave de la calidad asistencial, un elemento importante del funcionamiento de los sistemas sanitarios. En la seguridad de los pacientes se está trabajando actualmente a escala de la UE¹², si bien la experiencia de los pacientes es un ámbito clave que requerirá mayor atención en el futuro.

La presente Comunicación se centra en la eficacia: la capacidad de los sistemas sanitarios de obtener buenos resultados, entendiéndose por ello mejorar la salud de la población.

Cada vez irá siendo más importante medir la eficacia de los sistemas sanitarios, teniendo particularmente en cuenta que no son el único factor para mejorar la salud. Aunque sigue habiendo grandes variaciones de la esperanza de vida entre Estados miembros, por lo general vivimos más y con mejor salud que las generaciones anteriores. Esto se debe especialmente a todo lo que se ha conseguido en salud pública y fuera de los sistemas sanitarios. Cabe esperar futuras mejoras a medida que se fume menos, se consuma menos alcohol, se mejore la nutrición y se tenga más actividad física. Hay consenso en que el sector asistencial ha contribuido espectacularmente a la salud de la población en los últimos cincuenta o sesenta años.

Todavía está en sus inicios la recogida de información sobre la eficacia relativa de los sistemas sanitarios. Los ejemplos que se presentan ilustran ámbitos en los que la contribución de los sistemas sanitarios a la salud es más evidente, gracias a indicadores disponibles a escala de la UE como la mortalidad perinatal, la mortalidad evitable, la incidencia de las enfermedades que pueden prevenirse por vacunación y la detección sistemática del cáncer. La comparación pone de manifiesto grandes variaciones entre Estados miembros.

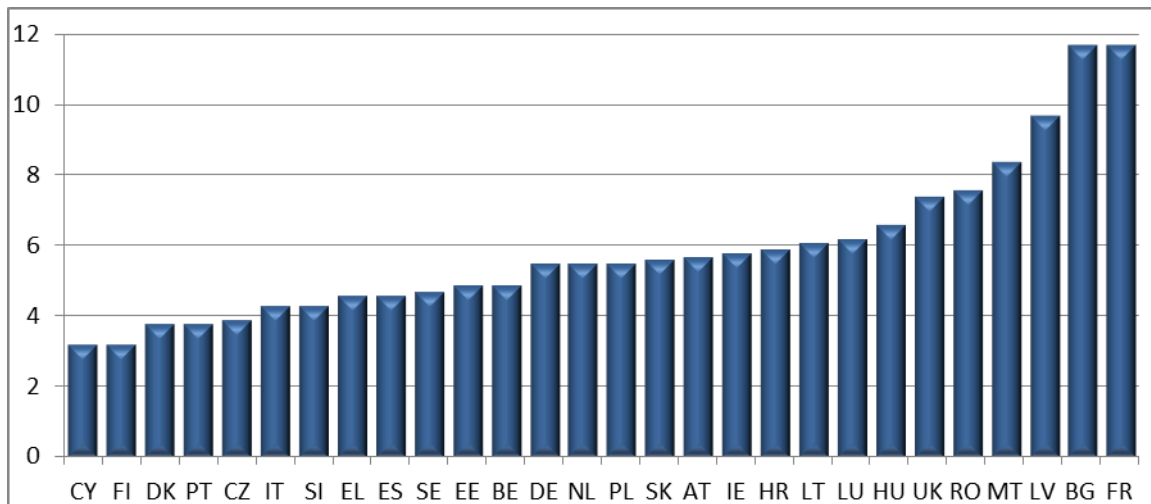
Mortalidad perinatal

Se considera mortalidad perinatal la que se produce desde después de transcurridas 28 semanas de gestación hasta siete días después del parto. Comparada con la mortalidad en menores de un año¹³, la mortalidad perinatal no está tan íntimamente asociada a factores socioeconómicos, por lo que representa un indicador más fiable de la eficacia de los sistemas de salud.

¹² Recomendación del Consejo, de 9 de junio de 2009, sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, DO C 151 de 3.7.2009.

¹³ Número de niños muertos en el primer año de vida por cada 1 000 nacidos vivos.

Figura 1: tasas de mortalidad perinatal por 1 000 partos (2011 o datos más recientes).



Fuente: Base de datos de Eurostat, proyecto Europeristat (desarrollada por los servicios de la Comisión Europea)

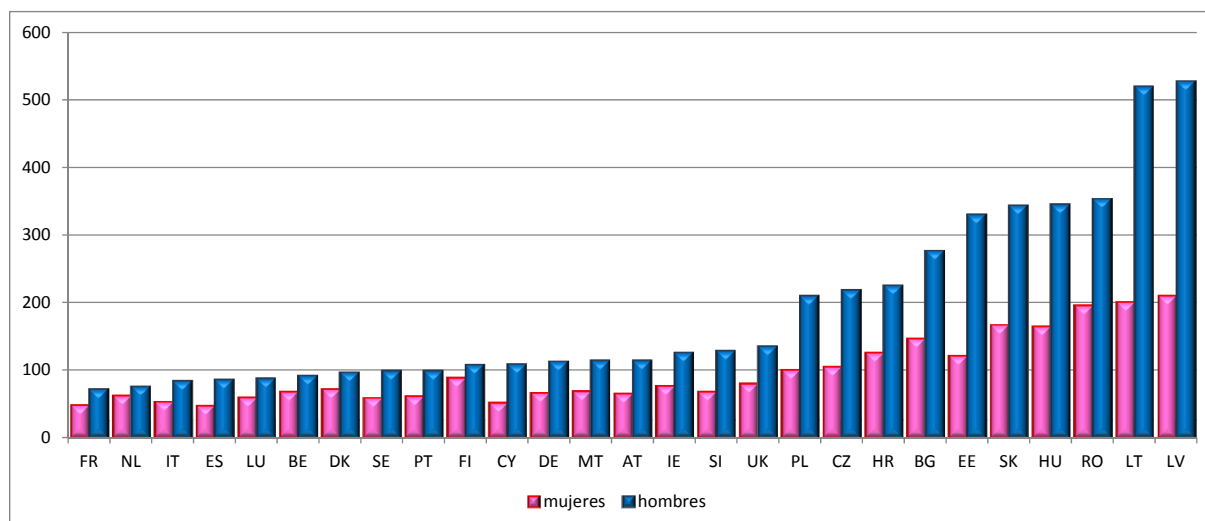
La tasa de mortalidad perinatal ha disminuido en los cinco últimos años en la mayoría de los Estados miembros, aunque ha aumentado en algunos.

Mortalidad evitable

Se define como las muertes prematuras que no deberían producirse si se presta una asistencia sanitaria oportuna y eficaz. Es un indicador importante para estudiar la contribución de los sistemas de salud a los resultados en materia de salud¹⁴. Se obtiene combinando las tasas de mortalidad estándar de un conjunto de enfermedades en las que se considera que la asistencia sanitaria tiene una repercusión directa.

¹⁴ Cabe considerar que en las comparaciones de «mortalidad evitable» hay que tener en cuenta la incidencia de estas enfermedades y no solo las muertes que producen, pero no se dispone necesariamente de datos comparables.

Figura 2: mortalidad evitable; mortalidad estándar por 100 000 habitantes (2010)



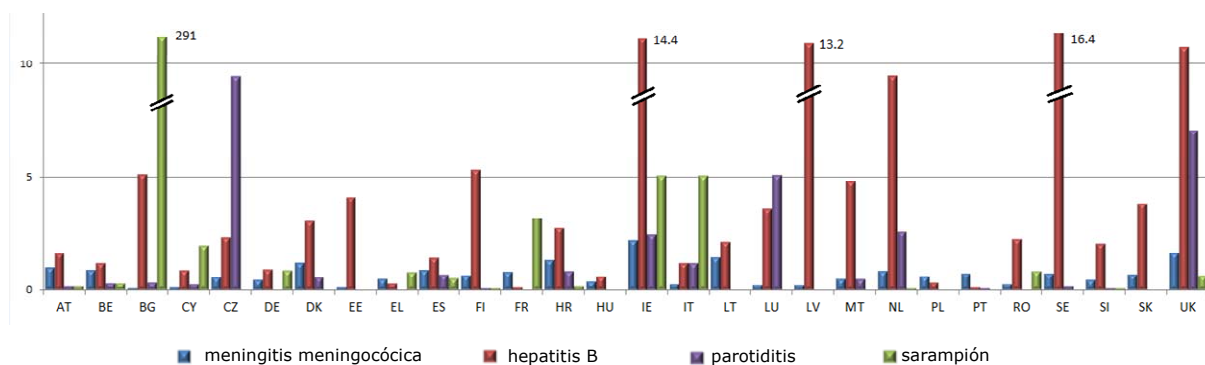
Fuente: Eurostat (no se dispone de datos de Grecia)

Casi todos los Estados miembros han conseguido reducir la mortalidad entre 2000 y 2010, aunque en proporciones muy variables.

Enfermedades contagiosas

La incidencia de enfermedades contagiosas concretas guarda relación directamente proporcional con la disponibilidad de servicios asistenciales adecuados: por ejemplo, las campañas de vacunación han reducido espectacularmente la incidencia de determinadas enfermedades (si bien en algunos países se observan signos preocupantes de que está disminuyendo el índice de vacunación).

Figura 3: incidencia de enfermedades que pueden prevenirse por vacunación. Casos confirmados por 100 000 habitantes (2011).



Fuente: Informe epidemiológico anual de 2012 del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC).

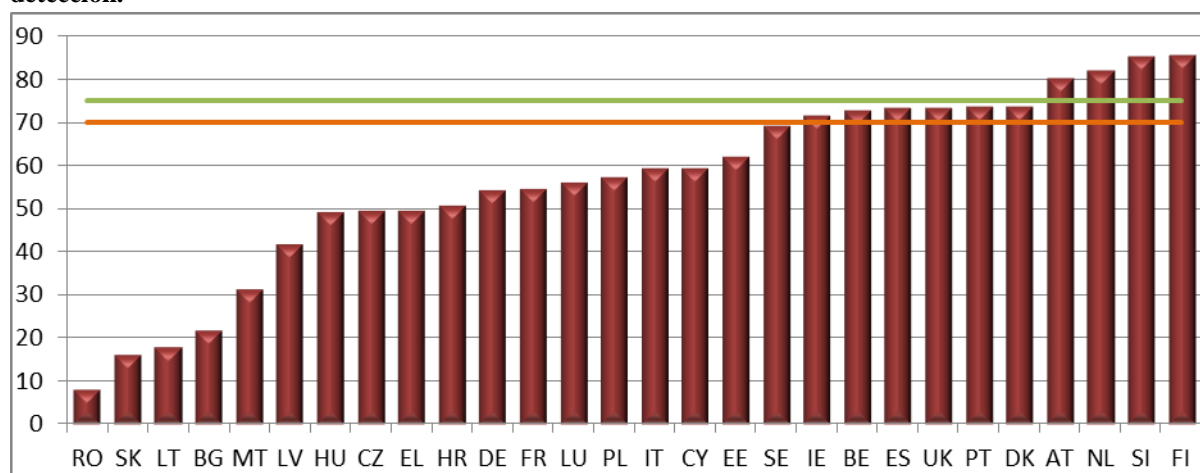
Aun atendiendo a un pequeño grupo de enfermedades que pueden prevenirse por vacunación (meningitis meningocócica, hepatitis B, parotiditis y sarampión), la incidencia varía significativamente entre Estados miembros.

DetECCIÓN SISTEMÁTICA DEL CÁNCER

El diagnóstico precoz del cáncer colorrectal, cervicouterino y de mama, gracias a programas de cribado poblacional, constituye un indicador útil de la eficacia del sistema sanitario para abordar ámbitos de riesgo. El Consejo recomendó aplicar tales programas de conformidad con las directrices europeas de garantía de calidad¹⁵.

El cáncer de mama es el ámbito en el que más se ha avanzado. Los programas nacionales de cribado suelen cumplir las directrices de la UE en lo que respecta a la definición de grupos de edad (de 50 a 69 años) y a los intervalos recomendados entre dos mamografías. No obstante, aunque las directrices indican un objetivo deseable de al menos el 75 % (y aceptable del 70 %) de las mujeres admisibles, pocos países alcanzaron este porcentaje en 2010.

Figura 4: cribado del cáncer de mama. Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se sometieron a la detección.



Fuente: *Health at a glance - Europe 2012 (Panorama de la salud – Europa 2012)*, OCDE, y estadísticas nacionales

Principales resultados

Pueden efectuarse algunas observaciones iniciales en relación con estos indicadores específicos, aunque no sean suficientemente representativas como para servir de base a una evaluación amplia de los sistemas sanitarios. Existen grandes variaciones entre Estados miembros. Los resultados son multidimensionales y difíciles de definir. En general, evaluar la eficacia de los sistemas sanitarios es un proceso complejo: las medidas adoptadas pueden no dar fruto hasta mucho más adelante, y también la comparabilidad y la fiabilidad de los datos son problemáticas. No obstante, se está trabajando para mejorar esta situación.

La Comisión ha apoyado el establecimiento de los Indicadores esenciales europeos de salud (ECHI) para observar la salud de la población y el rendimiento de los sistemas sanitarios. Asimismo, se han publicado varios informes de evaluación de los sistemas de salud europeos. Ejemplos de ello son el

¹⁵ Recomendación del Consejo, de 2 de diciembre de 2003, sobre el cribado del cáncer. DO L 327 de 16.12.2003. Véanse también las directrices europeas sobre el aseguramiento de la calidad en el cribado y el diagnóstico del cáncer colorrectal, cervicouterino y del cáncer de mama.

informe conjunto CPE-Comisión relativo a los sistemas sanitarios (2010), y la serie «Panorama de la salud, Europa», publicado por la OCDE y la Comisión.

En 2013 se dio otro paso importante: el Comité para la Protección Social diseñó un marco de evaluación conjunta de la salud, como primer mecanismo para detectar posibles problemas en los sistemas sanitarios de los Estados miembros. Constituye una contribución clave para la evaluación comparativa de los sistemas de salud a partir de los datos disponibles a escala de la UE. Por último, los programas marco de investigación y desarrollo tecnológico han financiado varios proyectos para establecer indicadores y metodologías para evaluar el rendimiento de los sistemas sanitarios¹⁶.

3. Incrementar el acceso a la asistencia sanitaria

Los sistemas de salud tienen que ser accesibles. Este es uno de los principios enunciados en la Carta Social Europea¹⁷, que hace hincapié en la importancia de que sean transparentes los criterios de acceso al tratamiento médico, y en la obligación de que los Estados miembros tengan un sistema asistencial adecuado, de cuyos servicios no queden excluidos sectores de la población.

No obstante, el acceso a la asistencia sanitaria es difícil de medir y no existe una metodología detallada para su seguimiento y la promoción de buenas prácticas a escala de la UE. Esta medida sería importante para reducir las desigualdades en materia de salud¹⁸.

Un indicador muy común es la varianza del porcentaje de residentes en la UE que notifican dificultades de acceso a la atención médica por razones relacionadas con la accesibilidad¹⁹ de los sistemas asistenciales: tiempos de espera, lejanía del centro asistencial o participación en los costes. No obstante, estas observaciones proceden de la propia percepción de las necesidades, por lo que pueden estar mediadas por sesgos culturales y dificultar la comparación entre países.

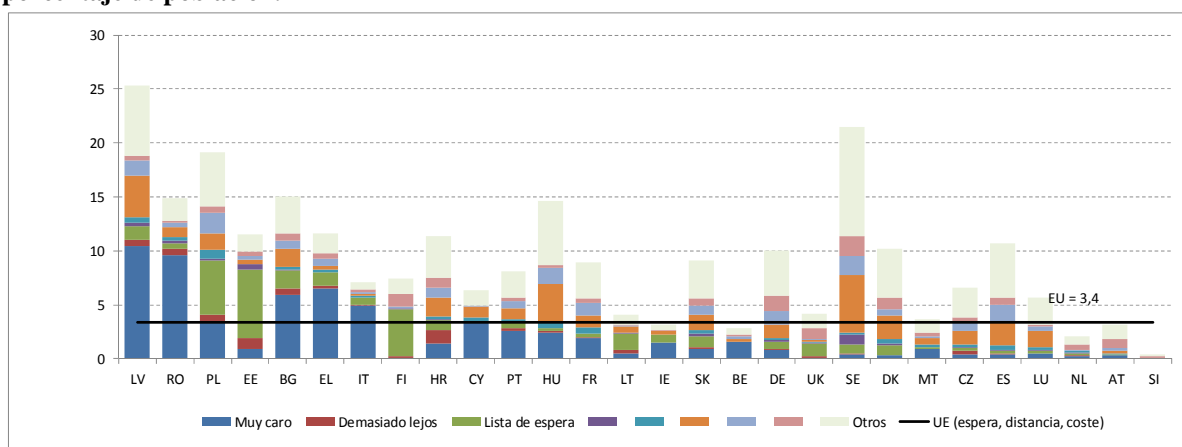
¹⁶ Véanse, por ejemplo, los proyectos ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>) y EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

¹⁷ Carta Social Europea revisada, Estrasburgo, 3 de mayo de 1996.

¹⁸ COM(2009) 567.

¹⁹ En esta encuesta, «otros motivos» se refiere a razones no relacionadas con los sistemas locales de salud, como «falta de tiempo», «temor al médico», etc.

Figura 5: necesidades no satisfechas de examen médico (percepción propia), con indicación del motivo. En porcentaje de población.



Fuente: Eurostat, Estadísticas sobre la renta y las condiciones de vida, 2012 (datos de 2011 para Austria e Irlanda)

El acceso a la asistencia sanitaria es la resultante de la interacción entre diversos factores, como la cobertura (el derecho a la asistencia sanitaria), las prestaciones (a qué se tiene derecho), el precio asequible y la disponibilidad de servicios. También se ve directamente afectado por el modelo organizativo y de gestión de cada sistema. Los pacientes pueden encontrar más dificultades de acceso cuando los sistemas sanitarios son complejos y poco transparentes.



Cobertura

En casi todos los Estados miembros, los servicios de salud se financian principalmente con fondos públicos. La cobertura sanitaria es universal, o casi, en todos los Estados miembros; con todo, algunas personas de entornos desfavorecidos siguen excluidas de una cobertura adecuada.

Prestaciones

Los tratamientos financiados con fondos públicos difieren entre los sistemas nacionales de salud. Por ejemplo, la odontología, la oftalmología o determinados tratamientos más avanzados solo están cubiertos en algunos Estados miembros. En algunos Estados miembros no se define explícitamente qué tratamientos se financian con fondos públicos. Esto complica la comparación y el análisis que contribuirían a alcanzar un consenso sobre los niveles mínimos u óptimos de asistencia.

Precio asequible

A menudo se pide a las personas que contribuyan a sufragar el servicio que requieren, en forma de participación en los costes o copago. Esto puede contribuir a que los servicios de salud se utilicen de

forma responsable; pero, al mismo tiempo, el copago no debe representar un obstáculo o tener un efecto disuasorio para que las personas reciban la atención sanitaria que necesitan. Las medidas de contención de costes de los sistemas sanitarios, destinadas a promover un uso más racional de la asistencia, no deben restringir indebidamente el acceso a una asistencia sanitaria de calidad.

Disponibilidad (personal sanitario, lejanía del centro asistencial, tiempos de espera)

El acceso de los pacientes a los servicios asistenciales ha de ser razonable: no tener que viajar ni esperar mucho para recibir el servicio que necesitan. Esto es especialmente difícil en zonas rurales y remotas.

La cuestión de la distancia podría superarse con modelos asistenciales más integrados, que mejoren el contacto del paciente con el sistema, y mediante un mayor recurso a la salud en línea.

No existe a escala de la UE una definición de cómo medir el tiempo de espera, pese a que este es un concepto significativo en el Reglamento (CE) nº 883/04 y en la Directiva 2011/24/UE²⁰. Esto podría cambiar, pues la Directiva 2011/24/UE insiste en la responsabilidad de los sistemas sanitarios en cuanto al acceso a la asistencia, mediante una mayor transparencia del concepto de «demora indebida» en espera de tratamiento.

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas múltiples exige entretener diversas capacidades, lo cual tiene implicaciones para los planes de estudios en ciencias médicas. Probablemente, la separación entre las profesiones se hará menos rígida y se crearán equipos interdisciplinarios. La demanda de capacidades y competencias en el sector sanitario está cambiando constantemente; es probable que las funciones y las profesiones evolucionen para responder a las necesidades de la población. Por ejemplo, dada la elevada inactividad física en la UE y los factores de riesgo que conlleva para la salud, es fundamental que los profesionales de la salud, en colaboración con los de otros sectores, como el del deporte, hablen a los pacientes de la importancia de la actividad física²¹.

Para anticipar esta evolución, la planificación de la formación médica debe ser más inteligente, responder antes y situarse mejor para atraer estudiantes a las especialidades que más se necesitan.

También está demostrado que hay que prestar atención a los medicamentos, pues es mucho más elevada la proporción del gasto privado en medicamentos que en otros tipos de asistencia sanitaria financiada con fondos públicos.

Las decisiones nacionales sobre fijación de precios y reembolso tienen repercusiones directas e indirectas en el acceso a los medicamentos en la UE: las innovaciones no llegan siempre al mismo tiempo a todos los Estados miembros, y pueden incluso no llegar a algunos países.

Un primer paso para mejorar esta situación fue el proceso sobre la responsabilidad de las empresas farmacéuticas, que estimuló el diálogo entre las autoridades competentes encargadas de la fijación

²⁰ Reglamento (CE) nº 883/2004, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. DO L 166 de 30.4.2004.

²¹ Recomendación del Consejo, de 26 de noviembre de 2013, sobre la promoción de la actividad física beneficiosa para la salud en distintos sectores. DO C 354 de 4.12.2013.

de precios y reembolsos y otras partes interesadas, y propició el intercambio transparente de información sobre cómo conseguir un mejor acceso a los medicamentos.

4. Mejorar la robustez de los sistemas de salud

Los sistemas de salud modernos tienen que seguir siendo accesibles y eficaces, a la vez que persiguen la sostenibilidad a largo plazo. Para ello, deben seguir siendo fiscalmente sostenibles. La Comisión apoya a los Estados miembros en esta tarea, ofreciendo análisis y previsiones, y recomendando reformas en el marco del Semestre Europeo.

Los sistemas sanitarios deben también prestar atención a factores no fiscales. Tienen que poder adaptarse eficazmente a entornos cambiantes, y establecer y aplicar soluciones innovadoras para abordar dificultades importantes con recursos limitados, como, por ejemplo, la escasez de conocimientos técnicos o de recursos en ámbitos específicos, aumentos imprevistos de la demanda (como en caso de epidemia), etc. En otras palabras, tienen que hacerse y mantenerse robustos.

No todos los sistemas sanitarios de la UE han hecho frente igual de bien a la crisis económica; algunos han tenido que llevar a cabo importantes reformas, a veces dolorosas, y en un plazo muy breve. Gracias a la experiencia de las últimas reformas, la Comisión ha identificado los siguientes factores que han ayudado a algunos sistemas de salud a mantener servicios asistenciales accesibles y eficaces.



Mecanismos de financiación estables

Una financiación estable permite planificar con eficacia la inversión y facilita la continuidad de los servicios de organización y gestión de la atención sanitaria. Aquellos sistemas de salud financiados a partir de fuentes de ingresos menos estables tienden a sufrir más las adversidades externas: por

ejemplo, los que basan su financiación principalmente en las cotizaciones sobre la base del empleo están más expuestos a las consecuencias de un aumento del desempleo. Las reservas u otras fórmulas anticíclicas de transferencia presupuestaria del gobierno pueden contribuir a la estabilidad de los fondos.

Métodos eficaces de ajuste por riesgos

Un sistema coherente de ajuste por riesgos y de mutualización de los riesgos es un instrumento clave para garantizar que los recursos se gasten con arreglo a las necesidades. Por ejemplo, cuando varias compañías de seguros de enfermedad recaudan las cotizaciones sociales o las primas del seguro, utilizan un mecanismo de ajuste por riesgo o de nivelación de riesgos según el tamaño y el desglose por edad y sexo, y también un indicador de la estructura de la morbilidad de las personas aseguradas en cada fondo. Se trata de evitar la selección de pacientes y la discriminación, al tiempo que se ajusta la financiación a las necesidades.

Buena gobernanza

Consiste en establecer bien las responsabilidades de gestión del sistema sanitario y sus principales componentes, un fuerte liderazgo, mecanismos sólidos de contabilidad y una clara estructura organizativa. De ese modo, los sistemas pueden adaptarse con rapidez a los nuevos objetivos y prioridades y refuerzan su capacidad de respuesta, adoptando y aplicando las medidas necesarias en apoyo de decisiones de inversión inteligente.

Flujos de información en el sistema

Gracias a un buen conocimiento de los puntos fuertes y débiles, y a la capacidad de monitorizar la información, tanto a nivel de cada paciente como de los servicios de asistencia sanitaria, los gestores de los sistemas de salud pueden tomar decisiones a medida y bien fundamentadas en subsectores específicos.

Los servicios de salud en línea facilitan la creación y el desarrollo de los sistemas de información y conocimiento. Además, la salud en línea hace posible una asistencia sanitaria más personalizada, específica, efectiva y eficiente, lo que contribuye a evitar errores y a reducir al mínimo la duración de las hospitalizaciones.

Cálculo preciso de los costes de la asistencia sanitaria

Para comprender la complejidad de los procesos que se sitúan entre los costes y los resultados hay que plantearse: de qué modo corresponden los costes a los recursos humanos y materiales; cómo contribuyen los recursos a las actividades (intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas); de qué manera las actividades se concretan en actos médicos, y cómo repercuten estas últimas en la salud.

La evaluación de la tecnología sanitaria es fundamental para alcanzar un método común para medir la eficacia de las intervenciones y el cálculo correcto de los costes de los servicios, de modo que los decisores asignen los recursos con la máxima eficiencia.

Poder presupuestar con exactitud los servicios sanitarios no solo es necesario para controlar el gasto, sino que también es una condición previa para tomar decisiones eficaces en materia de inversiones y de prioridades.

Personal sanitario capaz y cualificado

Un personal sanitario muy cualificado, motivado, con la capacidad y las cualificaciones adecuadas es esencial para encontrar soluciones innovadoras mediante cambios tecnológicos y organizativos. Disponer de una estructura eficaz de incentivos es vital para mejorar el rendimiento de los profesionales de la salud y para garantizar que la atención se centre en la prestación directa de asistencia sanitaria.

5. Plan de trabajo de la UE para unos sistemas de salud eficaces, accesibles y robustos

La responsabilidad primaria de los sistemas de salud recae en los Estados miembros. La UE ha adoptado una serie de medidas que pueden ayudar a los Estados miembros, en particular directrices y herramientas de supervisión o evaluación.

La Comisión ha creado un grupo independiente de expertos para prestar asesoramiento sobre inversión en salud²². Este grupo analizará los diversos asuntos debatidos y hará recomendaciones al respecto a la Comisión.

Apoyo al refuerzo de la eficacia de los sistemas de salud

Evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios

El Consejo de Ministros de Sanidad invitó a los Estados miembros a evaluar el rendimiento de los sistemas sanitarios para la elaboración de políticas, la rendición de cuentas y la transparencia, y pidió a la Comisión que les ayudara en tal empeño.

En respuesta a ello, el trabajo colaborativo sobre la evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios ofrecerá a los Estados miembros herramientas y metodologías como las siguientes:

- aprovechar la investigación financiada por la UE sobre medidas e indicadores de evaluación del rendimiento;
- definir criterios y procedimientos para seleccionar ámbitos prioritarios para la evaluación del rendimiento de los sistemas sanitarios, a nivel nacional y de la UE;
- diseñar un sistema específico de notificación; e
- intensificar la cooperación con organizaciones internacionales, en particular la OCDE y la Organización Mundial de la Salud.

²² Decisión de la Comisión, de 5 de julio de 2012, por la que se establece un Grupo de expertos independiente y multisectorial para prestar asesoramiento sobre formas eficaces de invertir en salud, DO C 198 de 6.7.2012.

Este trabajo en colaboración puede también posibilitar, a nivel de la UE, un trabajo más específico para reducir las desigualdades, contribuyendo a que los Estados miembros que se encuentran por debajo de la media de la UE mejoren su situación. También puede ayudar a los Estados miembros a cumplir los requisitos de la Directiva 2011/24/UE en cuanto a información sobre la calidad y la seguridad.

Calidad de la asistencia, incluida la seguridad de los pacientes

La Comisión se propone presentar en primavera de 2014 su segundo informe relativo a la aplicación de la Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes²³. Sobre la base de las conclusiones de dicho informe, la Comisión debatirá medidas para seguir mejorando la seguridad de los pacientes y para reducir las variaciones injustificadas entre Estados miembros y dentro de ellos.

Las conclusiones de la reciente consulta pública sobre la seguridad de los pacientes y la calidad de la asistencia muestran que existe un gran interés en ampliar los planes de la UE para abordar las cuestiones relativas a la calidad de la asistencia sanitaria. La Comisión se propone dar seguimiento adecuado a tal interés.

Integración de las prestaciones

La integración de las prestaciones debe producirse tanto entre distintos niveles de asistencia (atención primaria, hospitalaria, etc.) como entre la asistencia sanitaria y la social, en particular en lo que se refiere a las personas de edad avanzada o con enfermedades crónicas.

Lo aprendido en las reformas de los Estados miembros destinadas a reducir la dependencia de sus sistemas sanitarios de la atención hospitalaria mediante una mejor integración de la asistencia permitirá intercambiar experiencias en ámbitos clave y responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué pacientes pueden tratarse mejor o igual de bien fuera del hospital?
- ¿Cómo pueden reducirse con éxito las hospitalizaciones evitables?

El grupo de expertos sobre inversión en salud ha hecho público un informe sobre atención primaria e integración de la asistencia, partiendo del cual la Comisión ha iniciado una consulta pública para determinar nuevos ámbitos de reflexión.

Incrementar el acceso a la asistencia sanitaria

El personal sanitario de la UE

Se han observado deficiencias significativas en la capacidad de los Estados miembros de planificar sus futuras necesidades de personal sanitario, tanto cuantitativas como en cuanto a las diversas capacidades, para responder con eficacia a las necesidades asistenciales previstas.

Los resultados del plan de acción relativo al personal sanitario²⁴ contribuirán a una mejor previsión de las futuras necesidades de capacidades y a formar adecuadamente generaciones futuras de

²³ El primer informe se publicó en 2012: COM(2012) 658.

²⁴ Documento de trabajo SWD(2012) 93, adjunto a COM(2012) 173.

profesionales de la salud. Mejorar los datos disponibles para reforzar los sistemas nacionales de planificación también puede ayudar a hacer frente a los retos que plantea la movilidad del personal sanitario y encontrar soluciones que preserven el derecho a la libre circulación en la UE.

Los esfuerzos de planificación de las necesidades de personal sanitario deben servir para encontrar soluciones sostenibles, a nivel de la UE, que garanticen un número suficiente de profesionales adecuadamente formados y con las capacidades requeridas para atender a todas las personas que lo necesiten. Para evitar futuras carencias y desajustes de las capacidades, la Comisión seguirá trabajando con los Estados miembros para elaborar recomendaciones, instrumentos comunes, indicadores y directrices, y reforzará el apoyo de la UE a la planificación de los Estados miembros.

Utilización rentable de los medicamentos

La UE necesita una industria farmacéutica competitiva. A partir de ahí, los Estados miembros y la Comisión deben seguir reflexionando sobre cómo conciliar el objetivo estratégico de garantizar una asistencia sanitaria accesible a todos los ciudadanos de la UE con la necesidad de contención de los costes. Hay que estudiar cómo mejorar la cooperación para crear mecanismos más transparentes y mejor coordinados, que minimicen los efectos involuntarios que los actuales sistemas nacionales de fijación de precios pueden generar en términos de accesibilidad en toda la UE.

Aplicación óptima de la Directiva 2011/24/UE

La Directiva 2011/24/UE amplía las opciones del paciente frente a la asistencia sanitaria y le ayuda a evitar retrasos indebidos para recibir el tratamiento que necesita. La Directiva mejorará la transparencia, pues los Estados miembros tendrán que crear puntos nacionales de contacto para informar a los ciudadanos entre otras cosas sobre sus derechos, la seguridad de los pacientes y la calidad de las pautas de tratamiento. Fomenta asimismo una mejor comprensión del catálogo de prestaciones de la asistencia sanitaria. Los Estados miembros deben velar por la correcta aplicación de todas las disposiciones de la Directiva. La Comisión supervisará atentamente cómo se aplica en los Estados miembros el concepto de «demora indebida».

Las redes de referencia promoverán la cooperación entre proveedores muy especializados de los Estados miembros, lo que hará posible que los aquejados por enfermedades de muy escasa prevalencia, complejas o minoritarias tengan acceso a una asistencia de calidad. La Comisión pondrá en marcha convocatorias de manifestación de interés para hacerse miembro de la red europea de referencia, que podría formar a profesionales de la salud y contribuir a la definición común de los requisitos de aseguramiento de la calidad.

Mejorar la robustez de los sistemas de salud

Es imperioso seguir investigando los factores que contribuyen a la robustez de los sistemas de salud y cómo fomentarlos. Los Estados miembros tienen que analizar mejor estos factores partiendo de su experiencia nacional, ayudados por la UE en cuanto a intercambio de buenas prácticas y elaboración de políticas. Los siguientes planteamientos contribuirán a mejorar la robustez de los sistemas de salud en la Unión Europea.

Evaluación de las tecnologías sanitarias

Se trata de un enfoque científico para evaluar el efecto relativo que una tecnología sanitaria concreta tiene en una afección, respondiendo a preguntas como las siguientes:

- ¿Es eficaz esta tecnología?
- ¿Quién responde bien a ella?
- ¿Qué coste supone?
- ¿Cómo funciona en comparación con otras tecnologías?

Esta evaluación ha demostrado su eficacia para mejorar el acceso de los pacientes a tecnologías innovadoras y para propiciar una asignación más eficiente de los fondos.

Los Estados miembros cooperan para evaluar las tecnologías sanitarias gracias a una red creada mediante la Directiva 2011/24/UE. La Comisión apoya un ambicioso objetivo de esta red, consistente en que la información generada conjuntamente en la evaluación se reutilice a nivel nacional. Así se reducirá la duplicación del trabajo de los organismos reguladores, y de los organismos y el sector de la evaluación de las tecnologías sanitarias, y se llegará a una comprensión común de los aspectos clínicos de las tecnologías sanitarias (su inocuidad, eficacia y efectividad relativas).

En los próximos años irá desarrollándose una estructura más ambiciosa y estable de cooperación científica en este ámbito. En colaboración con la red de evaluación de las tecnologías sanitarias, la Comisión está reflexionando sobre posibles propuestas al respecto.

Sistema de información sanitaria

Cualquier intervención destinada a aumentar la robustez del sistema de salud debe tener en cuenta el propio sistema. Las decisiones de invertir o dejar de invertir en sectores específicos han de basarse en una comprensión de los procesos por los que se rigen dichos sectores y de las repercusiones de las intervenciones en los parámetros sanitarios y económicos.

Por ello, los Estados miembros deben invertir para desarrollar el flujo de información, entre otras cosas para que la información sobre los pacientes se canalice adecuadamente a todos los proveedores pertinentes de asistencia sanitaria, o para que se preste apoyo a una reorganización más eficaz y sostenible de los sistemas y servicios sanitarios²⁵.

La Comisión está estudiando la posibilidad de apoyar a los Estados miembros a crear un sistema sostenible e integrado de información sanitaria a escala de la UE, muy en particular explorando el potencial de un amplio consorcio de infraestructuras de investigación europeas (ERIC) en materia de información sanitaria.

Salud en línea

²⁵ Véanse las conclusiones del informe del grupo de trabajo sobre salud en línea titulado «Rediseñar la salud en Europa para 2020», que insta a los decisores a basarse en datos fácticos: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

La Comisión insta encarecidamente a la cooperación entre Estados miembros en materia de salud en línea y les presta apoyo para diseñar y aplicar soluciones interoperables y rentables que mejoren los sistemas de salud²⁶. A tenor de la Directiva 2011/24/UE, la Comisión apoya la red de la sanidad electrónica, que aspira a conseguir beneficios sostenibles de los sistemas y servicios europeos de salud electrónica y sus aplicaciones interoperables. El plan de acción sobre salud electrónica 2012-2020 también hace hincapié en los beneficios que los servicios de salud en línea presentan para pacientes, prestadores de asistencia y para el conjunto de la población, y propone acciones concretas para reducir los obstáculos al despliegue de esos servicios.

Hay que proseguir los esfuerzos por disponer de servicios eficaces e interoperables de telemedicina. Las redes de referencia europeas serán una oportunidad ideal de introducir y poner a prueba la telemedicina en la UE.

6. Conclusiones

En el Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento de 2013 se reconocía que «en el contexto de los retos demográficos y la presión sobre los gastos relacionados con el envejecimiento, se deben impulsar las reformas de los sistemas de asistencia sanitaria en aras de su eficiencia y sostenibilidad, evaluando el rendimiento de esos sistemas teniendo presente el doble objetivo de aumentar la eficiencia de la utilización de los recursos públicos y garantizar el acceso a una atención sanitaria de calidad».

La capacidad futura de los Estados miembros para prestar asistencia sanitaria de calidad dependerá de que sus sistemas sean más robustos y puedan hacer frente a los retos que se avecinan, sin dejar de ser rentables y fiscalmente sostenibles.

Aunque esta es una tarea que incumbe principalmente a los Estados miembros, la presente Comunicación expone varias iniciativas mediante las cuales la UE puede ayudar a sus decisores. La UE tendrá que desarrollar estas iniciativas y basarse en ellas si quiere responder a las aspiraciones de los ciudadanos a una asistencia de calidad. Deberá centrarse en los métodos y las herramientas que permitan a los Estados miembros lograr una mayor eficacia, accesibilidad y robustez de sus sistemas de salud, en consonancia con las recomendaciones de reforma que se han hecho a los Estados miembros en el Semestre Europeo. Para aplicar las reformas señaladas en esas recomendaciones, se insta asimismo a los Estados miembros a recurrir a los instrumentos europeos de financiación.

²⁶ COM(2012) 736.

Plan de trabajo de la UE para unos sistemas de salud eficaces,
accesibles y robustos

Reforzar la eficacia

Evaluación del rendimiento
de los sistemas sanitarios

Seguridad de los pacientes
y calidad de la asistencia

Integración de las
prestaciones

Incrementar el acceso

Planificación de las
necesidades de personal
sanitario de la UE

Utilización rentable de los
medicamentos

Aplicación óptima de la
Directiva 2011/24/UE

Mejorar la robustez

Evaluación de las
tecnologías sanitarias

Sistema de información
sanitaria

Salud en línea