



COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2020

Octubre de 2020

**EMPRESARIOS
DE MADRID**



ÍNDICE

PRÓLOGO I. PAPEL EMPRESARIAL EN LAS POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS. Miguel Garrido de la Cierva, presidente de CEIM.....	4
PRÓLOGO II. Carlos González Bosch, vicepresidente de CEIM y presidente de su Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales.	6
CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO. ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LOS ÁMBITOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	11
CAPÍTULO II. LOS CONCIERTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO..	16
CAPÍTULO III. COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN EL MODELO SOCIOSANITARIO.	29
CAPÍTULO IV. MUTUALISMO LABORAL.	41
CAPÍTULO V. ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	51
CAPÍTULO VI. TECNOLOGÍA SANITARIA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA.	54
a) Tecnología Sanitaria.	54
b) Industria farmacéutica.	56
CAPÍTULO VII. NUEVAS FORMAS DE AFRONTAR EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.	60
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	70
Objetivo 1: Evitar que la ideologización sobre la gestión público privada en materia sanitaria pueda perjudicar a los usuarios y a la libertad de empresa.	71
Objetivo 2: Poner en valor a los profesionales del sector privado socio-sanitario.	72
Objetivo 3: Atender con solvencia los nuevos problemas de salud.	74
Objetivo 4: Coordinación de las esferas sanitarias y de servicios sociales, impulsando el envejecimiento activo.....	75
Objetivo 5: Apoyar la digitalización y la innovación.	77

Objetivo 6: Impulsar el aseguramiento privado.....	78
Objetivo 7: Buscar la eficiencia de los recursos sanitarios y asistenciales.....	79
Objetivo 8: Poner en valor la colaboración privada con la Seguridad Social.	80
Bibliografía.	81
Índice de cuadros y gráficos.	85

PRÓLOGO I. PAPEL EMPRESARIAL EN LAS POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS.

Miguel Garrido de la Cierva, presidente de CEIM.

Resulta imposible entender las políticas públicas del ámbito sociosanitario sin el ámbito de colaboración público-privada.

En este trabajo hemos querido poner en valor dicha conexión, que mejora la eficacia de la gestión e introduce beneficios sociales y de empleo.

Como se verá en las siguientes páginas, CEIM tiene un papel relevante, a través de sus asociaciones y empresas, en la prestación de servicios de enorme valor social.

Nos encontramos en un escenario donde todos los actores deben contribuir a:

- Promover el envejecimiento activo.
- Prevenir la dependencia.
- Atender a personas en dificultad social.
- Desarrollar un catálogo de servicios y prestaciones sociosanitarias.
- Desarrollar una organización innovadora en la prestación de servicios públicos en dicha materia.

Además, como institución, CEIM participa en el Consejo de Mayores, así como en el Consejo Sectorial de Personas Mayores del Ayuntamiento de Madrid y en el Consejo General del IMSERSO. Por parte de CEIM también se trabaja en las iniciativas de CEOE y de los interlocutores sociales europeos en esta materia.

Por otro lado, CEIM lleva tiempo participando y realizando aportaciones en el Consejo Regional de Mayores de la Comunidad de Madrid, órgano colegiado de carácter consultivo, que sirve como cauce de participación de las personas mayores, de sus organizaciones representativas y de los agentes sociales, en las políticas de la Administración Autonómica que inciden en su bienestar social y calidad de vida.

Por parte de CEIM hemos conocido y realizado aportaciones a los proyectos normativos de la Comunidad de Madrid que han afectado al ámbito del sector de dependencia y hemos realizado seguimiento de las acciones y políticas que se han desarrollado por parte de la Administración regional.

Asimismo, se ha informado a nuestros asociados y hemos divulgado los proyectos de normativa o programas puestos en marcha por la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad.

Por otro lado, CEIM participa también y tiene representación, a través de CEOE, en el Consejo General del IMSERSO, órgano de participación en el control y vigilancia de la gestión del Instituto, cuya presidencia la ostenta el titular del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Además, en desarrollo de la *Estrategia Madrid por el Empleo*, firmada por el Gobierno regional, los Sindicatos y CEIM, el 7 de marzo de 2016, prorrogada hasta 2020, en la Comunidad de Madrid se ha puesto en marcha la convocatoria para acreditar profesionalmente a los trabajadores del sector de la dependencia a través de la experiencia laboral.

También en el ámbito sanitario, es interesante indicar que CEIM participa en el Consejo para el seguimiento del Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia.

Recientemente, el 12 de diciembre de 2019, se constituyó la Comisión de Trabajo en el marco del Plan Estratégico del Deporte, cuyo objetivo principal es definir las líneas a seguir para la transformación de la sociedad a través del deporte. En concreto, CEIM participa en la planificación de programas de la Comunidad de Madrid con el objetivo de extender la práctica de la actividad física a toda la población en general, como actividad de ocio y como actividad saludable.

Recordemos que un tercio de los accidentes de trabajo mortales en la Comunidad de Madrid se deben a ictus, derrames, infartos, etc. (en general, patologías no traumáticas) ocasionadas por la falta de salud en general. Por este motivo, las grandes empresas madrileñas fomentan actividades y alimentación saludables entre la población trabajadora.

En definitiva, las empresas y las asociaciones empresariales tenemos mucho que aportar en materia sociosanitaria. Las páginas que siguen ilustran por capítulos la importancia real, con cifras, del sector privado y contribuyen a ofrecer al lector un escenario quizás poco conocido pero suficientemente explícito del buen hacer de la colaboración público privada en esta materia.

Agradezco a Carlos González Bosch la iniciativa para emprender este estudio y a la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de CEIM su trabajo para culminarlo.

PRÓLOGO II. Carlos González Bosch, vicepresidente de CEIM y presidente de su Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales.

La Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de CEIM ha elaborado este libro teniendo en cuenta la importancia que tiene en la Comunidad de Madrid el sector sociosanitario privado. Es un documento de consulta que describe la realidad del sector, pero también comprometido con los problemas y soluciones que se evidencian en el desarrollo de su actividad, poniendo el foco en dos ejes principales.

Uno es el elevado esfuerzo inversor de este sector en la Comunidad madrileña, atendiendo al deseo de más de un 30% de ciudadanos que tienen seguros sanitarios privados en esta Comunidad, y la pirámide poblacional, que hace que la misma tenga un envejecimiento muy pronunciado derivado del nivel de esperanza de vida del que gozamos.

El segundo eje sería la colaboración público-privada, como motor del cambio necesario para que realmente afloren todas las potencialidades que supone esta colaboración en el ámbito del espacio sociosanitario.

Este libro, elaborado durante una pandemia, ha puesto de manifiesto la importancia de esta colaboración para alcanzar los objetivos de salud a los que la sociedad madrileña tiene derecho. Y a la vista de la realidad que vivimos, se han evidenciado carencias estructurales que hay que corregir para que el desarrollo de esta actividad sociosanitaria alcance los niveles de eficiencia que demandan los objetivos que se persiguen.

Por ello, hemos procurado no solo poner de manifiesto los problemas; que, sin duda se pueden solventar de una forma armónica si realmente estamos dispuestos a ello, sino que hay varios capítulos dedicados a propuestas, iniciativas concretas, alternativas, que una organización empresarial debe poner siempre de manifiesto, como elemento básico de vertebración de la sociedad civil que es.

Es, por tanto, también, un documento de análisis previo al debate necesario que, en los próximos tiempos, una vez recuperada la normalidad después de un problema sanitario de envergadura como el que estamos atravesando, nos permita a la luz de esta experiencia tomar las decisiones necesarias para que las disfunciones evidenciadas no vuelvan a aparecer.

El libro, fruto del trabajo de instituciones y empresas vinculadas a CEIM, goza precisamente de la independencia de criterio que todas ellas han volcado en su trabajo. Si a esto unimos la libertad con la que se han manifestado, nos encontramos con un documento de una gran importancia,

no solo por el posicionamiento de los empresarios del sector, sino por la puesta en escena de temas que, sin duda, habrá que abordar desde el conocimiento de lo que ha sido la realidad de cómo se han desarrollado los acontecimientos.

OBJETIVO DEL INFORME.

Es importante partir de una definición del espacio de atención socio-sanitaria, para lo que utilizaremos el artículo 14.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que lo define como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Por ello, el presente estudio comienza identificando los grandes bloques de materias que conectan la esfera pública y privada en materia sociosanitaria y se estructura en los siguientes capítulos:



El análisis se divide en los mencionados capítulos, siendo el primero una referencia general a los elementos económicos que caracterizan la colaboración público-privada en diferentes esferas sociales.

El apartado segundo analiza las formas de gestión de la asistencia sanitaria, principalmente hospitalaria, en la Comunidad de Madrid, así como su contribución a la salud, la satisfacción del paciente y el ahorro que genera en las arcas públicas.

El tercero identifica los aspectos relativos a la atención a las personas en situación de dependencia, verdadera clave en relación a la conciliación y adaptación de la sociedad al envejecimiento de la población. Se trata, sin duda, de un reto para los sistemas de protección sanitaria y asistencial.

En el capítulo cuarto se afronta un tema sanitario específico, como es la farmacia, donde la colaboración público-privada es un éxito desde hace décadas, tanto a nivel de dispensación como de investigación, si bien

existen disfunciones que paulatinamente han de ajustarse, de manera que se equilibre la libertad de empresa con adecuada distribución y servicio farmacéuticos.

Seguidamente, se realiza una referencia a la importancia de la investigación y la tecnología sanitaria, así como la capacidad industrial farmacéutica de nuestra región.

El sexto aborda otra clásica colaboración, la del mutualismo laboral, que también ofrece un extraordinario balance, tanto en calidad en la gestión sanitaria como en ahorro de costes y contribución a la sostenibilidad de la Seguridad Social.

El séptimo apartado afronta uno de los retos principales que tiene nuestra sociedad: el envejecimiento de la población. En este ámbito, el campo de la iniciativa privada es enorme y creciente, ya que el envejecimiento activo es la clave para afrontar con salud y bienestar las últimas etapas de la vida.

En el Capítulo VIII, examinamos específicamente las políticas públicas de la Comunidad de Madrid que tienen como finalidad abordar algún aspecto de la colaboración público-privada en estos sectores y, en concreto, la participación de CEIM en su diseño.

Termina el informe con las principales conclusiones extraídas a partir de la información analizada a lo largo del trabajo y las propuestas desde la perspectiva empresarial.

Estas conclusiones de CEIM se trasladan a los responsables políticos en estas materias, así como a la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE).

No habría sido posible este estudio sin la generosa contribución de los miembros de la Comisión y, de entre ellos, en particular un reducido grupo de expertos sectoriales que se ha reunido dos veces para enriquecer notablemente este documento, a quienes CEIM agradece su dedicación y esfuerzo: Grupo Senda, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN), FARMAINDUSTRIA, Asociación de Farmacéuticos de la Comunidad de Madrid (ADEFARMA), Asociación Madrileña de Empresas de Atención a la Dependencia (AMADE), Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) y Asociación de Hospitales Privados de Madrid.

CEIM, con este trabajo, que en parte ha utilizado datos del Informe de Demografía elaborado por esta misma Confederación, pretende situar en primera línea de la agenda política la necesidad de articular un modelo eficiente de colaboración público-privada que abarque los diferentes

aspectos de la protección social, de manera que ésta sea sostenible, satisfactoria y equitativa, en un entorno presidido por el envejecimiento demográfico.

No olvidemos que la dimensión de la salud, junto con el empleo, la educación, la vivienda y la participación familiar y social, son elementos indisolubles para evitar la exclusión social y la vulnerabilidad.

Nos alineamos, pues con diversos objetivos de desarrollo sostenible:

- Mejorar la Salud y el bienestar (ODS 3).
- Fortalecer el papel de la industria y la innovación farmacéutica (ODS 9).
- Reducción de las desigualdades (ODS 10).
- Promoción de ciudades amigables y sostenibles (ODS 11).
- Realizar alianzas y espacios de colaboración (ODS 17).

CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO. ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LOS ÁMBITOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

Es un hecho que la protección social en España tiene una amplia extensión y la realidad de la colaboración de la esfera privada queda, a día de hoy, fuera de duda tanto en el sector de los cuidados a dependientes como en el sanitario.

El ejemplo de la pandemia producida por la Covid-19 irrumpió súbitamente en la estructura sociosanitaria de todos los países del mundo y, debido a las características del contagio del virus, de forma particular en las grandes ciudades del mundo, como Madrid.

Han sido enormes las implicaciones que derivaron del gran reto de esta enfermedad, tanto a nivel sanitario y asistencial, como en su vertiente económica y social.

En todo caso, sí es claro que el fortalecimiento del sistema sociosanitario, en el que la colaboración público-privada es clave, ahora es una demanda social más acuciante y se ha hecho todavía más patente tras la pandemia. Se valora más el carácter esencial de las empresas y trabajadores que desde diversos ámbitos de dicho sistema han contribuido a evitar los contagios, salvar vidas y consolidar un marco de atención de calidad a las personas mayores.

Así las cosas, la sostenibilidad del Sistema Sanitario y de Seguridad Social tiene un reto importante, como es el incremento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población, por lo que es urgente afrontar esta situación y dar solución a las dificultades que derivan de esta situación de hecho como son el fenómeno de la cronicidad, la polipatología y la fragilidad del individuo.

Salvaguardando el sistema sanitario universal, equitativo y de financiación pública, es necesario apostar por un ámbito sociosanitario más eficiente, sin generar tensiones ideológicas que solamente perjudican a los ciudadanos.

A la vez, es necesario evitar episodios de morosidad por parte de las Administraciones con las empresas proveedoras y prestadoras de servicios sociosanitarios, puesto que ello, aunque no pone en riesgo la calidad, sí que compromete la viabilidad de las compañías que prestan estos servicios,

puesto que dificulta su acceso a la financiación y aboca a la desaparición de algunas de estas empresas.

La gestión en el ámbito sociosanitario es muy delicada, porque afecta a asuntos sensibles derivados del hecho de que se atiende a las personas vulnerables, ya sea socialmente, ya por razones de salud o incluso ambos a la vez.

Partimos además de instituciones históricas donde la asistencia sanitaria filantrópica o de base predominantemente profesional han evolucionado para atender demandas de carácter universalista, que han de conjugar variados modos de gestión. De ahí, que jurídicamente existan numerosas formas de participación, diferentes titularidades y todo ello aderezado con un complicadísimo reparto competencial.

En estos momentos la colaboración público-privada en aspectos sociosanitarios abarca en general todos los elementos que evitan la exclusión social, siendo especialmente significativas las colaboraciones de empresas privadas en la detección e incluso el tratamiento de adicciones y, en el ámbito general de la prevención de riesgos laborales, la seguridad y salud en el puesto de trabajo, colaborando en el desarrollo de hábitos saludables, fomentando el deporte y las habilidades sociales, incluyendo en ocasiones otros aspectos relacionados con la responsabilidad social corporativa y el voluntariado (acción social), contribuyendo a la recuperación y reinserción en materia de salud mental.

Es oportuno subrayar que todas las comunidades autónomas tienen competencias para gestionar numerosos elementos que vienen a introducir equidad en el conjunto de la sociedad, que pueden dividirse en tres ámbitos: Sanidad, Educación y Asuntos sociales.

A este respecto, según Hernández Pedreño (2019: 298 y 308), Madrid y Navarra son las regiones más eficientes, teniendo en cuenta indicadores que en el ámbito de la sanidad valoran el grado de satisfacción con el Sistema Nacional de Salud, las camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes y los años de vida saludable a partir de los 65 años; mientras que en el ámbito de la protección social se ha tenido en cuenta el porcentaje de población sin riesgo de pobreza severa, el porcentaje de trabajadores pobres y la cifra de hogares cuyos gastos en vivienda no suponen una carga pesada.

A pesar de todo ello, desde el comienzo de la crisis económica en el tercer trimestre de 2007, la lógica de la austeridad pública se ha compaginado con un fuerte componente ideológico en contra de la colaboración público-privada en diferentes ámbitos (educación, sanidad, asistencia social, etc.).

Sin embargo, el volumen de la colaboración privada en el sector socio-sanitario y, principalmente, su eficiencia y grado de ahorro de costes al erario público, tienen tal magnitud que, independientemente de los cambios políticos que se van produciendo, el valor principal de aseguramiento de las prestaciones sociales a los ciudadanos prevalece y justifica el mantenimiento de tal colaboración.

En otras palabras, el fortalecimiento de la Sanidad pública requiere una potente colaboración con el sector privado, dadas las ventajas sistemáticas que esta relación aporta y que se van a analizar en las siguientes páginas.

Cuadro 1. Esquema de las prestaciones sociales.

NIVELES	COLECTIVO CUBIERTO	FINANCIACIÓN	PRESTACIONES	GESTIÓN
Básico	Universal	Presupuestos del Generales del Estado	Asistencia sanitaria Ayuda familiar Invalidez Jubilación (prestaciones básicas) Servicios sociales	Sector público
Profesional	Trabajadores	Cotizaciones profesionales	Coberturas complementarias Incapacidad temporal Incapacidad permanente Orfandad y viudedad Desempleo	Sector público o privado con supervisión pública Planes de pensiones colectivos Entidades de seguros Entidades de previsión social
Facultativo y libre	Profesionales libres Autónomos Pequeños industriales, agricultores y comerciantes Trabajadores (prestación voluntaria) Otros colectivos	Aportaciones voluntarias con bonificaciones fiscales	Prestaciones complementarias, voluntarias y libres	Sector privado Planes de pensiones individuales Entidades de seguros Entidades de previsión social

Fuente: Fundación IVERCO (2017:17).

Se pretende así, con este trabajo, contribuir a tener elementos que ayuden a realizar una reflexión sosegada, que ineludiblemente pasa por fortalecer y sostener las prestaciones públicas sociosanitarias como verdadero eje

vertebrador del Estado y de la convivencia, pero ello a través de la lógica colaboración privada, que tiene indudables beneficios para la libertad de los ciudadanos, el avance en la investigación y la capacidad de adaptación, repercusión en el empleo y sostenibilidad.

Los elementos de control en la gestión y la transparencia han de estar presentes de forma intensa en esta colaboración, de forma que la supervisión pública garantice que efectivamente se prestan los servicios públicos de gestión privada con la finalidad de servicio que justifica su origen.

Quienes argumentan contra la colaboración de empresas privadas en el ámbito sociosanitario lastrarían enormemente las cuentas públicas, irían contra la libertad de empresa (artículos 38 de la Constitución y 89 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad) y no tendrían presente que la gestión privada en nada afecta a la adecuada y supervisada actuación sobre el colectivo vulnerable, que somos todos.

Cuadro 2. Ventajas de la colaboración público-privada.

Económicas	Flexibilidad en la prestación de servicios	Gestión de personal	Investigación, desarrollo e innovación
Mayor capacidad de inversión sin restricciones presupuestarias o de estabilidad financiera, así como de comparación y margen de negociación de los precios	Capacidad de adaptación a situaciones nuevas	Plantilla ajustada a las necesidades reales y más flexibilidad para cambios de funciones	El entorno de competencia impulsa la innovación

Fuente: Instituto de Estudios Económicos (2018: XVIII y XIX). Elaboración propia.

La lógica búsqueda de beneficios por la empresa privada no obstaculiza la satisfacción del importante interés colectivo en juego (ya sea rehabilitación de accidentados, operaciones quirúrgicas, atención a la dependencia, etc.), dado que existe control por la propia Administración Pública (en el propio acuerdo de gestión y durante su ejecución), transparencia, evaluación por los usuarios y profesionalidad de los trabajadores del sector privado.

Incluso si nos fijamos en lo que se denomina “calidad” en el empleo, en su vertiente de estabilidad en el mismo, precisamente la Administración Pública en estas áreas tiene más temporalidad que el propio sector privado.

Además de la gestión privada de elementos básicos de protección social, es cada vez más importante la tarea de aseguramiento de contingencias

médicas, de cuidados o incluso de complementos a pensiones públicas, que voluntariamente quieren hacer los ciudadanos.

Estas actividades deben promoverse por la Administración Pública porque liberan a medio y largo plazo muchos recursos del sistema público y garantizan una situación de mayor solvencia económica en las últimas etapas de la vida.

En este sentido, en palabras de CEOE (2013:86), “la previsión social complementaria puede ser un elemento positivo de cara a la sostenibilidad de los Sistemas Públicos de Pensiones, pero resulta evidente que esta fórmula de ahorro privado no se ha ido desarrollando suficientemente en el ámbito empresarial, como consecuencia tanto de la complejidad y carga burocrática como de los costes económicos que comporta su promoción, fundamentalmente para las PYMES. Por lo que respecta a previsión complementaria de carácter individual, esta situación se debe al tratamiento fiscal con incentivos insuficientes”.

CAPÍTULO II. LOS CONCIERTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

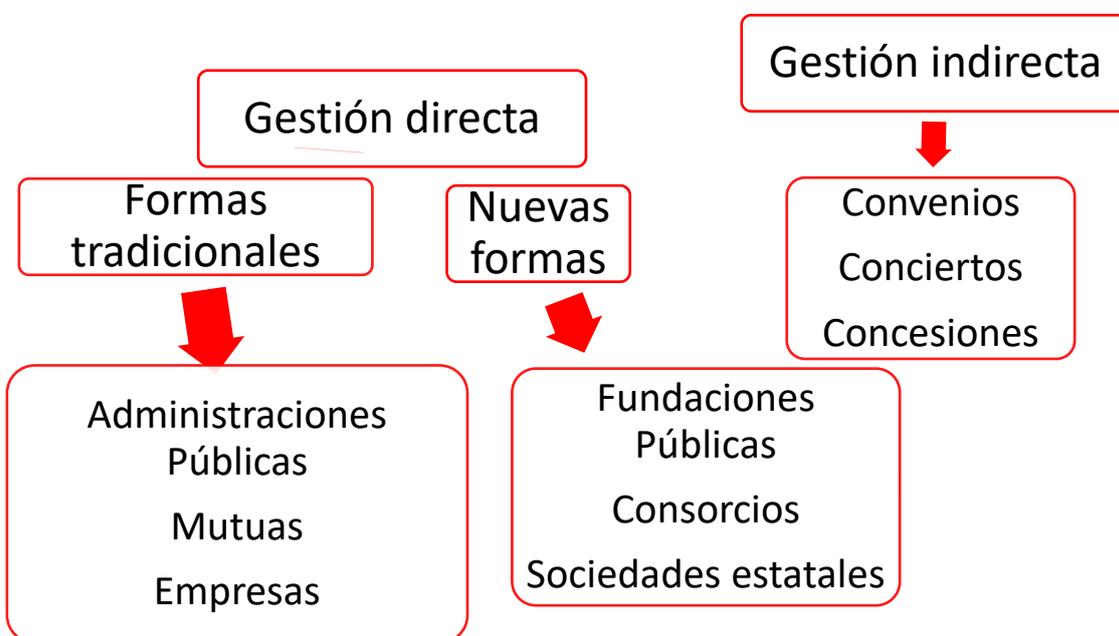
Como indica el Libro Blanco de la Sanidad Privada en la Comunidad de Madrid, realizado por la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de Madrid (2018:12), los centros hospitalarios de la región, tanto públicos como privados, “son un referente a nivel nacional, proporcionando a los ciudadanos una sanidad de muy alto nivel tanto en términos de calidad asistencial como equipamientos”, estando más de un tercio de la población madrileña suscrito al aseguramiento privado sanitario.

Según el citado Libro, este sector presta asistencia en el 59% de los hospitales y tiene un tercio de las camas hospitalarias¹.

Por ello, es oportuno comenzar este capítulo analizando las formas de gestión de la asistencia sanitaria, de forma que podamos ubicar mejor el mapa de la colaboración público-privada en esta materia.

Así, siguiendo a Alonso-Olea (2016:471), podemos utilizar el siguiente esquema de trabajo:

Gráfico 1. Gestión de la asistencia sanitaria de financiación pública en España.



Dentro de las formas tradicionales de gestión directa, se sitúan los servicios de salud de las comunidades autónomas (y del INGESA en Ceuta y Melilla), las Mutuas y las empresas. En cuanto a las empresas, se trata solamente de

¹ Asociación de Hospitales y Clínicas Privadas de Madrid (2018:6).

las que tengan como finalidad propia de su actuación la asistencia sanitaria, tengan una plantilla superior a 250 trabajadores y solamente para prestar asistencia sanitaria por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, permitió la existencia de nuevas formas de gestión directa, si bien siempre bajo titularidad pública.

Más interesante para los Empresarios de Madrid es la posibilidad de realizar gestión indirecta mediante acuerdos, convenios o contratos, previstos en la norma antes citada.

Cabe recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2005 declara que la Constitución no impone la gestión pública exclusiva del sistema de salud, sino que tal carácter no resulta cuestionado por la existencia de fórmulas de gestión y responsabilidad privadas. Así también la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/1994².

De esta forma, los convenios permiten que hospitales generales privados formen parte de la red integrada hospitalaria pública.

La modalidad de colaboración público privada se da cuando la Administración Pública, tras asegurar la utilización óptima de sus recursos sanitarios (artículo 90.1 de la Ley General de Sanidad), concierta con instituciones privadas la prestación de atenciones sanitarias, garantizando la equidad y la no existencia de servicios complementarios.

Por ejemplo, los conciertos establecidos para la agilización de listas de espera diagnósticas o quirúrgicas u otras prestaciones del tipo de transporte sanitario, rehabilitación, hemodiálisis, logopedia o atención a patología mental (entre otras); los conciertos singulares establecidos con hospitales de titularidad privada integrados en la red de utilización pública (Fundación Jiménez Díaz, POVISA, Hospitales Pascual, Hospital de Jové, Cruz Roja, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, etc.), el concierto con el Colegio de Abogados o los que celebran MUFACE, ISFAS y MUGEJU con entidades aseguradoras privadas, a través del modelo de mutualismo administrativo por que los funcionarios de la Administración General del Estado tienen cada año la capacidad de elegir el sistema de provisión y aseguramiento, público o privado, que desean (modelo sustitutivo).

La concesión puede implicar el acuerdo por el cual una entidad privada construye un inmueble destinado a un servicio sanitario que pasa a ser patrimonio público, si bien se otorga su uso al concesionario durante un período temporal variable, que percibe un ingreso, generalmente ajustado a una cápita negociada, por cada paciente atendido.

² Alonso-Olea, B. (2016:484).

Siguiendo a J. Cobo (2019), es necesario referirse a la Public-Private Parthnership, que es un modelo de concesión de obra pública, en este caso hospitales, que permite un riguroso control del déficit público y presencia, en cuanto a su gestión, los siguientes modelos:

Cuadro 3. Modelos de colaboración público privada.

Modelo	Responsabilidad del sector privado	Responsabilidad del sector público
Franquicia Gestión privada de un hospital público	Gestión del hospital público bajo contrato con fondos públicos proporcionando servicios tanto clínicos como no clínicos. También puede poner <i>staff</i>	La autoridad pública contrata a una compañía privada para gestionar un hospital público ya existente. Paga y regula los servicios
Conversión (Australia)	Gestión del hospital. Compra el hospital y continúa trabajando como hospital público bajo contrato	La autoridad pública vende un hospital público a un ente privado
Colocación Ala privada dentro o al lado de un hospital público (Australia, Alemania)	Gestión del sector privado para pacientes privados	Gestión del hospital público para los pacientes públicos y contrata con el ala privada para compartir costes, <i>staff</i> y tecnología
DBFO (<i>design, build, finance, operate</i>) (U.K)	Un consorcio o UTE privado diseña el hospital basado en especificaciones públicas. Construye el hospital, financia el coste y gestiona el hospital proporcionando servicios clínicos, no clínicos o ambos	La autoridad pública saca un concurso con requerimientos específicos La autoridad pública paga posteriormente el capital a largo plazo
BOO (<i>build, own, operate</i>) (Australia)	Construye el hospital Gestiona el hospital Es propietario del hospital	La autoridad pública compra servicios por un periodo fijo de tiempo (30 años), después del cual la propiedad pasa al sector privado
BOOT (Transacción) (<i>build, own, operate, transfer</i>) (Australia)	Construye el hospital Es propietario del hospital por un tiempo y luego revierte la propiedad al sector público Gestiona el hospital	La autoridad pública compra servicios por un periodo fijo de tiempo, después del cual la propiedad revierte al sector público
BOLB (<i>leasing</i>) (<i>buy, own, leaseback</i>) (Australia)	Construye el hospital y lo financia. Es propietario y luego lo cede en <i>leasing</i> al sector público	Compra el hospital en <i>Leasing</i> Gestiona el hospital

BOOA (<i>build, operate, own, agreement</i>) (Modelo Alzira)	Construye el hospital Es propietario del hospital Gestiona el hospital (pago capitativo)	La autoridad pública realiza un contrato con el sector privado para proporcionar cuidados de salud integrales a una población definida mediante pago capitativo
Conversión con venta de un hospital público para uso alternativo	Compra el hospital y lo convierte para uso alternativo	Monitoriza la conversión para asegurar las obligaciones del contrato
<i>Outsourcing</i> de servicios de soporte no clínicos	Proporciona servicios NO-Clínicos, limpieza, catering, seguridad, PKG, mantenimiento aportando personal propio para ello	Proporciona servicios clínicos y el <i>staff</i> Gestiona el hospital
<i>Outsourcing</i> de servicios clínicos de soporte	Proporciona servicios clínicos de soporte como Radiología o Laboratorio	Gestiona el hospital y proporciona los servicios clínicos especializados
<i>Outsourcing</i> de servicios clínicos especializados	Proporciona servicios clínicos especializados (ejemplo Litotricia) o procedimientos rutinarios (extracción de cataratas)	Gestiona el hospital y proporciona la mayoría de los servicios clínicos

Fuente: F. Cobo (2019).

Como se lee en el Libro Blanco de la Sanidad de CEOE, “el sector sanitario privado no solo coexiste con el sector público, sino que además colabora con él, le complementa y ayuda a atender la demanda asistencial. Conviene recordar que, en España, según los datos que figuran en el Informe de la Fundación IDIS “Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de la Situación 2019”, el año 2018 acabó con más de 10’3 millones de asegurados en el ramo Salud, incluyendo en los mismos más de 1’8 millones de funcionarios (Mutualismo Administrativo).

De hecho, pueden compendiarse los efectos positivos del sector privado en la Sanidad:

Cuadro 4. Efectos positivos del sector privado en la Sanidad.

Representa un elevado peso en el sector productivo español	Libera recursos de la sanidad pública	Mejora la accesibilidad de la población a la asistencia sanitaria a través de una amplia y variada red de centros	Colabora con el sistema público a través de concertos, mutualismo administrativo y concesiones administrativas, que incluyen la gestión de servicios sanitarios
Desarrolla una actividad de alta complejidad a través de avances tecnológicos	Persigue la mejora continua de la calidad en la prestación asistencial	Genera empleo y contribuye a la formación de los profesionales sanitarios	Es un motor en la investigación

Fuente: CEOE (2016:67 y 68).

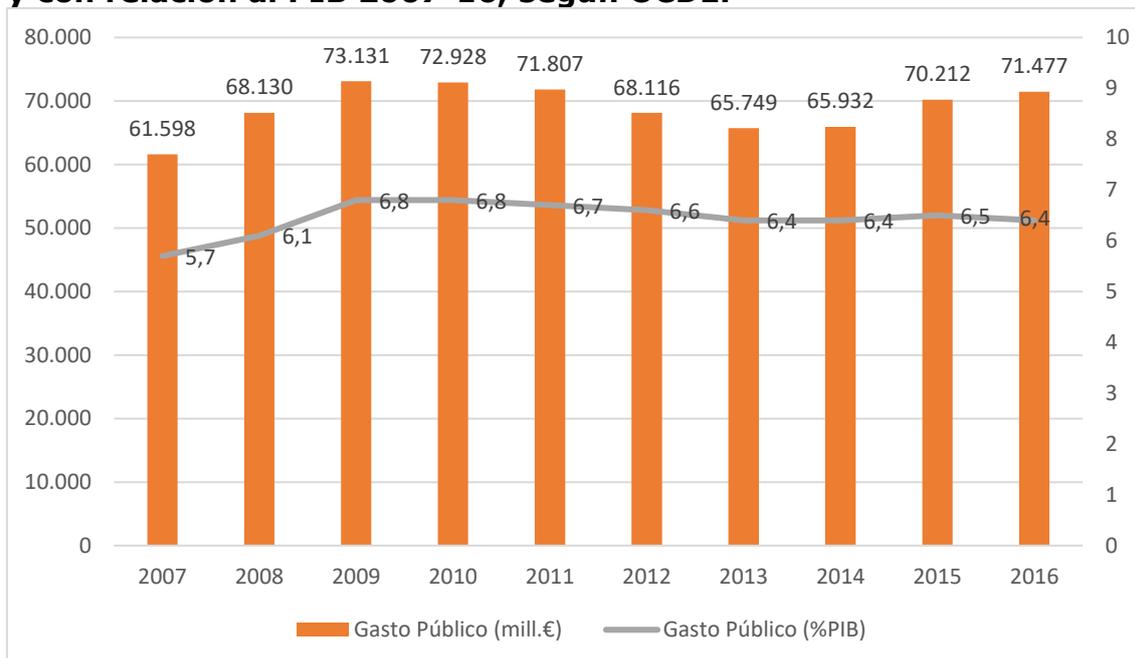
Se estima que actualmente alcanza una cifra superior a 8.300 millones de euros anuales en primas el volumen de contratación de seguros privados de salud, en su mayor parte duplicados del seguro público (salvo los que optan por aquella en MUFACE, ISFAS o MUGEGU, que en su caso es sustitutivo). Así, son ya más de 8'5 millones de españoles cubiertos por seguro privado complementario a junio de 2019³.

Junto a ello, la cifra de hospitales (no camas) privados es mayor que la de públicos, y numerosos establecimientos privados atienden todo tipo de dolencias que no precisan ingreso del paciente en un alto porcentaje. Por tanto, el sector privado descarga al Sistema Público de Salud de buena parte del coste, estimado entre 4.800 y casi 10.000 millones de euros, según se realice un uso mixto, público y privado o exclusivamente privado, lo que facilita una cobertura prácticamente universal de la sanidad a día de hoy sostenible⁴, a pesar de que, como figura en el Acuerdo de la Conferencia de Presidentes Autonómicos sobre la Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico, de 17 de enero de 2017, se indica que "es evidente la incidencia del cambio demográfico sobre la sostenibilidad del Estado del Bienestar, fundamentalmente por la presión sobre los sistemas de pensiones, de salud y sobre los servicios sociales de atención a las personas mayores y a las personas dependientes".

³ Informe ICEA.

⁴ En este sentido, CEOE (2016:47 y 48).

Gráfico 2. Evolución del gasto sanitario público en millones de euros y con relación al PIB 2007-16, según OCDE.



Fuente: IDIS (2019).

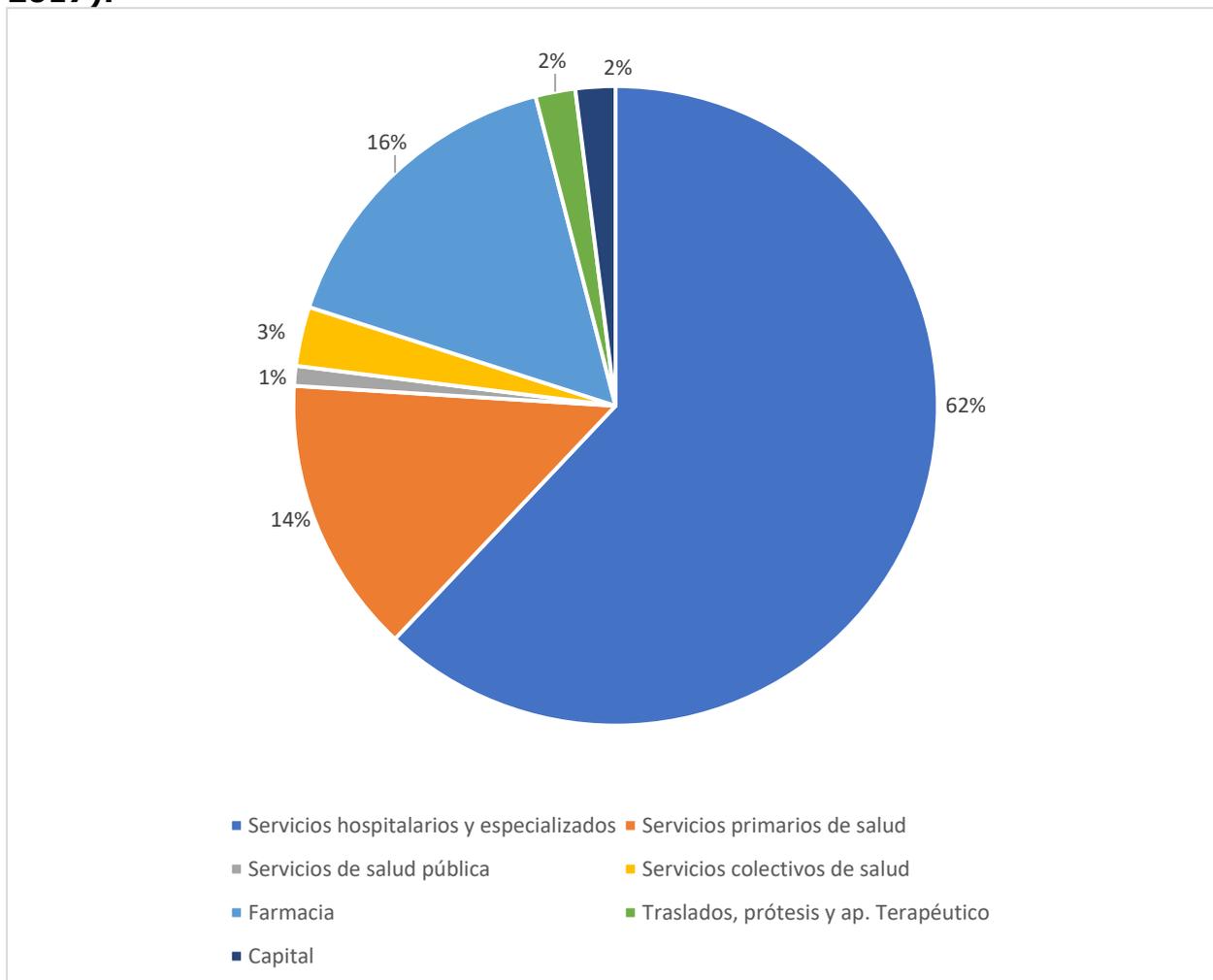
El gasto sanitario público en España ha pasado de 38'5 mil millones de euros en 2002 a alcanzar su cénit en 2009, superando los 73'1 mil millones y cerró 2017 con 68'5 mil millones de euros⁵.

La colaboración público-privada en el sector de hospitalización es clave para optimizar la utilización de los recursos, máxime cuando el artículo 48.3 de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público indica que "la suscripción de convenios deberá mejorar la eficiencia de la gestión pública, facilitar la utilización conjunta de medios y servicios públicos, contribuir a la realización de actividades de utilidad pública y cumplir con la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera".

Por lo tanto, transparencia en la gestión económica (desde su propio origen), resultados sanitarios y de salud y la excelencia en todo el proceso asistencial con la mirada puesta en la satisfacción de las necesidades del paciente medida a través de su experiencia a lo largo de los diferentes momentos y etapas vividas en su contacto con el sistema son las características de esta participación del ámbito privado en la Sanidad pública.

⁵ CES (2019: 767).

Gráfico 3. Estructura del gasto sanitario público en España (datos de 2017).



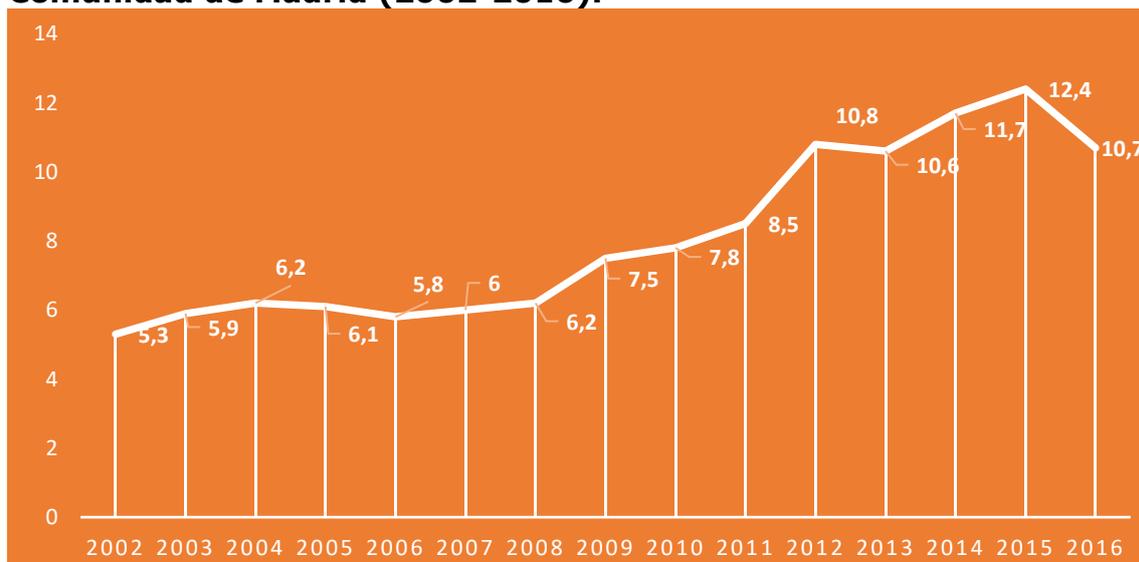
Fuente: CES (2019:768).

Como se indica en el Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid, este sector cuenta con “más de la mitad de los equipos de resonancia magnética y de litotricia; y casi el 50% de los equipos de tomografía por emisión de positrones, mamógrafos y densitómetros óseos”. Así que, “gracias a la adquisición de estos equipamientos tan punteros, los hospitales privados atienden gran cantidad de pruebas diagnósticas y realizan cirugía de alta complejidad en Madrid., ya que “el sector sanitario privada de Madrid apuesta claramente por la implantación e inversión en alta tecnología”⁶. Esta tecnología, con clara disponibilidad de recursos, está a disposición pública a través de concertos, lo que incide en dos aspectos fundamentales: el acceso y la equidad. Es decir, en que todos los ciudadanos tengamos las mismas oportunidades independientemente del territorio en que vivamos.

⁶ Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de Madrid (2018:29).

Entre las ventajas que genera el sistema sanitario privado está la actividad de alta complejidad a través de avances tecnológicos⁷. Así, conviene resaltar la disponibilidad en la Comunidad de Madrid de 13 robots quirúrgicos tipo Da Vinci, el primer PET-RM o las dos primeras Terapias de Protones del país, de próxima apertura, todas ellas innovaciones implantadas en el sector privado.

Gráfico 4. Porcentaje de gasto sanitario público en concertos en la Comunidad de Madrid (2002-2016).



Fuente: Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de Madrid (2018:34).

Remarquemos que los artículos 66 y 67 de la Ley General de Sanidad habilita la vinculación del sector sanitario privado al Sistema Nacional de Salud a través de convenios singulares.

Los cinco hospitales de la red pública madrileña de gestión privada bajo este modelo de colaboración son la Fundación Jiménez Díaz, el Hospital Rey Juan Carlos y los Hospitales de Collado Villalba, Torrejón y Valdemoro.

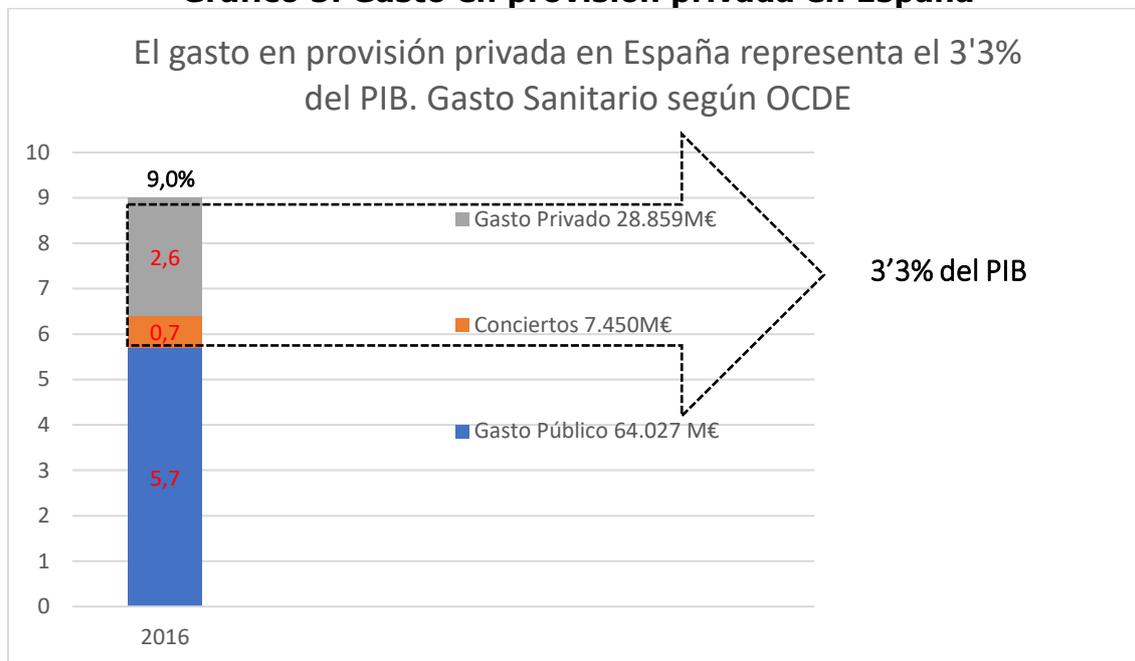
En este contexto colaborativo es determinante ser especialmente rigurosos a la hora de comparar indicadores como la Unidad de Complejidad Hospitalaria, de forma que los costes que se reflejen sean homologables entre sanidad pública y privada.

Según la Fundación IDIS (2019:8), "procediendo a la suma del gasto de concertos al gasto sanitario privado, se concluye que el gasto sanitario total nacional en provisión privada, según las estimaciones realizadas, asciende

⁷ Así, en la Jornada sobre Alta Complejidad Médica, celebrada el 16 de octubre de 2019, organizada por la Fundación Global Salud y la Alianza por la Sanidad Privada Española, se debatió sobre alta complejidad médica en cirugía maxilofacial de última tecnología, cirugía compleja con radiación de electrones mediante miniaturización de acelerador lineal, cirugía de columna y la neuronavegación aplicada a la Cirugía Endoscópica Biportal.

al 3,3% del PIB en 2016, lo que supone un gasto aproximado de 36.309 millones de euros”.

Gráfico 5. Gasto en provisión privada en España



Fuente: IDIS (2019).

Si ponemos nuestra atención en la demora en el acceso, resulta clave la colaboración privada en la reducción de las listas de espera quirúrgica, consulta especializada y pruebas diagnósticas fundamentalmente.

Como bien indica CEOE (2018:11), “la mejor gestión del coste laboral y del horario de prestación del servicio se ven reforzados por el hecho de que, habitualmente, los servicios prestados por gestores privados presentan unos menores índices de absentismo (como consecuencia de las medidas adoptadas para su control y reducción progresiva), y que las plantillas acostumbran a estar más ajustadas al personal estrictamente necesario para el desarrollo de los diferentes servicios”.

Además, conviene tener presente la cuantía de los conciertos con entidades privadas para hacerse una idea del volumen de empleo generado por esta colaboración.

Cuadro 5. Evolución de las listas de espera quirúrgica y de atención especializada.

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 habitantes	9'11	9'83	11'71	11'82	12'34	11'4	12'21	12'68	13'43	12'95
Pacientes en espera para consultas especializadas por mil habitantes	40'24	30	36'1	35'94	39'03	39'43	43'35	40'91	43'86	43'06
Tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes (días)	70	65	73	76	98	87	89	83	104	93
Tiempos de espera para consultas especializadas (días)	59	53	58	53	67	65	58	52	58	57

Fuente: CES (2019:760).

Según la Fundación IDIS (2019:9, 10 y 16), hay que tener presente la siguiente realidad:

- a) "España cuenta con 8,5 millones de asegurados que contribuyen a la descarga y al ahorro del sistema público, ya que, al tratarse de un modelo de doble aseguramiento, los ciudadanos que cuentan con un seguro privado no consumen, o consumen solo en parte, recursos de la sanidad pública"⁸, por lo que puede estimarse que "el aseguramiento sanitario privado ahorra al Sistema Nacional de Salud hasta 1.224 euros por paciente al año".
- b) "Madrid, País Vasco y Cataluña son las comunidades autónomas que registran los gastos per cápita privados más elevados con 750 euros, 687 euros y 673 euros respectivamente. En el lado opuesto se sitúan Extremadura, Cantabria y Castilla-La Mancha con 404 euros, 413 euros y 420 euros respectivamente".
- c) "El sector hospitalario privado cuenta con un total de 460 hospitales en España, que representan el 58% del total de los centros hospitalarios de

⁸ Fundación IDIS (2019:9).

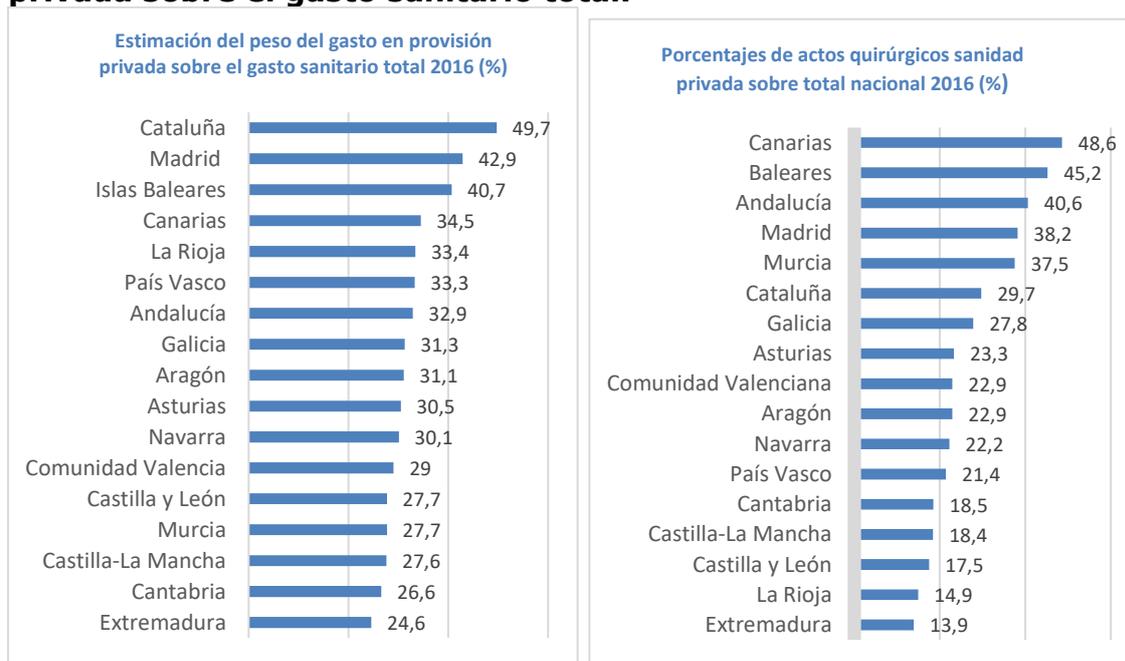
nuestro país, con una dotación de 51.373 camas, que suponen el 32% del total de camas existentes”.

Cuadro 6. Presupuesto de los conciertos con entidades privadas en la Comunidad de Madrid, 2019.

Concepto	2019
Drogodependencia	7.980.500
Atención primaria	2.600.000
Salud mental	32.780.210
Atención especializada	815.621.853
Hemodiálisis	24.351.011
Transporte	52.044.584
Diagnóstico, tratamientos y terapias	32.616.801
Otras asistencias sanitarias	2.299.443
TOTAL	970.344.299

Fuente: Fundación IDIS (2019:5). Elaboración propia.

Gráfico 6. Peso del gasto y de los actos quirúrgicos en provisión privada sobre el gasto sanitario total.



Fuente: IDIS (2019).

d) El turismo sanitario debe una gran oportunidad de desarrollo y crecimiento para el sector sanitario privado, que aspira a mejorar su posicionamiento internacional no solo en el ámbito de la sanidad privada sino también en el sector turístico.

e) “El sector sanitario privado es un motor generador de empleo en nuestro país, empleando a 266.728 profesionales en todas las actividades del sector, ofreciendo año tras año nuevos puestos de trabajo de alta cualificación. De los 266.728 profesionales que forman parte del sector

sanitario privado, se estima que el 65% (172.823) trabaja en el ámbito extrahospitalario y el 35% (93.905) lo hace en el ámbito hospitalario”.

Por tanto, la sanidad privada contribuye decisivamente a la viabilidad económica del sistema sanitario público, ya que realiza el 24% de los ingresos, el 18’2% de las estancias, el 19’1% de las consultas, el 24’1% de las urgencias y el 30’9% de las intervenciones quirúrgicas⁹.

Ello se puso de manifiesto especialmente durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020. En dicho trimestre, el más duro de la pandemia provocada por la Covid-19, el sector privado sanitario de la Comunidad de Madrid atendió a 9.300 pacientes (un 25% del total) y además a 5.000 pacientes en centros públicos de gestión privada. Estos datos representan que el 40% del total de personas enfermas se han atendido en centros privados o públicos de gestión privada. Además, el total de los actos médicos privados realizados para la atención de las patologías derivadas de la pandemia se contabiliza en más de 60.000.

La sanidad privada madrileña, en los meses mencionados, contrató a más de 1.500 profesionales y realizado inversiones tanto en la ampliación de las UCIS como en la adquisición de material necesario específico de protección¹⁰.

En palabras de la Fundación IDIS (2020), “la cooperación entre la red sanitaria pública y la privada ha sido ejemplar” y se ha hecho efectiva a través de las siguientes líneas de trabajo:

Cuadro 7. Aportación del sector de la hospitalización privada durante la pandemia.

Disponibilidad total para colaborar con la Administración Pública
Ampliación de plantillas
Reprogramación de la actividad
Clausura de algunos servicios no vinculados a la situación epidemiológica
Adaptación de espacios para atender pacientes
Adquisición de equipamiento
Implementación de estrategias para atender a mayor número de pacientes (telemedicina y teleconsultas)

Fuente: Fundación IDIS (2020). Elaboración propia.

Por otro lado, en lo que al Sector del Seguro se refiere, las entidades aseguradoras del ramo de salud han colaborado eficazmente en el tratamiento de los enfermos por coronavirus, suponiendo casi 17.000

⁹ Fundación IDIS (2019:37).

¹⁰ La Fundación IDIS (2020) indica que “los centros hospitalarios privados han ampliado plantillas, reprogramado su actividad, adaptando espacios, adquirido equipamientos y clausurado servicios no vinculados a Covid-19 para poder atender a los pacientes hospitalizados con coronavirus, con un especial refuerzo en los ingresados en UCIs”.

ingresos hospitalarios, realizando más de 110.000 test, resolviendo más de 1.600.000 consultas de telemedicina.

Además, el Sector del Seguro ha realizado donaciones para la investigación y adquisición de equipamiento y material en relación con esta pandemia en una cuantía cercana a los 25'5 millones de euros.

Finalmente, las entidades aseguradoras, a través de UNESPA, han configurado un seguro colectivo para el personal sanitario de primera línea frente al coronavirus por una cuantía de más de 38 millones de euros¹¹.

¹¹ Datos recogidos de Fundación IDIS (2020).

CAPÍTULO III. COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN EL MODELO SOCIOSANITARIO.

Los actuales cambios sociales en la estructura familiar, integrada progresivamente por menos miembros, donde con frecuencia ambos componentes de las parejas tienen trabajo y se incrementa la cifra de familias monoparentales, podemos apreciar dificultades serias para desarrollar las tareas de la vida cotidiana en relación con el cuidado de los hijos, personas mayores o personas dependientes.

Durante la pandemia sufrida se hizo imprescindible agradecer al sector sociosanitario su implicación en evitar el contagio de las personas mayores. En la medida de lo posible y al principio sin la información ni protocolos adecuadamente definidos por las autoridades sanitarias ni los medios de protección necesarios, las empresas, gestores y trabajadores del Sector demostraron una profesionalidad y humanidad que toda la sociedad debe valorar¹².

Hay que recordar, además, que el Sector se anticipó a las medidas políticas de restricciones de actividades y movilidad, limitando severamente las visitas a los residentes, antes del confinamiento generalizado, para evitar la propagación del virus.

Esa pandemia se presentó de una manera imprevista. Ningún sector estaba lo suficientemente preparado. El sector de atención a los mayores ha tenido que atender a un colectivo, ya de por sí vulnerable, que lo ha sido aún más durante esta pandemia. Ha sido el gran aliado de la Sanidad Pública, a pesar de que su labor no es la de curar, sino la de cuidar.

Lo sucedido ha generado una crisis sanitaria sin precedentes y la realidad es que, desde el inicio de esta pandemia, se realizó un exhaustivo trabajo para gestionar los servicios de atención a los mayores, cumpliendo de la manera más estricta todos los protocolos que se iban dictando, e incluso adelantándose en ocasiones a los mismos, con el único objetivo de salvaguardar la salud de los mayores de este país.

Teniendo en cuenta que el cuidado de los mayores ocupa un lugar esencial en cualquier sociedad y ha de ser un valor básico en la Comunidad de Madrid, es necesario articular urgentemente medidas de estímulo a la formación universitaria en gerontología, particularmente en cuidados de

¹² Sobre la toma de decisiones durante la pandemia, véase Montalvo Jääskeläinen, J. (2020).

enfermería, de forma que las residencias no se hallen con dificultades para encontrar profesionales adecuados y motivados.

La experiencia ha hecho patente la necesidad de contar con un sistema sólido, en el que se considere a las entidades representativas del Sector como interlocutores necesarios. Para ello, son básicas cinco cuestiones:

1.- **Sistema de alertas tempranas.** El Sector debe recibir la voz de alarma en cuanto surjan los primeros casos de una enfermedad altamente contagiosa. Todos los centros residenciales deben conocerlo de inmediato; evitándose una demora en la capacidad de respuesta por el desconocimiento.

2.- **Test masivo.** Imprescindible contar con las pruebas necesarias para realizar tanto a los residentes como a los profesionales del sector, siempre que se considere necesario.

3.- **Sectorización y Sistema de acreditación** de todos los centros de manera adecuada, y actuando en función de la realidad y posibilidades, tanto asistenciales, como arquitectónicas de cada uno de ellos, en las que se tenga en cuenta la amplia tipología de centros existentes. En este sentido, es necesario un sistema de acreditación, ya que tal y como se ha evidenciado, ni todas las residencias son iguales, ni todas ellas ofrecen los mismos servicios, ni con igual intensidad; Y, por supuesto, no todas ellas disponen de iguales recursos para hacer frente a situaciones excepcionales de emergencia sanitaria como la que se ha producido, ni como las que pudieran producirse en un futuro.

4.- **Equipos de protección individual.** Si bien su disponibilidad es una competencia de las empresas, ante una situación de saturación como la que se produjo en marzo de 2020, las Administraciones Públicas deben contar con un stock de seguridad que impida el desabastecimiento del mercado.

5.- **Coordinación socio sanitaria.** Es evidente que los centros residenciales necesitan del apoyo del Sistema Público de Salud para poder ofrecer asistencia sanitaria a las personas mayores. Ha de contarse con un plan de contingencia individualizado para cada centro, donde se fije quién va a proporcionar la atención en caso de ser necesario, cómo, y cuál es el plazo de respuesta estimado y, sobre todo, un sistema de derivación hospitalaria homogéneo y definido¹³.

¹³ Entre las Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica, aprobadas por el Congreso de los Diputados el 29 de julio de 2020, figura: “Crear un órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a la dependencia, encargado de: A) planificar de forma conjunta los cuidados de larga

Por otro lado, es necesario que la experiencia de los profesionales en los centros privados se compute en la valoración para ocupar en el futuro plazas públicas puesto que, de lo contrario, cualquier oportunidad de trabajo en el sector público o en el extranjero vacía de hecho las residencias privadas.

En este sentido, es imprescindible hacer un esfuerzo para incrementar la calidad del sistema de cuidados que tenemos en España, para lo que debe vertebrarse un plan en el que sea prioritario mejorar la calidad del empleo de los trabajadores del sector.

Es necesaria una financiación adecuada que permita mejorar ostensiblemente las retribuciones del personal, de manera que este sector se convierta en un sector atractivo y que más allá de su componente vocacional, suponga un sector en el que exista el mismo, o semejante reconocimiento social que se presupone a los trabajadores sanitarios.

Para ello es básico que se apueste por una mayor profesionalización del sector y se busquen vías de formación suficiente que faciliten la entrada de trabajadores en el mismo, siendo un sector que genera un empleo estable, eminentemente feminizado y local, lo que claramente supone una contribución a la tan dañada economía de este país.

El residente estándar, requiere una asistencia cada vez más sanitaria, con mayor presencia de médicos y personal de enfermería que va más allá del carácter eminentemente social que tenían con anterioridad los centros residenciales.

El modelo creado en 2006 nos sirvió en su momento, pero ahora es necesario diseñar el modelo del futuro, donde se preste una atención mucho más globalizada y adaptada a los nuevos perfiles, contando con una historia clínica compartida, una gestión adecuada de los servicios de farmacia, una acreditación de los centros para ver qué tipo de atención pueden ofrecer, y que suponga la coexistencia de distintas tipologías de centros residenciales que se adapten a las necesidades concretas de cada usuario.

Entendemos clave, por tanto, garantizar una atención sanitaria para todas las personas mayores y asegurarnos de que sus necesidades médicas y sociales están cubiertas, por lo que toca rediseñar el futuro y poner en marcha el espacio socio sanitario del que tanto se ha venido hablando en los últimos años y por supuesto, trabajar desde ya, en la actualización y

duración, B) establecer un sistema integrado de información, C) velar por la calidad de las prestaciones y D) definir los protocolos a seguir en caso de crisis sanitarias como la actual”.

creación de protocolos de actuación concretos y específicos para cada centro. De manera que en caso de futuro rebrote, este plenamente definida cual deber ser la actuación que debe llevarse a cabo.

Por tanto, la medicalización de las residencias es una cuestión que debe ser estudiada en detenimiento, y para la que no todos los centros se encuentran ni reparados ni en disposición de estarlo, siendo lo conveniente abrir una vía de convivencia de ambos modelos.

Hay que tener en cuenta que muchas residencias son atractivas precisamente porque ofrecen a las personas mayores un entorno lo más parecido a un hogar y, por tanto, diferente a las restricciones lógicas del entorno hospitalario.

Ya que la casuística es tan variada, habrá que determinar cuándo las personas mayores necesitan medicalización específica y continua y diferenciarlo de las estancias más pertenecientes a la esfera de la decisión privada de contar con elementos más propios de la hostelería, la comodidad y la seguridad.

En todo caso, es necesario fortalecer la coordinación con Atención Primaria, reajustar el coste de los conciertos en función de los servicios que da la residencia o el centro y, en este sentido, abordar desde ya la posibilidad de rebrotes de esta pandemia u otra que pudiera generarse. Ya no es excusa el hecho de que no lo podemos prever. Al contrario, es un acicate para tener previstos y analizados protocolos urgentes y eficaces de derivación al Sistema Sanitario en el caso de personas en centros no medicalizados.

El 20 de julio de 2020, Sindicatos, AESTE y ASADE presentaron un Plan que reivindica más financiación y coordinación sociosanitaria.

Se trata de un Plan de Choque para asegurar la suficiencia de las prestaciones del Sistema de Dependencia se resume en los siguientes puntos:

1º) Recuperar la calidad de la atención como eje articulador y objetivo prioritario del Sistema de Dependencia, así como la mejora de la calidad en el empleo, imprescindible para prestar una atención de calidad.

2º) Liderar y hacer un seguimiento desde el Gobierno central del proceso, que marcará la agenda de trabajo con el resto de administraciones y actores implicados, garantizando su cumplimiento y recuperando el nivel de financiación vinculado a los compromisos de dicha agenda.

3º) Evaluar el proceso de implantación del SAAD con la participación del conjunto de administraciones y actores implicados y realizar una auditoría

para conocer los efectos de la crisis sanitaria en el sistema y la respuesta que se ha dado desde los distintos centros y servicios que lo conforman.

4º) Revertir los recortes impuestos durante la crisis anterior mejorando la financiación del SAAD y revisar tanto el catálogo de prestaciones como los requisitos para la acreditación. Entre estos requisitos están la adecuación de las ratios profesionales, desglosadas por categorías profesionales, a los cuidados que precisan los usuarios tanto en volumen como en calidad de los mismos. Una mayor financiación debe mejorar ostensiblemente las retribuciones del personal que trabaja en el sector, ante la escasez de profesionales que está empezando a dificultar prestar una adecuada atención a las personas dependientes. La mejora tanto de las retribuciones como de las condiciones laborales hará que este sector sea más atractivo, algo imprescindible ante la escasez de profesionales que está empezando a dificultar prestar una adecuada atención a las personas dependientes.

5º) Agilizar la modificación de los grados de dependencia que contribuirá a garantizar la calidad de la atención en los términos planteados por la Ley de Dependencia.

6º) Revisar los instrumentos que garantizan el control público de la calidad en los servicios, y articular los mecanismos efectivos de intervención, entre ellos la inspección, es uno de los mecanismos a implementar porque permite garantizar la calidad en las prestaciones.

7º) Establecimiento de un modelo de coordinación socio-sanitaria bajo la coordinación y supervisión de los servicios públicos de salud.

8º) Reorganización de los centros de atención de personas dependientes, en función de los grados de dependencia de los usuarios y del volumen de usuarios de los diferentes grados, y teniendo en cuenta determinados perfiles de atención sanitaria de las personas dependientes, sobre todo los relacionados con el deterioro cognitivo y patologías y secuelas neurológicas. A este fin, se creará un sistema de acreditación de centros residenciales por niveles, que permita atender a todas las personas mayores en función de sus necesidades de atención social y sanitaria.

9º) Creación de un sistema público centralizado de información que permita disponer en tiempo real de la situación en todos y cada uno de los centros residenciales. Este sistema posibilitará disponer de un censo real de centros residenciales y potenciar la transparencia hacia la sociedad en la gestión de todos los servicios incluidos en el SAAD.

10º) Potenciar los servicios de promoción de la autonomía personal para posibilitar que la persona mayor pueda vivir con las garantías suficientes en

su hogar el mayor tiempo posible. Para ello, se potenciarán los servicios de Teleasistencia, Ayuda a Domicilio y Centros de Día/Noche.

11º) Atribución a la jurisdicción social de los litigios en materia de Dependencia.

12º) Restablecimiento del Diálogo Social, fundamental para abordar y consensuar las soluciones y decisiones, que deben ser tomadas en el menor tiempo posible.

Es evidente que la situación demográfica española da lugar al crecimiento de un nuevo sector empresarial dedicado a prestar servicios personales y domésticos, que viene definido por la Comisión Europea como "amplia gama de actividades que contribuyen al bienestar en el hogar de familias e individuos: cuidado de niños, cuidado a largo plazo de ancianos y de personas con discapacidades, limpieza, clases de refuerzo, reparaciones del hogar, jardinería, apoyo en tecnologías de la información y la comunicación, etc." ¹⁴.

Estos servicios permiten a los trabajadores conciliar su vida profesional y personal, pero es preciso solventar la falta de una oferta de calidad estructurada, puesto que la alternativa podría ser la economía sumergida.

Antes de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, ya los servicios sociales desarrollaban actuaciones de atención a la tercera edad, pero dicha norma supuso afianzar un nuevo pilar en el Estado del bienestar, fruto del diálogo social.

La Comunidad de Madrid, en el ejercicio de su competencia en materia de asistencia social, aprobó la Ley 11/2003, de servicios sociales, que supuso la puesta en práctica de políticas de atención a la dependencia antes en nuestra región.

Por ello, puede decirse que la relevancia de la denominada Ley de Dependencia "procede no tanto de su novedad, puesto que la mayoría de sus prestaciones y recursos ya existían y forman parte del acervo tradicional de los servicios sociales, sino por ser un sistema de garantía pública, de acceso universal y constituirse en un derecho de carácter subjetivo de la ciudadanía afectada" ¹⁵.

En primer lugar, fue muy oportuno clasificar los grados de dependencia y comenzar a actuar prioritariamente sobre los más graves, siendo así que

¹⁴ En este sentido, véase *Guía de implementación y monitorización de políticas de PHS* (2017:5 y 9).

¹⁵ Comunidad de Madrid (2017a).

solamente en 2016 se pudo alcanzar la atención en alguna forma de todos los calificados como dependientes.

Respecto al perfil de las personas en situación de dependencia en nuestra región con programa individual de atención dictado, según la Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, el 76% son mayores de 65 años. Además, el 59% de las personas con reconocimiento de la situación de dependencia superan los 80 años de edad¹⁶.

El artículo 26 de la Ley de 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, clasifica en tres grados dicha situación. Para ubicar a cada persona en una de esas circunstancias se utiliza un baremo establecido por Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, que tiene en cuenta diversas circunstancias personales y del entorno social.

Dependencia moderada (Grado I) tienen las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, aseo), al menos una vez al día, o necesitan apoyo intermitente o limitado para su autonomía.

Dependencia severa (Grado II) afecta a quienes requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador, o tienen necesidades de apoyo extenso para su autonomía.

Gran Dependencia (Grado III) tienen las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

¹⁶ “Las proyecciones de población apuntan a que en el año 2065 las personas de más de 80 años representarán un 18’1% sobre el total de la población mayor”, siendo en 2015 el 6%. Vidal Domínguez, M. (2017:37).

Cuadro 8. Distribución de grados de dependencia Comunidad de Madrid por tramos de edad.

Edad	Grado III	Grado II	Grado I	Total	%	
0-6	1.006	664	180	1.850	1%	
7-17	2.288	2.008	659	4.955	4%	24%
18-54	6.011	8.367	4.404	18.782	14%	
55-64	2.178	2.990	1.969	7.137	5%	
65-79	7.929	8.633	7.259	23.821	17%	76%
+80	34.498	27.453	20.287	82.238	59%	
Total	53.910	50.115	34.758	138.783	100%	

Fuente: Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, página 41.

La denominada Ley de Dependencia configuró un derecho subjetivo, muy complejo de cubrir, dada la distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas, y fue afectado gravemente por la crisis económica surgida a finales de 2007.

Los beneficiarios con derecho a prestación de dependencia han subido desde 422.846 en 2008 hasta 1.304.312 en 2018, es decir un 208'5%. De estos últimos, 429.737 tienen reconocido el Grado I; 490.680 el Grado II; y 384.195 el Grado III¹⁷.

En todo caso, la perspectiva empresarial debe abogar por la asistencia adecuada y con calidad a las personas dependientes, lo que perfectamente encaja en un esquema socio-sanitario de colaboración público-privada, que también comprenda la contratación de seguros privados de dependencia que gocen de un tratamiento fiscal incentivador¹⁸.

Debe garantizarse la atención profesionalizada, lo que en Madrid se está consiguiendo también a través de un adecuado acceso a la acreditación de la experiencia, de forma que se aligere la carga informal del entorno familiar y, por tanto, se facilite la conciliación entre el trabajo y la atención a la dependencia.

Entre las prioridades comunitarias en políticas de protección social, aprobadas el 17 de septiembre de 2015, encontramos que "la dirección de las reformas orientadas a la sostenibilidad de los sistemas de atención a la dependencia debería asegurar al mismo tiempo el acceso a cuidados de larga duración adecuados, asequibles y de calidad. Para ello se necesita pasar de un enfoque meramente reactivo de las políticas en esta área a una orientación proactiva que persiga la prevención de la pérdida de autonomía y con ello reduzca la necesidad de cuidados, al tiempo que reforzar la

¹⁷ Fuente, CES (2019:776 y 777).

¹⁸ En este mismo sentido, CEOE (2016:255).

calidad de los mismos, integrando los elementos sociales y sanitarios de su provisión”¹⁹.

Como indica el artículo 14.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, “la atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”²⁰.

Por otro lado, las reformas sanitarias deberían perseguir la utilización óptima de los recursos disponibles y la innovación para mejorar la efectividad de los servicios sanitarios.

En este sentido, llama la atención la utilización cada vez más frecuente de la financiación con riesgo compartido (entre comunidades autónomas y las empresas del sector sanitario) de medicamentos innovadores dirigidos a patologías con predicción de respuesta clínica o en los que su relación coste/beneficio es incierta. Se trata de un ejemplo de colaboración público-privada que redundaría en beneficio de todos.

Es necesario aprovechar la transformación digital también en los servicios sanitarios, aprovechando, como indica CEOE (2019:113), “estructuras de prestación más adecuadas al estado de salud y riesgo del paciente, incluso en su propio domicilio, que incluyan sistemas de teleasistencia (medicina no presencial) y tele-monitorización (monitorización a distancia) de pacientes”.

Ya que las enfermedades crónicas van a sufrir un incremento progresivo, lógica derivada de una mayor esperanza de vida, el gasto sanitario se incrementará, lastrando las cuentas de las comunidades autónomas, por lo que sería oportuno caminar hacia un modelo orientado a programas de salud preventivos y atender la cronicidad y no organizar el sistema pivotando sobre la asistencia sanitaria a las patologías, de forma que la política sanitaria tuviera una íntima colaboración con la perspectiva de asistencia social, en colaboración con las residencias privadas.

Como indica Casado Durán (2017:284 y 285), “la mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de condiciones de cronicidad. En ese sentido, los sistemas sanitarios están

¹⁹ CES (2016:576).

²⁰ En este sentido, el Libro Blanco de la Sanidad, de CEOE (2016:81), indica que “el sistema debe garantizar los mecanismos de control y seguimiento de los planes de atención y cuidados establecidos para cada persona. Es necesario potenciar los recursos comunitarios (servicios sociales, centros de atención primaria y oficinas de farmacia) como pilares sobre los que pivotar la prevención, la atención y el cuidado domiciliario, así como el seguimiento necesario. Los servicios de ayuda a domicilio y la teleasistencia tienen la capacidad de iniciar ese cambio de concepción”.

reaccionando y adaptándose a esta realidad. Por ello, en 2012, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba la «Estrategia de abordaje a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud». La citada estrategia surge como una de las medidas impulsadas por el sistema para afrontar el reto demográfico y de cambio de patrón hacia enfermedades no transmisibles, de carácter crónico y cuya prevalencia aumenta con la edad (...).

Dentro de sus objetivos específicos, se encuentran dos especialmente dedicados a la población mayor:

1. Promover el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años mediante la intervención integral sobre estilos de vida saludables, así como sobre los entornos y las conductas seguras de manera coordinada entre los ámbitos sanitario y familiar-comunitario.
2. Prevenir el deterioro funcional y promover la salud y el bienestar emocional en la población mayor de 70 años, potenciando la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, de servicios sociales y comunitario”.

Por ello, a juicio de J. Barrubés (2017:8), el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario abarca cuatro aspectos:

- a) Reflexión colectiva sobre las prioridades del gasto público y el nivel de riqueza común (PIB) que la sociedad está dispuesta a dedicar a la salud.
- b) Política fiscal eficaz para recaudar los recursos necesarios para financiar el gasto público y, en particular, el sanitario.
- c) Debate más profundo sobre la cobertura del sistema, centrándose en el coste-efectividad de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios y en la población cubierta.
- d) Mejorar la gestión del coste de los procesos de asistencia sanitaria.

Por tanto, cada vez será mayor la necesidad de que la sanidad privada sea reconocida como un elemento esencial para llegar a más personas en tiempos más rápidos y reducir la factura social de la sanidad pública, asegurando así su sostenibilidad y la aplicación más eficiente de los recursos públicos a las situaciones reales de necesidad de los ciudadanos.

Cuadro 9. Factores que están ocasionando un aumento del gasto farmacéutico.

Demográficos	Sociales	Tecnológicos	Organizativos
Envejecimiento progresivo de la población	Hábitos y estilos de vida poco saludables (sedentarismo, obesidad, tabaquismo). La población tiene más información y exige una cobertura más amplia de servicios sanitarios.	Los avances tecnológicos incorporados al diagnóstico y tratamiento de los pacientes han incrementado las tasas de supervivencia, pero suponen un coste adicional de la prestación del servicio.	Falta de integración total entre niveles asistenciales.

Fuente: Extraído de KPMG (2015).

En relación con la Dependencia y el espacio sanitario CEIM resalta que:

- a) El envejecimiento de la población implica revisar las políticas sanitarias centradas en la atención de agudos, para sustituirlas por políticas coordinadas entre las Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales, que den solución integral a las personas necesitadas de cuidados socio sanitarios no agudos: transición desde el hospital (convalecencia), cronicidad (larga estancia) y cuidados paliativos.
- b) Las estancias inadecuadas y excesivamente prolongadas de pacientes en hospitales generan gastos e ineficiencia, situación que se puede resolver con tecnología sanitaria que monitoriza remotamente al paciente en su domicilio.
- c) La colaboración con el Sector privado en la atención a los mayores desde la perspectiva socio sanitaria es ineludible y creciente, porque da mayor satisfacción al paciente y libera recursos hospitalarios.
- d) Cada vez más, las estancias residenciales en el ámbito privado implican atención especializada sanitaria, incluyendo terapias rehabilitadoras. Ello exige una recualificación de los profesionales del Sector y una adecuación de la financiación.
- e) La disparidad de prestaciones socio sanitarias entre comunidades autónomas y la necesidad de una financiación adecuada (incluido el debate sobre la extensión del copago), implican un gran pacto político sobre esta materia a nivel estatal.

Tal y como se contiene en un Informe elaborado por la Asociación Madrileña de Atención a la Dependencia (AMADE), "todavía no hay un modelo de financiación adecuado a la dimensión del proyecto y definitivamente, las comunidades autónomas no pueden asumir unos costes para los que se ha demostrado que no disponen de recursos. Se hace necesario un debate clarificador sobre el *copago*", que podría ser a través del establecimiento de

un límite máximo a nivel nacional, pero que sirva para clarificar al sector asegurador y financiero la necesidad que tendrá el ciudadano mayor para la cobertura de la dependencia.

Gráfico 7. Prestaciones de la Ley de Dependencia por tipología.



Fuente: Fundación Adecco (2019:11).

Según datos del Informe Discapacidad y Relaciones Sociales, de la Fundación ADECCO (2019), "a pesar de que la Ley contempla la prestación por cuidados a familiares como una excepción, este subsidio copa el grueso de las prestaciones por dependencia. El reto es profesionalizar esta ocupación y formar a los cuidadores".

Esta situación afecta fundamentalmente a las mujeres, que son en un 93% las cuidadoras, y que lastran su vida profesional en favor de la solución de un evidente problema social de conciliación, que podría estar mejor solventado con la ayuda profesionalizada de entidades de cuidado del sector privado.

También señala AMADE que "es necesario dotar de mayor seguridad y estabilidad el actual mercado de concertación, porque de la estabilidad del mismo depende en gran medida la estabilidad del mercado privado, y no olvidemos que ambos serán necesarios.

Hay que recuperar la confianza de los operadores. Conviene en primer lugar revisar los sistemas de concertación actuales, que ya no ofrecen un equilibrio adecuado y con suficientes garantías de sostenibilidad, entre los precios que se pagan por los servicios de calidad demandados por la Administración y los costes reales de los mismos"²¹.

²¹ AMADE (2015:5).

CAPÍTULO IV. MUTUALISMO LABORAL.

Es necesario recordar que nos hallamos aquí en un ámbito de colaboración público privada más que centenario, porque ya en 1919 se aprobó la creación del seguro privado obligatorio de retiro obrero y ya antes incluso, en 1900, el aseguramiento obligatorio, también en entidades privadas, del accidente de trabajo²².

El Mutualismo es un sistema solidario por el que los empresarios, sujetos a responsabilidad mancomunada, se asocian voluntariamente y sin ánimo de lucro, constituyendo las Mutuas con el objeto de colaborar en la gestión con la Seguridad Social, bajo la vigilancia y tutela del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, en los siguientes ámbitos:

- Contingencias por accidentes de trabajo y enfermedad profesional (prevención, curación, prestación económica, rehabilitación y reinserción). Igualmente, las Mutuas se hacen cargo de las siguientes prestaciones en favor de los trabajadores protegidos.
- Cuidado de menores enfermos de cáncer u otra enfermedad grave (prestación económica).
- Riesgo durante el embarazo (prestación económica).
- Riesgo durante la lactancia natural (prestación económica).
- Prestaciones especiales (prestación económica, ayudas...).
- Contingencias comunes (prestación económica).
- Cese de actividad de trabajadores autónomos (prestación económica y cotización).
- Otras prestaciones, servicios y actividades que les sean legalmente atribuidas.

El Mutualismo es la forma de colaboración empresarial más eficiente, eficaz y de calidad, en la gestión de la Seguridad Social, para el mantenimiento y mejora del bienestar de la sociedad trabajadora, de la competitividad de las empresas y para ayudar al sostenimiento del Sistema de Seguridad Social.

Como se desarrollará seguidamente, la amplia cobertura de las bajas por enfermedad común está poniendo en peligro la viabilidad de las Mutuas. Es necesario, para afrontar de verdad el absentismo, que exista una mayor coordinación entre el Ministerio de Trabajo y los Gobiernos autonómicos, de forma que las Consejerías de Sanidad tomen entre sus prioridades atajar el

²² Tamames, R. (2018:15).

desmedido incremento de las bajas laborales, tanto en incidencia como en duración y, en todo caso, colaborar en la adecuada recuperación de los trabajadores y su control.

Según datos proporcionados por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), en 2018, las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social cuentan con los siguientes centros propios:

RECURSOS	TIPO	NACIONAL	MADRID
CENTROS PROPIOS	AMBULATORIOS	1.057	92
	HOSPITALARIOS	23	4
	ADMINISTRATIVOS	405	22

Además, entre todos, a nivel nacional cuentan con 842 instalaciones de rehabilitación, de los cuales 76 se encuentran en la Comunidad de Madrid.

Los hospitales tienen además los siguientes recursos:

HOSPITALES	QUIRÓFANOS	CAMAS
NACIONAL	74	1.259
MADRID	12	273

La superficie de las instalaciones de las Mutuas a nivel de la Comunidad de Madrid abarca más de 190.000 metros cuadrados.

A nivel nacional, el 89% de la población trabajadora protegida por contingencias profesionales, tiene un centro sanitario de una Mutua a menos de 25 kilómetros de distancia de su domicilio. En términos autonómicos, para la Comunidad de Madrid, este porcentaje aumenta hasta el 94%.

En estos centros, desempeñan su labor el personal de las Mutuas, que se reparte de acuerdo con la siguiente tabla:

TERRITORIO	MÉDICOS	RESTO DE PERSONAL SANITARIO (No Médico)	PERSONAL NO SANITARIO	TOTAL
NACIONAL	3.985	6.569	11.044	21.598
MADRID	572	1.076	2.047	3.695

En 2018, en la Comunidad de Madrid, las Mutuas han realizado alrededor de 3.275.000 actos médicos, en favor de más de 500.000 pacientes, distribuidos, de la siguiente forma:

Tipo	Primeras Consultas	Consultas Sucesivas	Sesiones de Rehabilitación
MEDIOS PROPIOS	860.000	659.000	1.002.000
CONCIERTOS	30.000	41.000	178.000
TOTAL	890.000	700.000	1.180.000

Tipo	Diagnósticos por la Imagen	Intervenciones Quirúrgicas	Otras Pruebas
MEDIOS PROPIOS	283.000	13.000	138.000
CONCIERTOS	7.000	12.000	52.000
TOTAL	290.000	25.000	190.000

Asimismo, a nivel nacional, las Mutuas han contado con la ayuda de 10.663 centros privados y públicos, con los que las 19 entidades existentes mantienen más de 28.000 conciertos, para prestar la asistencia sanitaria en aquellos lugares a los que las Mutuas no llegan, de los cuales, 657 centros privados y públicos se encuentran en Madrid, suscribiéndose 1.700 conciertos con las distintas Mutuas.

Desde las Mutuas se ha tenido que recurrir a terceros, en aquellos lugares en los que no se disponía de instalaciones asistenciales, bien con Servicios Públicos de Salud o bien con clínicas privadas, para prestar la debida asistencia sanitaria a los Trabajadores protegidos, tratando de evitarles la mínima molestia.

En términos económicos, de la liquidación presupuestaria del programa 2122 (Medicina Ambulatoria) y 2224 (Medicina Hospitalaria) en 2018, se obtienen los resultados de los siguientes capítulos:

TERRIT.	GASTOS DE PERSONAL	GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	INVERSIÓN NUEVA Y DE REPOSICIÓN	TRANSF. CORRIEN. Y GASTOS FINANCIER.	TOTAL (mills)
NACIONAL	544.000.000	604.000.000	67.000.000	122.000.000	1.337
MADRID	93.000.000	103.000.000	11.000.000	20.000.000	227

Es decir, la asistencia sanitaria realizada por las Mutuas en 2018 requirió que se destinaran 1.337 millones de euros (M €) a nivel nacional, en favor de los Trabajadores protegidos por las Mutuas y 227 M € solamente para la provincia de Madrid.

Centrándonos en el gasto asistencial destinado a los Recursos Propios, éste ascendió en 2018 a más de 982 M € en todo el país y a 199 M € solamente

en la Comunidad de Madrid, mientras que, se destinaron a recursos ajenos en 2018 un total de 355 M € a nivel nacional y 28 M € para la Comunidad de Madrid.

Debido a la amplia red asistencial existente en la Comunidad de Madrid, mientras que a nivel nacional el gasto en recursos ajenos representa el 26,55% sobre el total del gasto en asistencia sanitaria, en esta Comunidad el gasto en dichos recursos ajenos únicamente representa el 12,33%.

En 2018, las Mutuas atendieron a más de 630.000 prestaciones por incapacidad temporal por contingencias profesionales, con un coste asociado a las mismas de más de 960 millones de euros, todas estas prestaciones con baja laboral asociada.

Del mismo modo, otras prestaciones con cargo a estas cotizaciones son las de Cuidado de Menores Enfermos de Cáncer u Otra Enfermedad Grave (CUME), Riesgo durante el Embarazo (RE) y Riesgo durante la Lactancia Natural (RL).

Asimismo, las Mutuas se hacen cargo de unas prestaciones que son ayudas de carácter social. Su finalidad es ofrecer ayuda económica tanto a Trabajadores accidentados como a sus familiares, en situaciones de especial necesidad. Estas prestaciones tienen como principal objetivo la recuperación profesional de aquellos trabajadores que, tras sufrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional, no puedan seguir desarrollando su profesión habitual.

En los últimos doce años, las Mutuas han destinado más de 303,65 M € a esta prestación, siendo los beneficiarios más de 135.400 Trabajadores o familiares.

Además, las Mutuas realizan actividades preventivas, con cargo también a las cotizaciones por Contingencia Profesional.

Del mismo modo, a partir de 2012, a las Mutuas se les encomienda por parte del Ministerio de Trabajo e Inmigración, la prestación por cese de actividad de los trabajadores autónomos, pagando tanto la prestación como la cotización de la misma.

Para el año 2018, las Mutuas gestionaron 1.591 nuevas prestaciones de CATA, con un coste asociado de más de 13,5 M €.

Asimismo, las Mutuas han cubierto más de cuatro millones de procesos de Contingencias Comunes en 2018, con un coste asociado de más de 5.000 M € para las Mutuas, y otros tantos para las Empresas.

Para medir la calidad de estos servicios, las Mutuas han recibido un total de 12.857 reclamaciones en el año 2018, frente a más de 3.150.000 pacientes

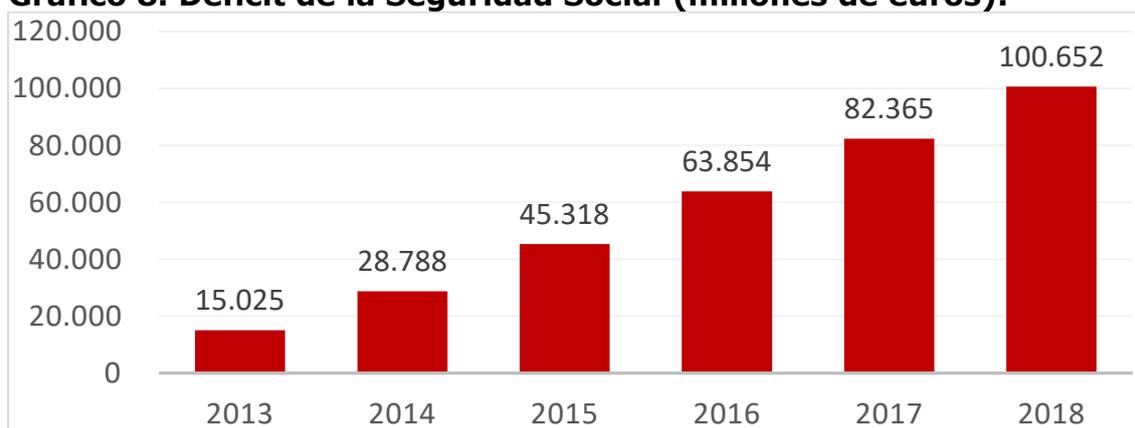
atendidos, lo que supone un porcentaje de disconformidad del 0,40%.

En relación a los 23,2 millones de actos sanitarios (más de 19,04 millones en centros propios), este porcentaje de disconformidad no supera el 0,06%.

El Estado, en los últimos años, viene arrastrando un gran problema con el déficit en la Seguridad Social que se genera año tras año pese a que las cotizaciones hayan ido subiendo. En 2018, este déficit en la Seguridad Social se vio incrementado en 18.287 M € respecto a 2017, de los cuales, aproximadamente, 740 M € corresponderían al déficit generado por la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes a cargo de las Mutuas, lo que representaría un 4,08% sobre el total del déficit.

El déficit acumulado en la Seguridad Social, no para de incrementarse año tras año de manera muy preocupante, tal y como se refleja en el siguiente gráfico:

Gráfico 8. Déficit de la Seguridad Social (millones de euros).

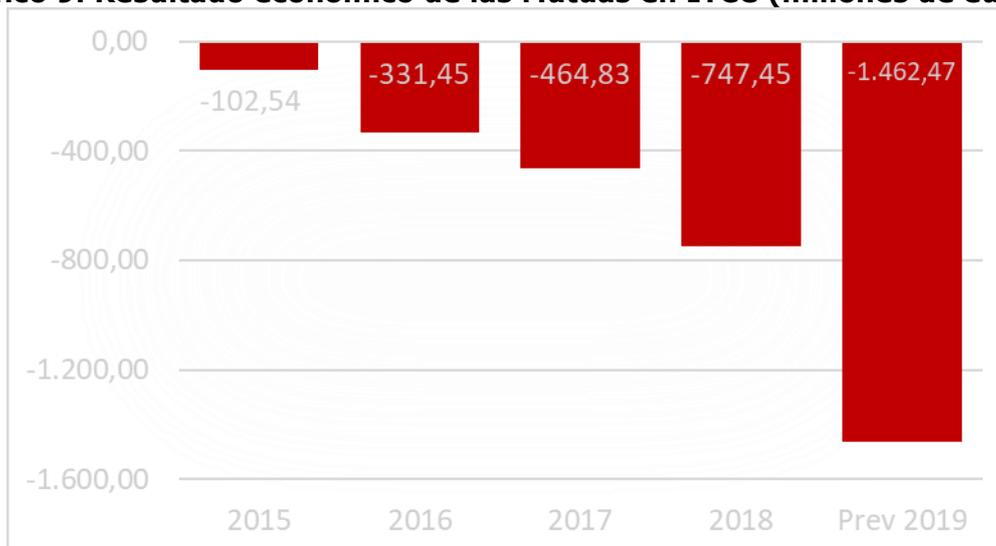


Fuente: AMAT.

Teniendo en cuenta que la parte del déficit está ligado al absentismo laboral por incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC), es bueno saber que algunas de las razones con mayor peso en dicho absentismo laboral son la carga burocrática que hay en los distintos procedimientos existentes entre las Mutuas, las Entidades Gestoras de la Seguridad Social y los Servicios Públicos de Salud de las comunidades autónomas y la carga asistencial en los Servicios Públicos de Salud (listas de espera).

Ello está conllevando problemas económicos para casi todas las Mutuas, como se ve en el siguiente gráfico.

Gráfico 9. Resultado económico de las Mutuas en ITCC (millones de euros).



Fuente: AMAT.

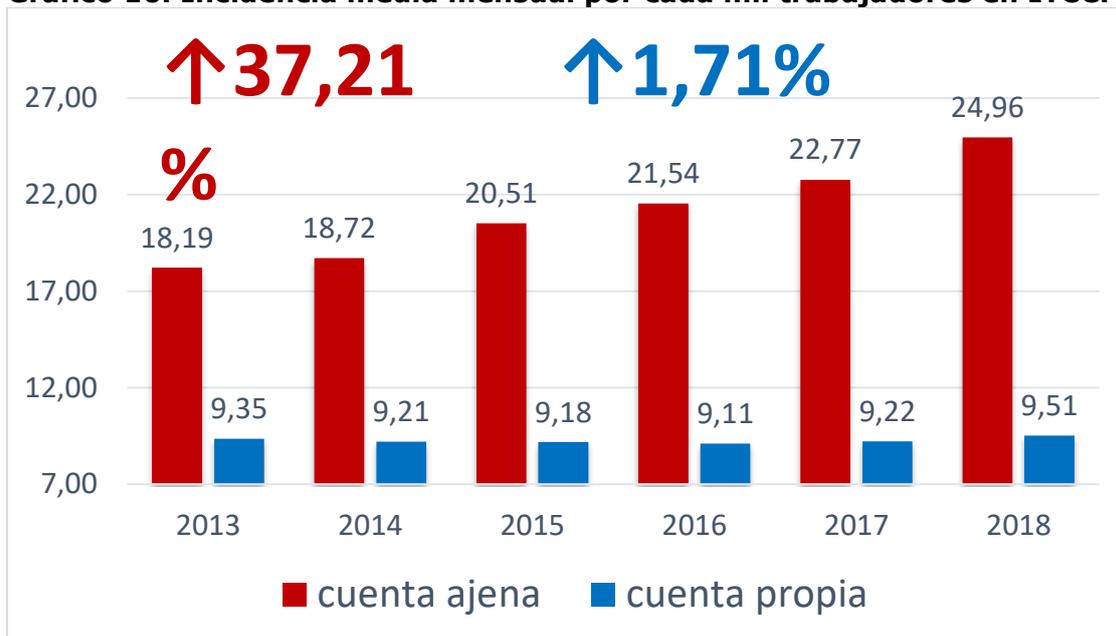
De continuar el mal comportamiento del absentismo laboral por ITCC, además sin medidas de gestión a disposición de las Mutuas que, si pagan la prestación económica, a corto plazo se compromete la solvencia y viabilidad de las Mutuas, y a largo plazo, se correría el riesgo de que se comenzara a imputar gastos a las empresas que no les corresponden, por lo que se podría entender como una subida indirecta de las cotizaciones sociales de los trabajadores a cargo de los empresarios.

Este absentismo laboral, a nivel nacional, muestra unos datos en sus indicadores muy preocupantes en los últimos años, que a continuación se pasan a detallar.

Sin embargo, el incremento de los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencia Común, se han incrementado en 2018 respecto a 2013 un 49,58%, siendo el incremento en 2018 con respecto a 2017 de 12,69%.

En términos de incidencia, es decir, el número de procesos de ITCC que suceden por cada 1.000 trabajadores al mes, la media mensual se ha visto incrementada en 2018 respecto a 2013 en los trabajadores por cuenta ajena un 37,21%, un 9,61% respecto a 2017. La evolución en los trabajadores por cuenta propia ha sido de un 1,71% respecto a 2013 y de un 3,14% respecto a 2017.

Gráfico 10. Incidencia media mensual por cada mil trabajadores en ITCC.

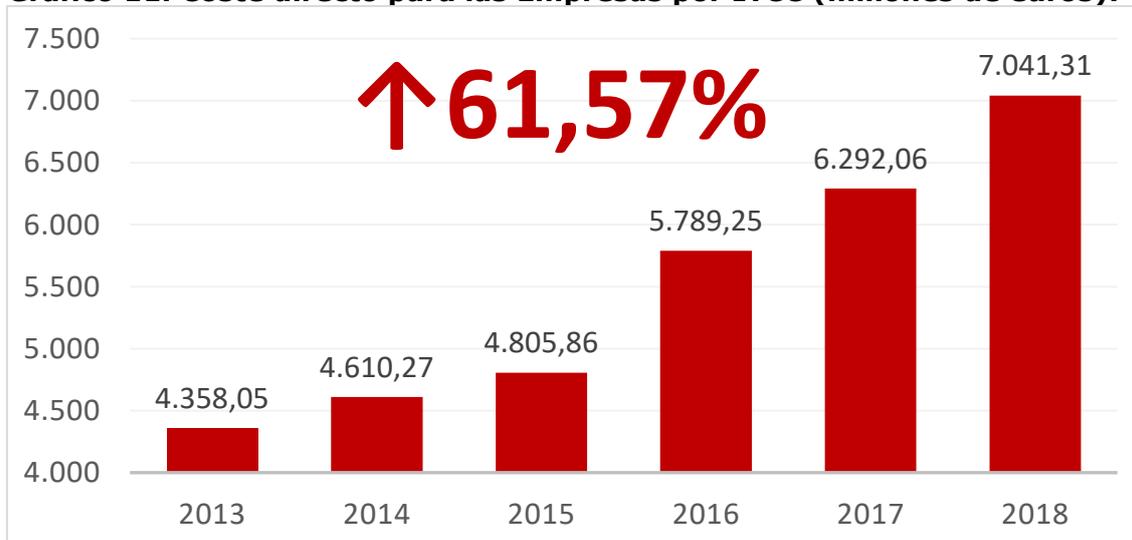


Fuente: AMAT.

Por otro lado, el coste de estas prestaciones económicas de Seguridad Social en 2018 se ha visto incrementado en 2018 respecto del año 2013 un 73,04%, y un 13,22% respecto al año 2017.

Para las empresas, el incremento de la cuantía económica destinada por estas prestaciones en 2018 respecto a 2013, ha sido de un 61,57%, mientras que respecto al año 2017 ha sido de un 11,91% (corresponde con las prestaciones que se hacen cargo las empresas entre el día 4 y 15 de la baja, al pago de las cotizaciones sociales y al pago de los complementos y mejoras).

Gráfico 11. Coste directo para las Empresas por ITCC (millones de euros).



Fuente: AMAT.

Tomando únicamente la información de patologías Traumatológicas, es destacable que en 2018 se han producido 1.022.559 procesos de ITCC con una duración media de 63,85 días, frente a 575.532 procesos de ITCP con una duración media de 35,73 días de media. Por tanto, la duración es un 44,04% menor en los procesos tratados por las Mutuas frente a los que son tratados por los Servicios Públicos de Salud.

Si todos los procesos de ITCC de patologías Traumatológicas hubieran sido tratados por las Mutuas, habrían supuesto un ahorro de más de 29 millones de días en 2018, así como un ahorro de casi 1.365 M € para las Mutuas y 1.040 M € para las Empresas.

Si se tiene en cuenta únicamente el top 20 de los procesos de ITCC de patologías Traumatológicas, se han producido 840.144 procesos por ITCC, con una duración media de 62,09 frente a los 379.463 procesos por incapacidad temporal por contingencias profesionales (ITCP) cuya duración media ha sido de 33,45 días, esto supone un 46,12% menos de duración en los procesos tratados por las Mutuas respecto a los tratados por los SPS.

Si los procesos de ITCC de las 20 patologías traumatológicas más frecuentes los hubieran tratado las Mutuas, hubiera supuesto un ahorro de más de 24 millones de días, 1.142 millones de euros para las Mutuas y 871 para las empresas.

Para el total de patologías Traumatológicas se han producido 171.087 procesos de ITCC con una duración media de 55,17 días, frente a 80.779 procesos de ITCP con una duración media de 30,05 días. Por tanto, la duración en esta Comunidad es de un 45,53% inferior en los procesos tratados por las Mutuas frente a los tratados por los Servicios Públicos de Salud.

Estos procesos de ITCC de Madrid, si hubieran sido tratados por las Mutuas, habrían supuesto un ahorro de casi 4,3 millones de días, así como un ahorro de casi 250 millones de euros para las Mutuas y casi 190 millones de euros para las empresas.

Analizando únicamente el top 20 de patologías Traumatológicas en esta Comunidad, se han producido 143.137 procesos por ITCC, con una duración media de 52,19 frente a los 54.150 procesos por ITCP, cuya duración media ha sido de 27,06 días. La duración es, por tanto, un 48,16% inferior en los procesos tratados por las Mutuas en comparación con los tratados por los SPS.

Cuadro 10. Duración media de la baja comparando Servicio Público de Salud y Mutua. Madrid. 2018.

CIE9 3 dígitos (2018)	Mutuas D.Media	SPS D.Media	Dif D.Media SPS vs Mutuas	% Variación D.Media
724.Otras Alteraciones de Espalda no Especificados	14,75	41,74	26,99	64,66%
719.Otros Trastornos y Trastorno Neom de Articulación	25,96	64,65	38,68	59,84%
723.Otras Alteraciones Columna Cervical	20,37	35,22	14,85	42,16%
726.Tendinitis Inters. Periféricas y Síndromes Conexos	38,92	71,04	32,12	45,22%
845.Esguinces y Torceduras de Tobillo y Pie	18,55	26,48	7,93	29,96%
729.Otros Trastornos de Tejido Blandos	20,43	44,89	24,45	54,48%
722.Trastorno del Disco Intervertebral	85,55	102,44	16,89	16,49%
727.Otros Trastornos de Sinovia Tendón y Bursa	63,60	75,26	11,66	15,49%
959.Otros Traumatismos y los no Especificados	33,49	43,01	9,52	22,14%
844.Esguinces y Torceduras de Rodilla y Pierna	41,97	68,01	26,04	38,28%
813.Fractura de Radio y Cúbito	86,88	94,01	7,13	7,58%
721.Espondilosis y Trastornos Conexos	35,13	52,92	17,79	33,62%
924.Contusión Miembro Inf. Otros Sitios y Sitios Neom	17,45	25,95	8,50	32,77%
715.Osteoartrosis T Trastornos Conexos	128,86	134,12	5,26	3,92%
825.Fractura de uno o más huesos Tarsianos/Metatars	79,77	84,70	4,92	5,81%
922.Contusión de Tronco	15,37	26,27	10,90	41,50%
923.Contusión de Miembro Superior	14,79	36,36	21,57	59,32%
714.Artritis Reumat. Y Otras Poliartrosis Inflamatorias	65,27	67,42	2,14	3,18%
826.Fractura de una o más Falanges del Pie	30,96	33,61	2,66	7,90%
717.Trastorno Interno Rodilla	74,54	105,09	30,55	29,07%
Top 20 patologías Traumatológicas Madrid	27,06	52,19	25,14	48,16%
Total patologías Traumatológicas	30,05	55,17	25,12	45,53%

Fuente: AMAT.

Si los procesos de ITCC de las patologías Traumatológicas más frecuentes los hubieran tratado las Mutuas, hubiera supuesto un ahorro de más de 3,59 millones de días, 208,07 millones de euros para las Mutuas y 158,61 para las empresas.

Es por todo ello, que las Mutuas deberían poder dar el alta en los procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes porque el tiempo de recuperación de la salud de los trabajadores por estas patologías es inferior en las Mutuas que en los Servicios Públicos de Salud. Esta realidad nada tiene que ver con la profesionalidad del personal sanitario de los Servicios Públicos de Salud o de las Mutuas, ya que cuentan con los mismos conocimientos, han estudiado en las mismas universidades y actúan bajo el mismo código ético y deontológico. Las diferencias están en la forma de gestionar, y las Mutuas lo hacen bajo técnicas de gestión de la esfera privada.

Así mismo, hay que recordar que las Mutuas son especialistas en procesos traumatológicos, ya que son el 85% de sus procesos de accidentes de trabajo, para lo que cuentan con especialistas y medios adecuados para su diagnóstico, tratamiento y plena recuperación.

En cualquier caso, hay que señalar que, ante algún tipo de discrepancias por parte de los Trabajadores atendidos, se podrían tratar estas posibles reclamaciones con el mismo procedimiento que existe para las altas en procesos de incapacidad temporal por contingencias profesionales, es decir, estableciendo un mecanismo de revisión por parte de los médicos inspectores del INSS, y además, teniendo en cuenta el bajo nivel de reclamaciones que soportan las Mutuas y alto nivel de calidad de servicio que prestan.

Con ello se conseguiría lo siguiente:

- Una mejor y más rápida asistencia sanitaria para la recuperación de la salud de los trabajadores.
- Una gestión eficiente del dinero público, tanto de cuotas de Seguridad Social como de impuestos.
- Mejorar la competitividad en las empresas.
- Reducir las listas de espera en los Servicios Públicos de Salud, con lo que también se estaría ayudando al resto de ciudadanos y a los excelentes médicos con los que cuentan estos Servicios.

CAPÍTULO V. ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

El papel que juegan las farmacias en el sistema sanitario es de vital importancia, tanto por el servicio que prestan a la sociedad, como por el empleo que generan.

En particular, es necesario subrayar el desempeño de los profesionales del sector farmacéutico en los siguientes aspectos:

- a) Seguimiento de tratamientos.
- b) Campaña de vacunación.
- c) Evita el uso incorrecto de medicamentos.
- d) Ejemplo de eficiencia en la colaboración privada con la Sanidad pública.
- e) Vertebración del mundo rural, al ser en muchos casos la garantía de acceso a la prestación sanitaria (en este caso, de dispensación de medicamentos).

El perfil de la farmacia es una pyme con una media de 3'6 trabajadores, con contratos habitualmente indefinidos y una presencia relevante de mujeres, tanto en la propiedad (65%) como en el empleo (66%).

Si nos fijamos en el gasto farmacéutico, comprobamos que alcanzó su máximo en 2009 (12.506 millones de euros), reduciéndose hasta 2013 (9.183 millones de euros) y, desde entonces, registra un lento aumento. Concretamente, en 2018 creció un 3% interanual y se situó en 10.482 millones de euros, el 16% del gasto sanitario público de España²³.

El gasto farmacéutico a través de receta en Madrid en 2018 ascendió a 1.240 millones de euros, el cuarto más elevado de las comunidades autónomas, pero el más elevado de una sola provincia, con un incremento del 4'49% con respecto a 2017 (por encima de la media nacional del 3%), el segundo incremento mayor tras Canarias.

En cuanto a recetas facturadas, en Madrid alcanzó cerca de 107 millones de euros, cuarta comunidad autónoma y primera provincia, con un incremento del 2'02% interanual, ligeramente superior a la media nacional (1'7%).

En cuanto al gasto medio por receta facturada, ascendió en Madrid a 11'6 euros (la media nacional fue 11'34), siendo la segunda Comunidad donde más subió en porcentaje interanual (2'42%), tras Aragón, siendo la media nacional del 1'28%²⁴.

²³ CES (2019:768) y CEOE (2016:119).

²⁴ CES (2019:770).

La calidad de la farmacia se sustenta en la experiencia, el reciclaje profesional continuo, la oferta de servicios innovadores y el seguimiento de los tratamientos de los pacientes.

A pesar de ello, en datos obtenidos del INE hasta 2018, la oficina de farmacia es el sector que más volumen de negocio ha perdido en España en la última década (20%). Por ello, de las más de 22.000 farmacias, casi mil han sido declaradas de viabilidad económicamente comprometida.

A ello debe unirse el problema del desabastecimiento de algunos medicamentos, dada la política de fijación de precios, la restricción del vademécum al que tienen acceso los ciudadanos, las dificultades en la producción o en la estimación de la demanda y la retención de lotes.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) indica que el desabastecimiento es un fenómeno creciente desde el punto de vista de las notificaciones recibidas de la industria farmacéutica. A lo largo del año 2018 se recibieron un total de 1.332 notificaciones de problemas de suministro, lo cual supone un 44% más con respecto a 2017²⁵.

Además, en el segundo semestre de 2018, las notificaciones recibidas se incrementaron de forma sustancial. Solo el 31,8% de los medicamentos desabastecidos habían sido notificados a la AEMPS, lo que demuestra que existe otro tipo de desabastecimiento, que tiene que ver con el canal de distribución y las existencias de las farmacias. España padece en la actualidad problemas con el suministro de un total de 434 medicamentos, según datos oficiales del centro de información online.

Las farmacias son la solución al posible problema de desabastecimiento, ya que a través de la distribución son capaces de poner a disposición de todos los ciudadanos el vademécum completo de medicamentos. Además, es necesario hacer un llamamiento al apoyo a las soluciones tecnológicas que se están poniendo en marcha precisamente para favorecer el abastecimiento, llegando incluso al propio domicilio del paciente.

El envejecimiento de la población y el modelo de asistencia sociosanitaria van a ir de la mano. En este sentido, es clave diseñar conjuntamente con los representantes del colectivo farmacéutico un sistema de dispensación a los centros de atención sociosanitarios que sea eficiente y personalizada para los pacientes, ya necesiten asistencia médica continuada o solamente prestación farmacológica puntual.

Quizás atender solamente a la seductora idea contable de modelo centralizado de compras no sea, en este ámbito, la solución más idónea, al

²⁵ www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/home.htm

no tener en cuenta costes indirectos, como la pérdida de calidad y de flexibilidad en el servicio.

Recordemos que en un modelo centralizado se imponen al centro sociosanitario unos determinados productos y marcas, así como unas determinadas horas y días de entrega de la medicación, mientras que, si la farmacia es elegida por el residente, aquélla se responsabiliza del acto de dispensación al identificar claramente el perfil del paciente del que se trata²⁶.

La idea de asistir a los centros sociosanitarios desde hospitales, sin prestar atención a la colaboración con centros privados de interés público como son las farmacias aumenta la probabilidad de desabastecimientos, como ya se ha indicado. Al asistirse desde un hospital, sujetos a políticas de compras concertadas, contratadas o subcontratadas, se está restringiendo el vademécum disponible para los supuestos beneficiarios de ese servicio, por el contrario, las farmacias comunitarias ponen a disposición de estos pacientes, al igual que con ocurre con el resto de ciudadanos todo el arsenal, marcas y especialidades disponibles.

Los servicios profesionales farmacéuticos están destinados a mejorar el uso de los medicamentos y la salud, siempre en función del perfil del paciente, independientemente de la cifra de residentes en los centros sociosanitarios o de la titularidad de los mismos.

De hecho, la posibilidad de atención domiciliaria introduciría mejoras como la coordinación con servicios sociales, satisfacción del paciente atendido en su hogar, seguimiento de la enfermedad y detección de nuevas patologías, vigilancia del cumplimiento de la prescripción médica y asegurar el uso adecuado de inhaladores, técnicas de inyección, etc.

El perfil de la farmacia, por tanto, está infrautilizado, ya que podría analizarse que pudiera prestar servicios como vacunaciones o cribados de patologías, descongestionando el Sistema de Salud y reduciendo el gasto, tanto sanitario como de los ciudadanos, que tendrían estas posibilidades sin necesidad de desplazamientos.

²⁶ ADEFARMA (2017:3).

CAPÍTULO VI. TECNOLOGÍA SANITARIA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA.

a) Tecnología Sanitaria.

La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN), indica que los países de nuestro entorno europeo demuestran que prácticamente toda la actividad sanitaria es susceptible de adoptar modelos de colaboración público privada: desde las infraestructuras (edificios hospitalarios, mantenimiento, servicios de soporte) a los servicios clínicos (tecnologías de la información, equipos médicos, laboratorio, gestión hospitalaria o la prestación de servicios clínicos). Además, el potencial de ahorro en los proyectos de colaboración público privada aumenta en la medida en que se incluyen en estos modelos más ámbitos o servicios.

El sector de tecnología sanitaria está preparado y dispuesto a colaborar activamente en proyectos de innovación orientados a la mejora de los procesos. En este sentido, el sector defiende la incorporación de tecnologías innovadoras que hayan demostrado su eficiencia en la mejora de los resultados en salud. Es obvio que caminamos hacia un modelo de innovación colaborativa, que contempla la incorporación sostenible de la tecnología como un elemento esencial, ya que la innovación tecnológica procura una asistencia sanitaria más eficiente y supone un elemento diferenciador para conseguir la satisfacción de los pacientes.

Como se indica en el Plan de Choque para la Ciencia y la innovación del Gobierno de España (2020:3), “la experiencia con el Covid-19 ha situado a la ciencia y la innovación en el centro de las soluciones, no solo de la pandemia sino de la reconstrucción del país. Los avances en conocimiento e innovación son los que nos permitirán afrontar esta pandemia y estar preparados para futuras emergencias sanitarias, pero también los que posibilitarán generar industrias y empresas competitivas de alto valor añadido”. De hecho, de los tres ejes de este plan de Choque, el primero es la investigación e innovación en salud.

En este sentido, algunas de las innovaciones disruptivas que se aplican hoy en día en la sanidad son entre otras, la simulación médica avanzada, las tecnologías híbridas, la cirugía robótica, los aceleradores lineales con electrones o el quirófano híbrido. Pero la adopción de innovación tecnológica en el sistema sanitario no puede producirse de manera indiscriminada, debe garantizarse que la tecnología evidencie de su efectividad clínica, que tengan un impacto sanitario y económico positivo y rediseñar los procesos

asistenciales afectados de forma que los beneficios se multipliquen.

El sector hospitalario privado ya ha dado el paso y le está permitiendo una atención sanitaria más eficiente mediante la adquisición de equipos punteros y tecnología de última generación, un aspecto que se refleja en los datos: el 56% de las resonancias magnéticas, el 47% de los PET y el 36% de los TAC se encuentran en centros privados. Por Comunidades Autónomas, Madrid, la Comunidad Valenciana y Cataluña son las regiones que cuentan con un mayor número de equipos de alta tecnología.

La compra pública innovadora también representa otra oportunidad de colaboración público-privada para fomentar el desarrollo empresarial. Este procedimiento por el que la Administración contrata un producto o servicio no existente en el mercado y para el que es preciso desarrollar actividades de I+D en colaboración con el sector empresarial, es un nuevo instrumento de apoyo a la innovación.

FENIN destaca el papel de la innovación tecnológica sanitaria en el incremento de la calidad y esperanza de vida y en la mejora de la asistencia sanitaria:

- Sector dinámico e innovador: Un elevado volumen de tecnologías sanitarias en el mercado y más de 100 patentes registradas/año, con el objetivo de mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación y monitorización de los pacientes.
- Sector fuertemente regulado: esta regulación garantiza a pacientes, profesionales y sociedad en general, la calidad y seguridad de uso de la tecnología.
- Transparencia, ética y compromiso con políticas de RSE: Código ético del sector de Tecnología Sanitaria, garantiza un comportamiento ético de las empresas en el mercado y en sus relaciones con los profesionales y la administración.

Además, durante la pandemia, el Sector de la tecnología sanitaria fue clave para evitar la escasez de productos de protección, agilizar las importaciones, asegurar la producción de medicamentos para lograr atender la demanda, articular actividades de voluntariado y donaciones; todo ello para coordinar el sector privado con la necesaria colaboración con las autoridades sanitarias y el Ministerio de Ciencia e Innovación²⁷.

La innovación –en todos los ámbitos, desde la prevención, hasta los tratamientos y terapias punteros, pasando por los aspectos de gestión-, constituye la verdadera punta de lanza para “mejorar la salud” de nuestro sistema sanitario de modo que este, a su vez, pueda continuar ocupándose

²⁷ Véase Fundación IDIS (2020).

del cuidado de la población con los máximos estándares de excelencia y calidad. Y para que la innovación esté presente en cada hospital y en cada centro hospitalario de nuestra geografía necesitamos contar no sólo con la involucración y el compromiso de las administraciones, sino también con una financiación realista y suficiente que garantice el acceso de la población a dicha innovación, con independencia de su lugar de residencia.

Además de una financiación adecuada y suficiente de la sanidad, es fundamental un enfoque a medio y largo plazo para planificar adecuadamente las futuras estrategias sanitarias. Es clave invertir en prevención y en diagnóstico precoz y todos los agentes debemos colaborar en la búsqueda de eficiencias a través de una compra estratégica basada en el valor y en los resultados. La medición de los resultados y de los ahorros directos e indirectos conseguidos gracias a la inversión en diagnósticos, tecnologías y terapias de mayor calidad y más innovadoras serán una herramienta fundamental para mejorar los procesos y mejorar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria.

La tecnología contribuye a humanizar la asistencia sanitaria y a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Lo hace mediante soluciones que permiten a los profesionales realizar un seguimiento continuo y más eficiente del paciente, que facilitan la vida diaria del paciente y el control de su enfermedad, que ofrecen técnicas menos invasivas y diagnósticos más precoces y precisos, que ahorran tiempo de estancia en el hospital y evitan visitas al médico e ingresos. En definitiva, la tecnología mejora la experiencia del paciente, el diagnóstico, tratamiento y abordaje integral de su patología.

b) Industria farmacéutica.

La Comunidad de Madrid es, junto con Cataluña, la comunidad autónoma con mayor implantación de compañías farmacéuticas. En la actualidad tienen su sede en Madrid un total de 104 empresas farmacéuticas, un 26% del total nacional, aunque este porcentaje sube al 32% del total español si consideramos sólo las empresas más grandes, con más de 100 asalariados²⁸.

En el año 2017, aproximadamente el 33% de la producción total de medicamentos de España tuvo lugar en la Comunidad de Madrid²⁹.

La industria farmacéutica de Madrid alcanzó una cifra de negocio de 4.443 millones € en 2017, lo que representa el 11% del total de la industria manufacturera de la Comunidad³⁰.

²⁸ INE. Directorio Central de Empresas. (2018 último dato publicado).

²⁹ Estimación FARMAINDUSTRIA.

En términos del Valor Añadido Bruto, los datos correspondientes a 2017 muestran que la industria farmacéutica radicada en Madrid generó 1.374 millones de euros, el 20% del total generado por la industria farmacéutica en toda España³¹. En comparación con el conjunto de la industria manufacturera madrileña, el valor añadido bruto generado por las compañías farmacéuticas en Madrid supone el 8% del conjunto³².

Durante la pandemia producida por la Covid-19, las empresas de la industria farmacéutica fueron esenciales para garantizar el suministro de los medicamentos utilizados contra dicha enfermedad, pero también los que necesitan los 25 millones de españoles que toman al menos un medicamento diario, tanto ampliando turnos de trabajo como reprogramando el stock para evitar desabastecimiento³³.

Obviamente, la industria colaboró activamente en la búsqueda el tratamiento eficaz y la vacuna para combatir la pandemia, con una cifra relevante de ensayos clínicos.

En lo que se refiere al empleo en la industria farmacéutica, en el año 2017 el número total de trabajadores directamente empleados por las compañías farmacéuticas en la Comunidad de Madrid ascendía a 10.595, representando el 6% del total de empleados de la industria manufacturera madrileña³⁴.

El comercio exterior farmacéutico tiene gran importancia para la Comunidad de Madrid. De hecho, Madrid fue en 2018 el origen del 38% del total de las exportaciones farmacéuticas españolas, siendo la segunda comunidad autónoma en importancia³⁵. A su vez la industria farmacéutica, con un total de 4.082 millones de euros representó el 15% de las exportaciones totales de la industria manufacturera de la comunidad de Madrid en 2018³⁶.

La Comunidad de Madrid juega un papel primordial en cuanto a la inversión en I+D farmacéutica que se lleva a cabo en España. Así, en el año 2017, la industria farmacéutica invirtió en la Comunidad de Madrid un total de 389 millones de euros, lo que supone un 34% del gasto total en I+D

³⁰ Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Datos Estructurales. Económicos. Industria.

³¹ Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (Datos Estructurales. Económicos. Industria) e INE (Contabilidad Nacional de España. Agregados por ramas de actividad).

³² Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Cuentas económicas de la industria manufacturera de la Comunidad de Madrid.

³³ Datos de Fundación IDIS (2020).

³⁴ INE. Encuesta Industrial de Empresas e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Datos Estructurales. Económicos. Industria. (2017 último año disponible).

³⁵ Secretaría de Estado de Comercio. Ministerio de Economía y Competitividad (2018 último dato definitivo).

³⁶ Secretaría de Estado de Comercio. Ministerio de Economía y Competitividad (2018 último dato definitivo).

farmacéutica realizado en España en ese año. De estos 389 millones de euros, 271 fueron I+D interna (dentro de las instalaciones de las compañías farmacéuticas madrileñas) y 118 fueron I+D externa, en hospitales y centros públicos y privados de investigación de la Comunidad de Madrid³⁷.

La inversión en I+D interna farmacéutica supone el 26% de toda la inversión industrial en I+D interna de la Comunidad de Madrid³⁸.

En lo que se refiere al empleo en actividades de I+D, en la Comunidad de Madrid se concentra entre el 40% y el 50% de toda la fuerza laboral dedicada a las actividades de I+D farmacéutica en España³⁹.

El empleo generado por la industria farmacéutica es un empleo con las siguientes características:

- a) Es un tipo de empleo que genera un gran número de puestos de trabajo indirectos e inducidos, con una ratio de 4 empleos indirectos generados por cada empleado de las compañías farmacéuticas.
- b) Tiene un porcentaje de empleo joven muy alto.
- c) Los graduados universitarios suponen el 50% de la plantilla.
- d) El porcentaje de empleo femenino alcanza también el 50% del total.
- e) El porcentaje de empleo fijo se sitúa alrededor del 95% de la plantilla total.

De este modo, la generación de empleo en la industria farmacéutica contribuiría a paliar algunos de los problemas más importantes del mercado laboral madrileño y español: la alta tasa de desempleo juvenil; la alta tasa de desempleo femenino; la elevada temporalidad de los contratos de trabajo y la falta de correspondencia entre los estudios universitarios cursados y el tipo de empleo conseguido en el mercado laboral.

Como bien indica CEOE en el Libro Blanco de la Sanidad (2016:88 y siguientes), es preciso destacar que la industria farmacéutica muestra un claro liderazgo en investigación, competitividad internacional, reinversión, dinamización de la investigación biomédica y actualización de los conocimientos de sus profesionales.

A través de sus actuaciones en materia de política económica, el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Madrid puede influir de forma notable en la capacidad de generar empleo por parte de las compañías farmacéuticas, por dos motivos principales:

³⁷ FARMAINDUSTRIA. Encuesta de I+D 2017 (Último dato disponible).

³⁸ Estimación FARMAINDUSTRIA.

³⁹ Estimación FARMAINDUSTRIA.

1. La industria farmacéutica es un sector de actividad sujeto a una extensa regulación económica tanto nacional como autonómica, algo que resulta determinante a la hora de analizar los resultados financieros de esta industria. Así, disponer de un entorno regulatorio estable y favorable a la innovación a nivel autonómico permitiría a las compañías farmacéuticas que ya están implantadas en la Comunidad de Madrid, mantener sus niveles de actividad y generar nuevas inversiones y, a su vez, actuaría como un factor de atracción de nuevas empresas que no cuentan actualmente con implantación en la región.
2. Por otra parte, la Comunidad de Madrid es muy atractiva para el sector empresarial farmacéutico español, tanto por la importancia y el dinamismo de su economía regional, como por su condición de sede de las principales autoridades regulatorias españolas; no en vano, Madrid es la sede de 11 de los 13 laboratorios farmacéuticos más grandes del mundo y supone más del 30% de la producción farmacéutica española y del gasto en I+D, y casi el 50% de las exportaciones de medicamentos desde España. El Gobierno de la Comunidad puede hacer uso de una amplia variedad de medidas de política económica a fin de crear un entorno económico más favorable a la implantación de empresas encuadradas en sectores estratégicos, como la industria farmacéutica.

CAPÍTULO VII. NUEVAS FORMAS DE AFRONTAR EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

Atendiendo a las circunstancias demográficas de la Comunidad de Madrid, es necesario un capítulo que aborde la colaboración público-privada en las políticas e iniciativas de mejora de la calidad de vida de las personas mayores y, por tanto, contribuya a su autonomía y evite la situación de dependencia.

El envejecimiento demográfico de la población de los países desarrollados está cambiando las previsiones sociales y sanitarias de la sociedad occidental. Los avances científicos, médicos y técnicos han incrementado la esperanza de vida sustancialmente, un logro que está planteando nuevos retos no solo en términos económicos y sociales, sino también asistenciales.

Concretamente en España, el porcentaje de personas mayores de 65 años se ha duplicado en poco más de dos décadas y, según las previsiones, en el año 2050 la población que haya superado esa edad se situará en el 36%, colocando a nuestro país como tercera nación más envejecida del mundo por detrás de Japón y Corea.

Además, existe un denominado "sobreenvejecimiento", ya que un tercio de los mayores de 65 años tiene más de 80.

A esta situación hay que añadir la baja de natalidad, con los indicadores más bajos de la Unión Europea (1'3 hijos por mujer), lo que ocasionará a medio plazo dificultad para el sostenimiento de nuestro modelo de pensiones y dificultades para confeccionar plantillas.

Ante esta realidad, la Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico presenta, entre sus directrices generales, la necesidad de mejorar la colaboración público-privada.

En este sentido, conviene tener presente que la atención sociosanitaria no implica tan solo al proceso de envejecimiento, aunque en buena parte de las ocasiones los cuidados y la atención sociosanitaria están íntimamente ligados a este proceso. Una estrategia en este contexto debe contemplar cuatro ámbitos diferenciados, aunque no excluyentes, personas con pérdida de la autonomía, personas con enfermedades crónicas, personas con necesidades de cuidados intermedios post-hospitalarios y personas con necesidades de atención en salud mental.

Los datos de varios estudios económicos establecen que para ofrecer una cobertura universal en condiciones de equidad a este segmento de la

población será necesario al menos doblar el gasto sanitario, lo cual plantea el reto de generar nuevas estructuras o reconvertir eficazmente los servicios ya existentes. Y analizar ese reto, valorando los recursos disponibles, es también el objetivo del Informe que la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), en colaboración con la Fundación Edad&Vida (2016) ha llevado a cabo, bajo la denominación *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro*.

A tenor de los datos revisados en este informe, España tiene aún un largo recorrido por delante si quiere situarse al nivel de los países de su entorno respecto al tejido de los cuidados sociosanitarios intermedios, un concepto que engloba las prestaciones y actividades que requieren los pacientes en transición entre el hospital de agudos y su domicilio, caracterizadas fundamentalmente por una situación de dependencia médica y social.

El documento muestra un panorama sanitario en el que el 45% de las altas médicas anuales se producen en pacientes mayores de 65 años, buena parte de los cuales serían claros beneficiarios de los cuidados sociosanitarios intermedios (fracturas de cadera, episodios cerebrovasculares, seguimiento de un episodio agudo...). Cada vez tenemos más pacientes con dolencias y patologías que precisan cuidados intermedios. Se trata de servicios de enfermería, rehabilitación y actos médicos de baja complejidad para que el paciente recupere su funcionalidad después de un episodio que requiere una recuperación más o menos prolongada y el entorno de hospitalización de agudos no es el más adecuado.

La inexistencia de los recursos sociosanitarios requeridos por este perfil de usuario está causando, según destaca el informe, además de ineficiencias asistenciales derivadas del alargamiento de la estancia de estos usuarios en hospitales de agudos, un gasto estimado de 884,8 millones de euros, equivalentes a 4.300 camas de hospitalización.

También se detectan carencias derivadas de altas tempranas seguidas del posterior ingreso en centros residenciales privados o de la marcha al domicilio; entornos que en muchas ocasiones tampoco disponen de los recursos necesarios para ofrecer una buena rehabilitación del paciente.

Además, el informe pone de manifiesto claras desigualdades en la disponibilidad de recursos sociosanitarios intermedios entre las diferentes comunidades autónomas. Destacan las excepciones de Cataluña respecto a la oferta de camas sociosanitarias y la Comunidad Valenciana en relación a las plazas de hospitalización a domicilio. Por su parte, las comunidades con menor densidad de población se encuentran en una situación algo mejor en cuanto a plazas en centros residenciales.

En cualquier caso, la situación de nuestro país es claramente deficitaria en relación a otros países de nuestro entorno como Alemania, Suiza o Francia que ofrecen una cobertura en servicios sociosanitarios intermedios hasta siete veces mayor que España. Hasta ahora la demanda se ha absorbido de forma bastante eficiente, pero la transformación de la realidad demográfica y social nos indica que estos mecanismos no podrán mantenerse durante mucho más tiempo. La alternativa más sensata, con mejor coste y mayores beneficios para los pacientes pasa, sin duda, por los cuidados sociosanitarios intermedios, ya sean ofrecidos en un centro específico, en centros residenciales debidamente acreditados o en el propio domicilio del paciente.

La evidencia revisada para la elaboración de este informe revela que los servicios sociosanitarios intermedios mejoran la satisfacción del paciente que demanda una atención más integral, reducen el número de readmisiones hospitalarias y la utilización de otros servicios sanitarios (visitas y urgencias), además de aliviar la carga asistencial de los centros de hospitalización de agudos. Asimismo, estos servicios intermedios obtienen los mismos resultados en términos de mortalidad y recuperación funcional de los pacientes que los que se obtienen en centros de hospitalización de agudos.

Todos estos datos instan a los expertos a reclamar una serie de medidas de implantación urgente para hacer posible el desarrollo de un sistema de cuidados intermedios al mismo nivel que los países de nuestro entorno, basado en centros específicos, unidades residenciales debidamente acreditadas y una atención domiciliaria suficientemente formada y dotada. Y, en este escenario, el sector sanitario privado es un aliado imprescindible del sistema sanitario público, para articular el conjunto de medidas necesarias y asumir el reto de manera exitosa.

Es necesario establecer los cuidados sociosanitarios como una prioridad política. Además, hay que desarrollar un sistema de acreditación de centros para asegurar la calidad de los servicios y apostar por un desarrollo normativo que defina el perfil del beneficiario, la cartera de servicios y las bases del modelo asistencial para asegurar la equidad asistencial.

En este sentido el sector privado, a través de su extensa red de centros y profesionales, asume actualmente buena parte de la presión social y asistencial que generan estas situaciones de dependencia y cronicidad, de manera que se encuentra perfectamente preparado para afrontar este nuevo reto, ya que en los últimos años ha sido especialmente patente su apuesta por la calidad, los resultados y la eficiencia.

Las conclusiones del documento auguran un futuro marcado por la necesidad de prestar servicios sanitarios adecuados a un perfil de paciente

cada vez más mayor, con una dependencia y cronicidad crecientes, e insisten en responder a esta demanda con iniciativas que contribuyan a crear un entorno sociosanitario integrado, solvente y sostenible.

El desplome de la natalidad tiene como consecuencia una progresiva despoblación de los núcleos rurales. En la Comunidad de Madrid, tres cuartas partes de sus municipios tienen menos de 20.000 habitantes y el 22% tienen menos de mil.

La vida de las personas mayores en los pueblos supone un importante reto socio-sanitario para las comunidades autónomas, pero también el incremento de población en las grandes urbes está suponiendo nuevos desafíos.

Por ello, el 26 de junio de 2017 se reunió en Teruel el Foro de Regiones con Desafíos Demográficos, del que forman parte ocho comunidades autónomas, donde se aprobó un documento entre cuyos puntos básicos y urgentes figura favorecer el envejecimiento activo y saludable y convertir en oportunidad los retos derivados de la longevidad de la población.

Entre 2017 y 2018, España ha perdido más de 67.000 habitantes, mayoritariamente en las áreas rurales, ya que la suma de población de las capitales de provincia españolas ha ganado 14.000.

Por ello, es imprescindible adaptar las ciudades al envejecimiento paulatino de la población. En este sentido, la Red mundial de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores es un proyecto promovido por la Organización Mundial de la Salud destinado a crear entornos y servicios que promuevan y faciliten un envejecimiento activo y saludable.

En España, hay 108 municipios adheridos actualmente, siete de los cuales en la Comunidad de Madrid: Madrid, Alcalá de Henares, Boadilla, Coslada, Las Rozas, Pozuelo de Alarcón y Tres Cantos.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) proporciona apoyo a los ayuntamientos para incorporarse a esta Red e implantar ciclos de mejora continua para las personas mayores, como la promoción de su participación, políticas de envejecimiento activo, un diseño físico amigable de los espacios públicos, accesibilidad al transporte público y una cobertura adecuada a través de los servicios sociales⁴⁰.

El Ayuntamiento de Madrid presentó el 29 de junio de 2017 el Plan de Acción Madrid, Ciudad Amigable con las Personas Mayores 2017-2019, con un presupuesto de 903 millones de euros y con la siguiente estructura:

⁴⁰ Es un dato significativo que en 2018 la mitad de los fallecimientos por atropellamiento de tráfico en la capital de España sean mayores de 65 años. Ello indica que es preciso reflexionar sobre una adecuada señalización viaria y unos pavimentos y calzadas en buen estado.

- Primera línea de actuación: Reformular el modelo de gobernanza en una ciudad que envejece, con las siguientes áreas de trabajo: facilitar la implicación de las personas que envejecen en la toma de decisiones de la ciudad; promover el empoderamiento de las personas mayores para el ejercicio de su plena autodeterminación; y difundir entre todas las generaciones una imagen de las personas que envejecen ajustada a la realidad.
- Segunda línea de actuación: Fomentar la autonomía e independencia de las personas mayores promoviendo la permanencia en sus entornos, a través de un impulso de la creación de entornos para toda la vida amables y acogedores; promover la permanencia en el domicilio habitual o en sistemas alternativos de alojamiento; y garantizar el desarrollo de políticas de prevención de vulnerabilidad y promoción de la salud.
- Tercera línea de actuación: Avanzar en la garantía de participación y colaboración social de las personas que envejecen como agentes de cambio y protagonistas en la construcción de una sociedad del bienestar, que se centra en promocionar el voluntario y la participación social, así como en favorecer la solidaridad intergeneracional.
- Merece la pena tener presente que, ante situaciones de vulnerabilidad grave, ya sea por debilidad geriátrica o por riesgo social, el Ayuntamiento de Madrid cuenta con centros día, que permiten el tan necesario respiro para el cuidador (normalmente mujer también mayor), teleasistencia, auxiliar en hogar, manutención en hogar y asistencia técnica.

El año 2018 se cerró con 900 mayores residentes en la capital de España en situación de vulnerabilidad, de los cuales un 3'5% tenían riesgo de aislamiento, por lo que el Ayuntamiento concertó un convenio de asistencia con el Colegio de Psicólogos.

Por otro lado, el Plan tiene como intención implicar a todas las áreas de gobierno municipales, lo cual es especialmente necesario, porque decisiones medioambientales como el cierre al tráfico de gran parte de la almendra central, pudieran tener importantes repercusiones negativas para los mayores, en forma de dificultades de acceso de compras de pedidos o movilidad por razones médicas o de ocio.

En cuanto a la articulación de mecanismos técnicos que se adapten a las necesidades físicas del hogar de una población cada vez más mayor, muchas empresas están encontrando un nicho incipiente de mercado, al articular soluciones innovadoras que aporten seguridad y comodidad a los mayores. Ya está completamente implantado y resulta común tener en casa sistemas individualizados de alarma para que la persona mayor pueda avisar rápidamente a urgencias asistenciales en caso de necesidad; así

como la eliminación de bañeras sustituidas por duchas y la colocación de asideros.

Falta por generalizar otras medidas como la iluminación del suelo para evitar caídas nocturnas; dispositivos de detección de escapes de agua o gas que avisen a servicios de teleasistencia automáticamente; y, sobre todo la implantación de espacios anchos que permitan un cómodo desplazamiento de las sillas de ruedas o la regulación de la altura de lavabos y cocinas para adaptarlas a estos usuarios.

Otra opción es el desarrollo de modelos residenciales para personas mayores no dependientes que prefieren tener servicios centralizados de lavandería, comedor y asistencia médica, pero que permiten mantener independencia en el resto de la vida diaria.

Por otro lado, más general, 175 municipios españoles y una diputación forman la Sección de la Federación Española de Municipios y Provincias Red Española de Ciudades Saludables, que alcanzan a más del 41% de la población española.

Entre las líneas de actuación de esta Red figura el fomento del bienestar emocional, la prevención de lesiones y enfermedades y el envejecimiento activo y saludable. Para implementar estas medidas, han concluido un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad el 24 de mayo de 2017 (BOE 6 de julio).

Según la Estrategia de atención a las personas mayores de la Comunidad de Madrid, el 78% de los hombres mayores de 65 años viven con su cónyuge, en cambio cuando nos referimos a las mujeres tan solo el 46%, de forma que el 12% de los hombres y el 30% de las mujeres viven solos, como puede verse en el siguiente cuadro.

Cuadro 11. Formas de convivencia de los mayores en la Comunidad de Madrid.

Situación en el hogar	Población mayor de 65 años		
	% Ambos sexos	% Hombre	% Mujer
Con su cónyuge	60	78	46
Pareja de hecho	1	2	1
Sin pareja y con hijo	8	3	12
Solos	22	12	30
Con otros parientes no cónyuge ni hijos	7	3	9
Con otras personas no parientes	2	2	2

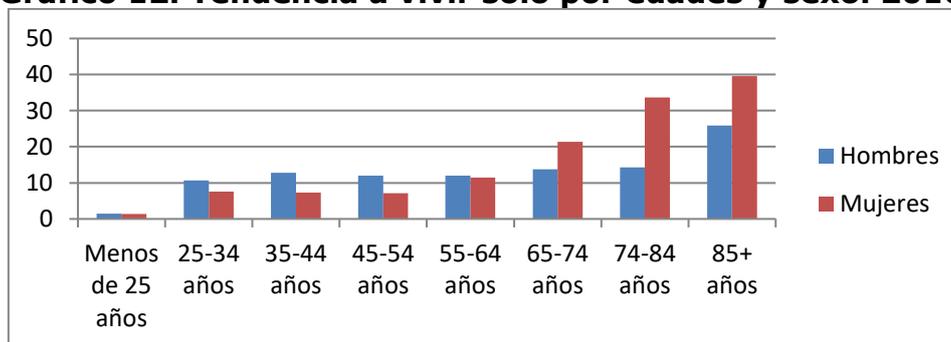
Fuente: INE. Encuesta Continua de Hogares, 2014. Extraído de la Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, página 31.

Los mayores pueden encontrarse en una especial situación de vulnerabilidad cuando la edad va asociada con problemas de salud o dificultad económica. Por ello, “los poderes públicos quedan impelidos a tomar medidas que

garanticen la inclusión plena de los ancianos en la sociedad y la defensa de sus derechos, haciendo frente a realidades de desatención o discriminación⁴¹, en consonancia con el artículo 50 de la Constitución, que prevé un sistema público de servicios sociales, que asegure una protección económica y jurídica de todos los miembros de la familia.

Como señala la ONG Amigos de los Mayores, la soledad no deseada tiene efectos perniciosos sobre la salud y calidad de vida, además de ser un factor de riesgo para la depresión, el deterioro cognitivo y la mortalidad en el colectivo de mayores⁴².

Gráfico 12. Tendencia a vivir solo por edades y sexo. 2016.



Fuente: INE.

Cuando a la edad se une una situación de dependencia, es imprescindible ser especialmente cautelosos para que el mayor reciba un trato acorde con la dignidad humana, siendo lamentable que pueda sentirse expuesto a tratos, tanto físicos como morales, inadecuados.

En este sentido, los servicios sociales de las comunidades autónomas tienen un papel especial, sin obviar los servicios locales, tan próximos a las necesidades diarias del ciudadano mayor.

De hecho, la Estrategia regional para el envejecimiento activo 2017-2021 prevé la creación de un teléfono de orientación y apoyo psicológico para personas mayores, así como promover las viviendas compartidas facilitando el contacto entre personas mayores que viven solas, de modo que sean menores sus gastos y puedan compartir servicios adicionales, como limpieza, transporte o asistencia sanitaria en el hogar.

Por otro lado, también muy loables las iniciativas que contribuyen a informar a las personas mayores de sus derechos, promoviendo su calidad de vida y evitando posibles fraudes, como la que el 1 de marzo de 2017 ha puesto en marcha el Centro de Responsabilidad Social del Colegio de Abogados de Madrid. El objetivo de esta actividad es, a través de

⁴¹ Alcón Yustas, F. (2006:129).

⁴² *Abc*, 6 de abril de 2017.

conferencias-coloquio, dar a conocer a las personas mayores de la Comunidad de Madrid, algunos aspectos jurídicos de especial relevancia para su colectivo, dentro de un entorno que les es cercano y accesible, como son los propios centros de día⁴³.

Finalmente, en cuanto a la iniciativa privada, realizaremos una breve referencia al "Senior cohousing", que consiste en la creación de un espacio común de convivencia, pero respetando las unidades residenciales individuales o por parejas. Ello facilita la mejor atención en los casos de dependencia y tiene ya una larga tradición en el norte de Europa y Estados Unidos. En la ciudad de Madrid se está construyendo un edificio de viviendas en régimen de cooperativas de cohousing en la calle González Feito.

Es cierto que, si bien aún carecemos de información estadística sobre esta modalidad de atención residencial, no podemos dejar de hacer mención de ella por considerarla una alternativa a los servicios residenciales tradicionales que analizaremos más adelante.

En el *cohousing* son las propias personas mayores las que se unen para diseñar el lugar en el que han de vivir y los servicios que van a recibir de acuerdo con sus necesidades y preferencias. Son viviendas de uso privativo en torno a unas zonas comunes en las que se realizan actividades comunitarias, pero que se diferencian de otros servicios residenciales, como los apartamentos tutelados, en que su organización requiere de la participación de las personas mayores. Se caracteriza por la existencia de un diseño previo intencional y un equilibrio entre la vida privada y comunitaria⁴⁴.

A modo de resumen, a continuación se relacionan las principales características definitorias del *cohousing*:

- Es un servicio autopromovido, la iniciativa y el diseño parten del grupo de personas mayores.
- El punto de partida es un diseño previo intencional que favorece la relación vecinal.
- Hay una clara distinción entre las viviendas de uso privativo y las zonas comunes: los equipamientos comunitarios son un suplemento de los privativos y constituyen una extensión de la vivienda.
- Se trata de una comunidad autogestionada: organización colaborativa y participativa de las tareas comunes a través de comisiones. Son las

⁴³ Las materias objeto de exposición son: sucesiones, obligación legal de hijos a padres. Maltrato de mayores; incapacidad y autotutela; salud y testamento vital; derecho de los consumidores. Fraude en internet; y productos financieros y bancarios.

⁴⁴ Monte Diego, J. (2017).

propias personas mayores quienes dirigen la organización de la comunidad, sin que dependan de una gestión externa.

- Se caracteriza por la ausencia de jerarquías: equidad entre las personas mayores.
- Se respeta la privacidad y la independencia económica privada: las viviendas cuentan con todos los elementos que aseguran la independencia de los residentes.
- Se fomenta la participación de sus miembros: las personas mayores participan en todo el proceso de desarrollo, desde el diseño de la comunidad, la elaboración de las normas que la rigen, hasta la elección de los servicios que se prestan a los residentes.
- Se busca el equilibrio entre la vida privada y la comunitaria.
- Existe la flexibilidad suficiente para adaptar cada comunidad a un contexto cultural concreto.

El rasgo diferenciador respecto a los servicios sociales tradicionales está en la autogestión. Aquí no hay una entidad pública o privada que ofrezca unos servicios de acuerdo con el diagnóstico realizado por un profesional, sino que son las propias personas mayores quienes diseñan su modo de vivir, gestionan los servicios que reciben y elaboran las normas que garantizan la convivencia entre ellas.

De acuerdo con J. Williams (2008), existen tres modelos de *cohousing*:

1. Modelo liderado por los residentes: son los propios residentes los responsables del diseño, el desarrollo y la formación de la comunidad. Las personas mayores asumen los costes y los riesgos financieros que ello conlleva y se encargan de la contratación de los servicios profesionales que precisan. Según esta autora, es el modelo que logra unas comunidades más cohesionadas. Ejemplo de este modelo es la comunidad Trabensol, en Torremocha del Jarama, Madrid (www.trabensol.org).

2. Modelo especulativo: el diseño, el desarrollo y la formación de la comunidad corren a cargo de un promotor o empresa que puede estar ligada o no con uno o algunos de los residentes. Esta empresa no solo elabora el diseño de la comunidad, sino que redacta las normas que la rigen. Algunos autores, como la propia J. Williams o C. Durrett (2015), consideran que este modelo puede obstaculizar la formación de comunidades cohesionadas en las que rige el mutualismo comunitario y se favorece la resiliencia de sus miembros.

3. Modelo asociativo: constituye un escalón intermedio entre los dos anteriores. En él, aunque los residentes conservan el liderazgo en el proceso, existe una entidad o persona promotora que dirige el diseño, la

elaboración de las normas y la financiación. La entidad promotora es, en muchos casos, una entidad sin ánimo de lucro, que tiene en cuenta las decisiones de los residentes. Ejemplo de este modelo es Cohousing Verde (www.cohousingverde.com) o Jubilares (www.jubilares.es).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

El sector sanitario privado coexiste, complementa y colabora con el sistema público. La interacción entre ambos ámbitos es deseable y necesaria para la sostenibilidad del sistema sanitario público a través de las diversas fórmulas de Colaboración Público Privada que existen como, por ejemplo: Conciertos, convenios, concesiones, encomiendas de gestión, Mutualismo Administrativo. Todas ellas han permitido demostrar la alta capacidad del sector privado, basada en criterios de eficacia, eficiencia y efectividad a través de una gestión de calidad más racional de los recursos existentes con una alta satisfacción de los clientes.

Según un informe de Moody's hecho público el 30 de octubre de 2019, la Comunidad de Madrid es una de las regiones españolas mejor situadas para hacer frente a las presiones presupuestarias vinculadas al rápido envejecimiento de la población.

En efecto, esta región tiene un dinamismo empresarial que facilita el empleo y permite mantener con solvencia el gasto en servicios básicos mucho mayor que las regiones más despobladas.

Pero la marcha hacia un envejecimiento de la población también nos afecta y va a exigir un modelo económico saneado que satisfaga las nuevas demandas sociosanitarias

Tras la información analizada a lo largo del trabajo, procedemos ahora a recoger las principales conclusiones extraídas y realizar propuestas desde la perspectiva empresarial, agrupadas en ocho objetivos:

- Evitar que la ideologización sobre la gestión público privada en materia sanitaria pueda perjudicar a los usuarios y a la libertad de empresa.
- Poner en valor a los profesionales del sector privado socio-sanitario.
- Atender con solvencia los nuevos problemas de salud. Coordinación de las esferas sanitarias y de protección social, impulsando el envejecimiento activo.
- Apoyar la digitalización y la innovación.
- Impulsar el aseguramiento privado.
- Buscar la eficiencia de los recursos sanitarios y asistenciales.
- Poner en valor la colaboración privada con la Seguridad Social.

Objetivo 1: Evitar que la ideologización sobre la gestión público privada en materia sanitaria pueda perjudicar a los usuarios y a la libertad de empresa.

Los ciudadanos perciben un balance positivo de la atención privada en el ámbito sanitario y socio-sanitario, ya que ha permitido profesionalización, atención moderna y avances tecnológicos relevantes. Debe exigirse transparencia económica en la gestión de la colaboración público-privada y, a partir de ahí, configurar debates técnicos sin que las ideologías políticas interfieran injustificadamente en el desarrollo de la atención sanitaria y en la libertad de empresa.

Muy al contrario, el ámbito de los servicios socio-sanitarios va a exigir acuerdos amplios para definir los catálogos de servicios, la futura tarjeta de servicios sociales y un adecuado desarrollo y financiación de las prestaciones de servicio previstas en la Ley de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, siendo importante tender hacia modelos homogéneos para no generar situaciones de inequidad entre ciudadanos residentes en nuestro país.

En este contexto económico y político en el que nos encontramos es necesario la consecución de un Pacto de Estado por la Sanidad, que aúne a todas las partes implicadas, no solo en el plano político, sino también con los agentes económicos que operan en los distintos ámbitos sanitarios. Este Pacto debe diseñar un marco de reformas consensuadas, con transparencia, evaluaciones periódicas, seguridad jurídica y estabilidad, imprescindibles para el adecuado funcionamiento de un sector que debería ser impulsado como motor de generación de actividad económica, riqueza y empleo, pero que a la vez permita su adaptación desde la sostenibilidad y viabilidad económica.

Las resistencias que se producen como consecuencia de cuestiones ideológicas para que la colaboración público privada se consolide como una opción a utilizar por los gestores públicos, que garanticen políticas de eficiencia y ahorro de costes en la gestión de las prestaciones de los asuntos públicos, son enormemente dañinas para consolidar nuestro Estado de bienestar.

En el ámbito sanitario esto adquiere especial relevancia por la necesidad de optimizar al máximo los recursos públicos acreditados para su financiación.

Objetivo 2: Poner en valor a los profesionales del sector privado socio-sanitario.

Los profesionales de este sector son competitivos, formados y tienen vocación de servicio. Es de justicia poner en valor su contribución en el sector de los cuidados en un momento demográfico en el que cada vez es más evidente su necesidad y cualificación.

Sin duda, los profesionales sanitarios, investigadores y farmacéuticos están poniendo en práctica diariamente el conocimiento adquirido, plasman sus habilidades técnicas, elaboran razonamiento clínico y transmiten unos valores que son esenciales en la atención del paciente o en el ámbito de la investigación.

La gestión de recursos humanos se encuentra con varios retos, derivados de la transformación tecnológica y la concentración en grandes grupos empresariales.

El avance de la tecnología debe permitir que el trabajo de los profesionales del sector sea más eficiente, sin perder la gestión de las emociones con los pacientes y sus familiares, que pueden estar atravesando momentos y escenarios complejos.

Por otro lado, hay que tener presente la escasez de profesionales cualificados, por lo que es más necesario que nunca gestionar adecuadamente el talento y fidelizarlo, para evitar la rotación. Además, es necesario remover trabas que están impidiendo la contratación de médicos del trabajo extranjeros, cuando muchos servicios de prevención ajeno están necesitando este perfil profesional.

Es necesario avanzar hacia un modelo socio sanitario, que contribuya a fortalecer los circuitos de referencia entre Atención Primaria y los centros residenciales que permita reforzar los Servicios Hospitalarios de Gerontología, para lo que entendemos básica la creación de un sistema de acreditación de centros, que se implemente en función de la realidad y posibilidades, tanto asistenciales, como arquitectónicas de cada uno de ellos, y que permita evaluar que residencias se encuentran en disposición para atender a mayores con enfermedades crónicas.

Para poder prestar unos cuidados de calidad son imprescindibles las personas que los prestan, encontrándonos en la actualidad con una gran escasez de profesionales que podría llegar a dificultar la adecuada atención a las personas dependientes de este país, por lo que es una cuestión prioritaria la búsqueda de soluciones en este aspecto.

Finalmente, en cuanto a los profesionales que atienden cotidianamente al público, es importante tener en cuenta la posibilidad de conflictos u otros riesgos laborales psicológicos, para lo que es necesario articular medidas que protejan eficazmente a los trabajadores, muchos de ellos autónomos, y pongan en valor su contribución a la salud de los ciudadanos.

La compatibilidad entre la gestión pública y la actividad privada necesita de una serena reflexión y una inteligente adaptación a una realidad que es inevitable. Así, reconocer esta complementariedad en el campo laboral, no obstaculiza garantías ni avances en la atención pública sociosanitaria.

Objetivo 3: Atender con solvencia los nuevos problemas de salud.

Es necesario avanzar continuamente en los nuevos problemas de salud, cada vez más frecuentes, de la cronicidad, la pluripatología y la polimedicación asociadas al envejecimiento poblacional, sin olvidar áreas tan relevantes como las adicciones, la discapacidad y la enfermedad mental, que también afectan de forma singular a las personas en riesgo de exclusión.

Por otro lado, con cierta periodicidad se producen alarmas sanitarias internacionales que exigen también una profunda y rápida colaboración con los ámbitos de investigación farmacéutica y atención especializada.

Se hace necesario contar con profesionales adecuados, motivados y valorados socialmente, evitando la fuga de talento.

También la experiencia nos demuestra la importancia de avanzar en escenarios protocolizados sobre las derivaciones a Atención Primaria u Hospitalaria de los residentes en centros de mayores que no estén medicalizados, dada la naturaleza más social que asistencial.

Es necesario también tener en cuenta en la agenda política la necesidad de vincular las políticas sociales de atención a los mayores con los servicios de salud, puesto que la cronicidad y el envejecimiento exigen políticas de los dos ámbitos de gestión en interés de la persona.

Buscar la eficiencia de los recursos públicos en este ámbito va a exigir una línea clara de colaboración con la esfera privada, de forma que se solvente de forma integral la atención a la persona.

Por ello, evitar episodios de morosidad por parte de las Administraciones con las empresas proveedoras y prestadoras de servicios sociosanitarios es clave, puesto que ello podría derivar en falta de calidad en este sector tan especial.

En este sentido, también resulta necesario consolidar un modelo de financiación estable en esta materia tan sensible, de forma que las personas con familiares dependientes puedan seguir en el mercado laboral, con la seguridad de tener cubierto el cuidado con entidades profesionalizadas.

El reconocimiento en estos tiempos de la realidad sociosanitaria exige una coordinación entre ambos ámbitos. Es una realidad que no tiene sentido cuestionar. Esta coordinación produce efectos beneficiosos tanto para la atención a las personas que lo necesitan como para el sostenimiento de la prestación.

Objetivo 4: Coordinación de las esferas sanitarias y de servicios sociales, impulsando el envejecimiento activo.

Es hora de dar un paso al frente y mirar hacia un futuro en el que el sector de los mayores ocupe el lugar de relevancia que debería llevar ocupando años, convirtiéndose en un sector clave para las Administraciones, acometiendo una reforma que esté respaldada por un firme compromiso de financiación y coordinación.

Como se indica en el Libro Blanco de la Sanidad, de CEOE (2016:25), el sistema de coordinación es clave para garantizar el seguimiento de la atención establecida para cada persona. “Es necesario potenciar los recursos comunitarios (servicios sociales, centros de atención primaria y oficinas de farmacia) como pilares sobre los que pivotar la prevención, la atención y el cuidado domiciliario, así como el seguimiento necesario. Los servicios de ayuda a domicilio y la teleasistencia tienen la capacidad de iniciar ese cambio de concepción”.

En el mismo sentido la Memoria del Consejo Económico y Social de España (2019:750) indica que el reto es el “cambio de un modelo asistencial basado en el perfil de morbilidad crónica, que supere la orientación preferente a los cuadros agudos”. Es más apropiado tener en cuenta la “prevalencia de enfermedades de larga duración y al cuidado integral de las personas. Por ello, la coordinación sociosanitaria continúa siendo un objetivo a cumplir”.

En definitiva, con CEOE (2019:113 y 114), “orientar el sistema de salud hacia la cronicidad”, creando “un sistema interoperable de intercambio de toda aquella información que incluya los aspectos clínicos y los determinantes de la salud (...) entre los diferentes sistemas asistenciales y del espacio sociosanitario público y privado”.

En relación con el envejecimiento activo, como ya se puso de manifiesto en el Informe de CEIM sobre Evolución Demográfica, es necesario fomentar, desde las primeras etapas de la vida, la asunción de valores sobre la necesidad del cuidado constante de la salud para tener una buena calidad de vida en las edades mayores; el valor de la igualdad en el cuidado de dependientes e hijos; y la importancia de formarse a lo largo de todas las etapas vitales, manteniendo una actitud constante y positiva hacia las innovaciones tecnológicas y la cualificación.

La educación a lo largo de toda la vida es clave para mantener plantillas actualizadas y para que los mayores jubilados se mantengan mentalmente

activos. La inversión en este ámbito debería intensificarse. En este sentido, debe potenciarse la oferta privada de enseñanza universitaria de calidad para mayores de 50 años, cuya demanda es creciente y exige una alta cualificación del profesorado.

Además, es preciso favorecer fiscalmente el emprendimiento senior para no desperdiciar la experiencia de los trabajadores de más edad; así como las actividades de voluntariado de mayores con más publicidad de las áreas y actividades concretas donde pueda desarrollarse.

Es preciso convertir nuestras ciudades en lugares amigables para los mayores, eliminando las barreras arquitectónicas y previendo las necesidades de los mayores antes de acometer cierres al tráfico de calles o incluso barrios.

Las Administraciones deberían tener más en cuenta a las empresas a la hora de diseñar las políticas de envejecimiento activo, ya que es clave reconocer la participación de la iniciativa privada en los aspectos sanitario, asistencial y formativo-educativo.

Por último, la ubicación del reto demográfico como una de las materias del Ministerio para la Transición Ecológica no debiera suponer que se aborde aquél como un fenómeno únicamente ligado a la despoblación rural, sino que desde CEIM entendemos que ha de afrontarse como un desafío transversal, que involucra materias sociales, económicas, sanitarias, culturales, de envejecimiento activo, etc.

Objetivo 5: Apoyar la digitalización y la innovación.

Es imprescindible apoyar la digitalización en todos los sectores sociosanitarios para ahorrar costes, atender más rápidamente las necesidades y apostar por la eficiencia. Es necesario avanzar en la interoperabilidad de la historia clínica, poniéndola a disposición de todos los estamentos implicados en la asistencia social o sanitaria, con la adecuada transparencia y establecimiento de controles de gestión adecuados, desde el hospital a los centros de atención primaria, centros de cuidados sociosanitarios, centros de atención sanitaria de titularidad privada, residencias, farmacias, etc. Ello redundaría en un mayor conocimiento de la patología actual y previa y el historial clínico y de tratamientos, reduciendo riesgos y duplicidades para el paciente e ineficiencias para el sistema.

Nuestro sistema sanitario necesita evolucionar transformándose digitalmente para ganar solvencia y sostenibilidad. Las tecnologías interoperables y la receta electrónica privada favorecen la seguridad, eficiencia y efectividad, a la vez que sitúan al paciente como corresponsable en la gestión de su propia salud dentro de un modelo sanitario colaborativo.

Debería también incentivarse fiscalmente la investigación médica, que permita facilitar los diagnósticos y tratamientos on-line.

Es preciso mejorar las condiciones administrativas y regulatorias para la realización de proyectos de investigación clínica en la Comunidad de Madrid, que permitan aprovechar al máximo las grandes posibilidades que ofrece su excelente red de centros sanitarios e investigadores públicos. De hecho, un incremento de las actividades de I+D clínica en la región tendría repercusiones muy positivas tanto en el empleo directo de investigadores en las compañías farmacéuticas y del Sector de tecnología sanitaria y en sus proveedores de servicios, como en los propios centros públicos de investigación madrileños.

A la vez, habría que apostar por la domótica en los hogares, para hacer más fácil y accesible la vida de los mayores.

Las Administraciones deberían analizar el impacto en el tejido industrial y empresarial farmacéutico y de tecnología sanitaria madrileño de las medidas sectoriales autonómicas, dada la importancia que esta industria tiene para la Comunidad de Madrid.

En este sentido, sería deseable que nuestro impulsara la introducción de medicamentos innovadores, ya que supone ahorro de costes y de duración de estancias hospitalarias.

Objetivo 6: Impulsar el aseguramiento privado.

La provisión asistencial sanitaria y sociosanitaria privada complementa y ayuda a descargar la asistencia pública, cada vez más tensionada por la insuficiencia presupuestaria. La mayoría de esta asistencia privada se instrumentaliza a través de seguros, tanto de Salud, como de prevención de la Dependencia.

Es imprescindible impulsar medidas de incentivación fiscal del aseguramiento privado para garantizar una adecuada financiación y sostenibilidad del sistema sanitario y del sistema de atención sociosanitario y a pacientes dependientes.

Estas medidas ayudarán a descargar el sistema sanitario público, tanto a nivel de presión presupuestaria (con un gasto progresivamente creciente difícil de asumir en las actuales condiciones) como asistencial, favoreciendo la contención o reducción de las intolerables listas de espera y permitiendo mantener la gran descarga de actividad que ya se realiza desde el sector sanitario privado con el público, funcionando como sistemas que coexisten en perfecta simbiosis para, garantizando el óptimo uso de los recursos, garantizar la mejor y más precoz asistencia a los pacientes.

También es importante avanzar en el impulso e incentivación fiscal de la provisión de productos financieros y aseguradores de la dependencia.

Sería un error cifrar solamente en el sector público la atención a los mayores, puesto que incentivar fiscalmente el ahorro en planes privados de pensiones aliviaría las maltrechas arcas públicas y contribuiría a fortalecer el poder adquisitivo de los futuros pensionistas.

Por ello, CEIM apoya la previsión social complementaria en el mundo de la empresa, lo que además hará a los ciudadanos conscientes y responsables de su propio futuro, de forma que puedan obrar en consecuencia y ahorrar para su jubilación.

Objetivo 7: Buscar la eficiencia de los recursos sanitarios y asistenciales.

Es necesario evaluar rigurosamente los recursos públicos destinados al ámbito sociosanitario, para poner en valor su contribución al Estado de bienestar y diseñar líneas de mejora continua en el desarrollo de sus actuaciones.

Es preciso garantizar las condiciones básicas recogidas en la Ley General de Sanidad: accesibilidad, equidad y cohesión, además de la disponibilidad de incorporación de innovación farmacéutica y tecnológica.

Para ello, resulta crucial destinar una financiación suficiente, además de aplicar todas las medidas de eficiencia posibles, en las que el sector privado ha demostrado claramente su experiencia y trayectoria, para conseguir afrontar los grandes retos asistenciales que ya tenemos y seguirán creciendo en los próximos años (envejecimiento, pluripatología, cronicidad, nuevos tratamientos, etc.).

Por ello, sería deseable auditar los recursos que se ponen a disposición de nuestro sistema público de salud y de atención social, de forma que se garantice el uso adecuado y correcto de los mismos.

Evaluar impide la adopción de políticas inerciales o con resultados inciertos. Gracias a la disponibilidad hoy en día de datos de seguimiento, es posible realizar ejercicios comparativos rigurosos en relación al coste/beneficio de las diversas formas de colaboración en la gestión sociosanitaria en las diversas comunidades autónomas, siempre en aras a mejorar la calidad de la prestación que recibe el ciudadano.

Objetivo 8: Poner en valor la colaboración privada con la Seguridad Social.

El Sistema de la Seguridad Social debe mantener la calidad de servicio que presta en salud laboral a los trabajadores y, a la vez, minimizar los costes que conlleva, tanto para el sistema como para las empresas, y en este sentido existen muchas actuaciones que pueden permitir acortar los tiempos de duración innecesaria de procesos asistenciales, luchar contra el fraude o incluso mejorar los procesos administrativos en el sistema.

Algunas medidas que podrían adoptarse para ello son las siguientes:

- a) Promover la pedagogía social en el buen uso de las prestaciones, en concreto mediante la creación de campañas de divulgación en medios de comunicación, concienciación social, explicando las prestaciones y consecuencias que tiene la obtención fraudulenta de las mismas.
- b) Incrementar los mecanismos de control, sobre los sujetos beneficiarios, para el acceso y cobro de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social.
- c) Facultar a las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social para dar el alta en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, al menos en las patologías traumatológicas.
- d) Facultar a las Mutuas para prestar asistencia sanitaria al trabajador simplemente con su consentimiento, sin necesidad de autorización del Servicio Público de Salud.
- e) Reformular los Convenios entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas para la gestión y el control de la incapacidad temporal, incorporando porcentajes ponderados del crédito presupuestario a la respuesta positiva de autorización de pruebas diagnósticas y tratamientos médicos, quirúrgicos y rehabilitadores a los Servicios Médicos de las Mutuas, así como la gestión de las listas de espera en los centros de atención especializada de los Servicios Públicos de Salud en pacientes en incapacidad temporal.

Bibliografía.

ADEFARMA (2017): *Eficiencia del modelo farmacéutico español en centros sociosanitarios*, Madrid.

Alcón Yustas, F. (2006): "Los derechos de los mayores en la Constitución Española de 1978", Navarro Mendizábal, Í. (coord.), *Derecho y Mayores*, Universidad Pontificia Comillas, Alonso-Olea García, B. (2016): *Derecho de la Protección Social*, Thomson Reuters, Pamplona, 3ª edición.

AMADE (2015): *Informe sobre el presente y futuro del cuidado y la atención a personas mayores en la Comunidad de Madrid*, Madrid.

Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de Madrid (2018), *Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid*, <https://www2.deloitte.com/es/es/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/libro-blanco-sanidad-privada-comunidad-madrid.html>, consultado el 5 de noviembre de 2019.

Barrubés, J. (2017): *Funding the gap. El futuro del sistema sanitario*, Barcelona, ESADE.

Casado Durández, P. (2017): "La salud en las personas mayores", *Informe 2016. Las personas mayores en España*, IMSERSO, Madrid, páginas 267 a 308.

CEOE (2013): *Las reformas necesarias para salir de la crisis*, http://contenidos.ceoe.es/resources/image/las_reformas_necesarias_para_salir_de_la_crisis_1.pdf, consultado el 5 de noviembre de 2019.

CEOE (2016): *Libro Blanco de la Sanidad*, https://contenidos.ceoe.es/CEOE/var/pool/pdf/publications_docs-file-217-el-libro-blanco-de-la-sanidad.pdf, consultado el 5 de noviembre de 2019.

CEOE (2018): *La colaboración público-privada en la concertación social autonómica, en las concesiones municipales/gestión de los servicios y obras públicas municipales*, https://contenidos.ceoe.es/CEOE/var/pool/pdf/publications_docs-file-530-la-colaboracion-publico-privada-en-la-concertacion-social-autonomica-en-las-concesiones-municipales-gestion-de-los-servicios-y-obras-publicas-municipales.pdf, consultado el 4 de noviembre de 2019.

CEOE (2019): *Plan Digital 2025. La digitalización de la sociedad española*, <https://www.ceoe.es/es/informes/i-d-i/plan-digital-2025-la-digitalizacion-de-la-sociedad-espanola>, consultado el 5 de noviembre de 2019.

Cobo Salvador, Javier (2019): "Nuevas formas de gestión pública en Sanidad", en <https://www.gestion-sanitaria.com/2-nuevas-formas-gestion-publica-sanidad.html>, consultado el 2 de enero de 2020.

Comunidad de Madrid (2017a): *Estrategia de atención a las personas mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021*.

Comunidad de Madrid (2017b): *Estrategia regional para el envejecimiento activo de la Comunidad de Madrid 2017-21*.

Consejo Económico y Social (2016): *Memoria sobre la Situación Socioeconómica en 2015*, Madrid.

Consejo Económico y Social (2019): *Memoria sobre la Situación Socioeconómica en 2018*, Madrid.

Díaz de Bustamante, Isidro (2019): "La sanidad privada de Madrid, obligada a defenderse y denunciar falsedades", https://www.consalud.es/opinion/la-sanidad-privada-de-madrid-obligada-a-defenderse-y-denunciar-falsedades_69040_102.html, consultado el 18 de octubre de 2019.

Durret, C. (2015): *El manual del senior cohousing. Autonomía personal a través de la comunidad*, Dykinson, Madrid.

Fundación ADECCO (2019): *Discapacidad y familia*, <https://fundacionadecco.org/informe-discapacidad-familia/>, consultado el 4 de noviembre de 2019.

Fundación Gaspar Casal (2017): *Colaboración público-privada en Sanidad: el modelo Alzira*, Madrid.

Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) en colaboración con la Fundación Edad&Vida (2016): *El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro*. https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informesociosanitario2016_idis_0.pdf, consultado el 16 de diciembre de 2019.

Fundación IDIS (2019): *Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2019*, https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_ansit_idis2019.pdf, consultado el 28 de octubre de 2019.

Fundación IDIS (2020): Sanidad privada, aportando valor. Especial Covid-19, <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/sanidad-privada-aportando-valor-especial-covid-19>, consultado el 15 de julio de 2020.

Fundación IVERCO (2017): *Sistemas de pensiones, Seguridad Social y sistemas complementarios: medidas para impulsar los planes de pensiones*, Madrid.

Gobierno de España (2020): Plan de choque para la ciencia y la innovación, https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Plan_de_choque_para_la_Ciencia_y_la_Innovacion.pdf, consultado el 15 de julio de 2020.

Guía de implementación y monitorización de políticas de PHS (2016), Proyecto de la Unión Europea "Improving Measurement of Public Support to Personal and Household Services (IMPact)", 2016, http://impact-phs.eu/wp-content/uploads/2016/07/PHS-Policies-Implementation-and-monitoring-guide_ES.pdf, consultado el 8 de febrero de 2017.

Instituto de Estudios Económicos (2018): *La colaboración público-privada en la gestión de los servicios públicos*, Madrid.

Hernández Pedreño, Manuel (director) (2019): *Los modelos sociales autonómicos en el contexto español*, Consejo Económico y Social, Madrid.

KPMG (2015): *Análisis comparado de la estructura de costes y disponibilidad de los servicios no asistenciales a nivel hospitalario sobre modelos de gestión. Comparativa de modelos*.

Montalvo Jääskeläinen, F. de (2020): "De pandemias y Nuevas Atlántidas: Una reflexión ética y legal sobre la ciencia y la política en el contexto de la crisis provocada por la Covid-19", *Razón y fe*, nº 1.446, páginas 25 a 39.

Monte Diego, J. del (2018): "Cohousing. Modelo residencial colaborativo y adaptado para un envejecimiento feliz", *Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal*, nº 4, 2017.

Tamames, Ramón: "La necesaria colaboración público-privada en los servicios públicos", *La colaboración público-privada en la gestión de los servicios públicos*, Instituto de Estudios Económicos, Madrid, páginas 3 a 42.

Vidal Domínguez, María Jesús (2017): "Aspectos sociodemográficos de la población mayor", *Informe 2016. Las personas mayores en España*, IMSERSO, Madrid, páginas 33 a 104.

Williams, J. (2008): "Predicting an American future for cohousing", *Futures*, nº 40, páginas 268 a 286.

Índice de cuadros y gráficos.

Cuadros:

1. Esquema de las prestaciones sociales.
2. Ventajas de la colaboración público-privada.
3. Modelos de colaboración público-privada.
4. Efectos positivos del sector privado en la Sanidad.
5. Evolución de las listas de espera quirúrgica y de atención especializada
6. Presupuesto de los conciertos con entidades privadas en la Comunidad de Madrid, 2019.
7. Aportación del sector de la hospitalización privada durante la pandemia.
8. Distribución de grados de dependencia Comunidad de Madrid por tramos de edad.
9. Factores que están ocasionando un aumento del gasto farmacéutico.
10. Duración media de la baja comparando Servicio Público de Salud y Mutua. Madrid. 2018.
11. Formas de convivencia de los mayores en la Comunidad de Madrid.

Gráficos:

1. Gestión de la asistencia sanitaria en España.
2. Evolución del gasto sanitario público en millones de euros y con relación al PB 2007-16, según OCDE.
3. Estructura del gasto sanitario público en España (datos de 2017).
4. Porcentaje de gasto sanitario público en conciertos en la Comunidad de Madrid (2002-2016).
5. Gasto en provisión privada en España.
6. Peso del gasto y de los actos quirúrgicos en provisión privada sobre el gasto sanitario total.
7. Prestaciones de la Ley de Dependencia por tipología.
8. Déficit de la Seguridad Social (millones de euros).
9. Resultado económico de las Mutuas en ITCC (millones de euros).
10. Incidencia media mensual por cada mil trabajadores en ITCC.
11. Coste directo para las Empresas por ITCC (en Millones de Euros).
12. Tendencia a vivir solo por edad y sexo.