



EL MODELO SANITARIO EN PELIGRO

Rosa Urbanos Garrido^(a) y Beatriz González López-Valcárcel^(b)

^(a)Universidad Complutense de Madrid y ^(b)Universidad de Las Palmas de Gran Canarias

Resumen

Como consecuencia de la crisis económica se ha abordado una reforma del Sistema Nacional de Salud que trasciende los meros recortes presupuestarios y que afecta, entre otros ámbitos, al modelo de aseguramiento, a la participación de los usuarios en el coste de los servicios recibidos, o a las formas de gestión de la asistencia sanitaria. En este artículo se cuestiona la pertinencia de las reformas acometidas hasta el momento o planificadas para el futuro inmediato, y se señalan los ámbitos en lo que deberían concentrarse los esfuerzos de transformación, con el fin de reducir al mínimo la actual vulnerabilidad del sistema sanitario público y de garantizar una prestación consistente con los principios de efectividad, eficiencia y equidad.

Abstract

transcends mere budget cuts, affecting, among other areas, the insurance model, the user participation in the cost of personal healthcare services or the management of health care. In this article we question the relevance of the recent reforms already implemented or planned for the immediate future, and we identify some specific areas to concentrate transformation efforts on them, in order to minimize the current vulnerability of the public health system and to ensure a healthcare provision consistent with the principles of effectiveness, efficiency and equity.

1. Introducción

La salud de la población es, según confirma la literatura económica, pieza clave en el crecimiento de la renta y la riqueza (Lopez-Casasnovas *et al.*, 2005). Se trata de un componente básico del capital humano, al igual que la educación, que permite a las personas un desarrollo de sus capacidades (también productivas) que pueden poner al servicio de la sociedad. Además, dadas sus especiales características, y como también ocurre con la educación, la salud suele considerarse un bien preferente, que precisa por tanto de una especial protección por parte de la acción pública. En el caso de las sociedades europeas, y entre ellas la española, se han desplegado sistemas sanitarios fuertemente intervenidos y que absorben una proporción de recursos nada despreciable, con el fin de garantizar en la medida de lo posible el derecho a la protección de la salud. El gasto sanitario público representa en España el 6,9 % del PIB, habiendo alcanzado el nivel promedio de la OCDE (OECD, 2013). No obstante, los indicadores de gasto todavía nos sitúan algo por detrás de nuestros socios europeos más desarrollados. Como ilustra la Tabla 1, el gasto sanitario público per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo, a pesar del importante crecimiento que experimenta en España desde comienzos

de siglo hasta el año 2009, se mantiene por debajo de la media. Al incorporarse a la UE buena parte de los países de Europa central y oriental en 2004, el índice de comparación con la media crece de forma importante aunque, si la muestra de países se restringiera a la antigua UE-15, el índice correspondiente a 2011 se situaría en el 80 % de la media en lugar de en el 90 %.

Tabla 1. Comparativa de gasto sanitario público en el entorno europeo.
Gasto sanitario público per cápita. En dólares (PPP)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alemania	2.129,6	2.225,7	2.326,5	2.430,3	2.430,7	2.576,9	2.723,1	2.843,9	3.037,3	3.215,5	3.337,2	3.436,3
Austria	2.191,6	2.200,0	2.305,5	2.403,7	2.558,4	2.638,6	2.824,3	2.960,4	3.184,8	3.311,5	3.379,3	3.466,2
Bélgica ¹	1.675,1	1.783,3	1.876,3	2.270,5	2.371,8	2.446,0	2.393,4	2.489,9	2.748,8	2.946,4	2.977,2	3.083,1
Dinamarca	2.102,3	2.254,7	2.425,2	2.447,2	2.631,8	2.739,5	3.023,8	3.177,1	3.433,8	3.733,5	3.826,7	3.794,6
Eslovaquia					779,5	847,7	921,6	1.081,6	1.261,5	1.355,5	1.350,4	1.358,2
Eslovenia					1.359,2	1.425,3	1.520,6	1.537,6	1.792,0	1.821,0	1.748,9	1.784,1
España	1.101,3	1.164,5	1.244,1	1.418,9	1.504,6	1.609,6	1.821,4	1.965,3	2.165,1	2.301,6	2.250,9	2.244,2
Estonia					573,3	637,7	703,4	841,8	1.040,2	1.031,4	1.004,5	1.033,3
Finlandia	1.320,6	1.418,2	1.557,5	1.638,9	1.796,9	1.910,6	2.067,2	2.162,4	2.356,7	2.450,5	2.592,6	2.544,7
Francia	2.019,8	2.156,6	2.326,7	2.298,4	2.400,2	2.528,8	2.652,0	2.781,3	2.891,0	3.049,9	3.090,2	3.160,5
Grecia	870,6	1.066,1	1.139,6	1.212,9	1.235,9	1.414,1	1.616,6	1.642,5	1.797,1	2.036,3	1.753,4	1.535,8
Hungría					926,0	1.003,9	1.052,9	976,7	1.022,3	1.029,0	1.073,1	1.098,3
Irlanda	1.322,4	1.559,5	1.781,0	1.943,3	2.134,4	2.231,3	2.398,1	2.703,3	2.900,4	2.929,7	2.629,5	2.477,3
Italia	1.505,2	1.669,1	1.674,7	1.696,8	1.810,7	1.927,3	2.097,5	2.131,5	2.342,3	2.389,5	2.370,2	2.344,5
Luxemburgo	2.780,9	2.681,1	3.204,0	3.060,8	3.491,2	3.525,9	3.915,8	3.777,3	3.736,0	3.995,6		
Países Bajos ⁽²⁾	1.476,0	1.604,5	1.769,5	1.895,8	1.979,1	2.470,2	3.198,5	3.428,2	3.721,2	3.875,1	4.004,5	4.054,9
Polonia					553,5	593,6	652,6	746,7	890,9	970,4	993,4	1.020,7
Portugal	1.101,3	1.148,5	1.220,0	1.301,4	1.358,3	1.503,6	1.541,8	1.611,8	1.664,2	1.790,7	1.824,5	1.702,6
Reino Unido	1.445,8	1.592,3	1.740,6	1.853,0	2.091,1	2.235,8	2.437,5	2.480,0	2.653,3	2.854,2	2.858,6	2.821,1
República Checa					1.234,8	1.287,4	1.348,7	1.412,2	1.457,0	1.712,0	1.578,4	1.655,0
Suecia	1.940,9	2.029,7	2.199,9	2.323,4	2.403,1	2.405,0	2.588,6	2.790,0	2.979,7	3.018,0	3.029,5	3.203,6
Media	1.798,9	1.903,7	2.052,9	2.146,6	1.887,1	1.998,3	2.166,9	2.264,2	2.432,6	2.563,2	2.484,1	2.491,5
Índice España	61	61	61	66	80	81	84	87	89	90	91	90

¹ Excluye inversiones.

² Gasto corriente.

* La muestra de países se corresponde con los Estados miembros de la UE para los que la OCDE dispone de información. Las cifras se incorporan a la tabla desde el momento en que se produce la incorporación de cada Estado a la UE.

Fuente: OECD Health Data 2013.

En todo caso, las políticas de gasto público han de juzgarse, más que por la cuantía de recursos que absorben, por las funciones que cumplen y cómo lo hacen. La sanidad es uno de los pilares del Estado del Bienestar, en el que tiene una función aseguradora. Pero en cierta forma, se está viendo forzada a asumir papeles más sociales, en la medida en que los problemas sociales crean y agravan los problemas de salud. La sanidad ha de cargar con los costes externos del fracaso de los otros pilares, como la atención a la dependencia, que ha sufrido un frenazo con la crisis económica (Dizy-Menéndez *et al.*, 2013). Según la evaluación del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD) publicada en el BOE en agosto de 2012¹, el 44 % de los 1.369.470 prestatarios potenciales del sistema todavía no están recibiendo prestaciones. Además, la adecuada coordinación sociosanitaria necesita una oferta razonable de camas hospitalarias de media estancia y centros residenciales asistidos, pero estamos lejos de alcanzar dicho nivel de oferta.

La sanidad ha comenzado a asumir funciones redistributivas del Estado del Bienestar que, por naturaleza, le son ajenas. España ya ha alcanzado el nivel del conjunto de la UE-27 en gasto social (25 % del PIB), pero con un peso muy inferior de gasto público en atención a la pobreza, a la familia, a la vivienda y a la incapacidad (Salinas y Tobes, 2013). El Estado del Bienestar en España redistribuye menos que en los países vecinos. Somos el tercero de la UE-27 en desigualdad de renta –medida a través del índice de Gini–, y este problema se ha agravado tras el inicio de la crisis. En ese contexto, la sanidad pública, además de su tradicional papel asegurador, ha de asumir y asume funciones redistributivas, que amortigüen la desigualdad económica y las desigualdades sociales en salud (Spadaro *et al.*, 2013).

Además del apremiante problema (coyuntural) de falta de liquidez, se pone en duda la capacidad (estructural) para la sostenibilidad a medio y largo plazo del Sistema Nacional de Salud (SNS), a menos que se emprendan ciertas reformas de adaptación a los cambios demográficos, tecnológicos, profesionales y, en suma, sociales (AES, 2013). La respuesta gubernamental, en plena crisis, a esa necesidad de reformas ha sido muy contestada por buena parte de los profesionales del sector, expertos y ciudadanos y, a nuestro juicio, es dudoso que vaya a conducir al SNS hacia la universalidad, equidad y máxima calidad que se predica.

En el siguiente epígrafe valoramos las reformas que se están acometiendo en nuestro SNS, para pasar después a analizar aquellas que deberían abordarse y están siendo ignoradas. El artículo concluye con un apartado de conclusiones y consideraciones finales.

¹ <http://www.boe.es/boe/dias/2013/08/02/pdfs/BOE-A-2013-8539.pdf>

2. Procesos en marcha: ¿en qué dirección van las reformas?

La respuesta a la crisis económica en el sector sanitario se hizo esperar, del mismo modo que en buena parte de los sectores productivos del país. Entre 2007 y 2008 el gasto sanitario público experimenta un crecimiento del 11 %, y ese aumento, aunque más moderado (5,3 %), continúa hasta 2009. No será hasta el año siguiente que comience el descenso en términos absolutos de las cifras de gasto público. Inicialmente, la respuesta dada por las autoridades sanitarias adopta la forma de recortes presupuestarios lineales que se manifiestan en rebajas salariales, reducción de la capacidad de prestar asistencia (despidos, cierre parcial de instalaciones) e incremento de la deuda con los proveedores. La urgencia de reducir el gasto, en línea con la necesidad de cumplir los objetivos de déficit marcados por la UE, no deja margen para reformas estructurales en los primeros momentos de la crisis.

En el año 2012, no obstante, se lanza una reforma a gran escala contenida en el Real Decreto Ley 16/2012, que introduce algunos cambios de calado, y que en general afecta a todos los ámbitos del sistema que continúan bajo la competencia del Gobierno central: modelo de aseguramiento, cobertura de prestaciones, personal, política farmacéutica, etc.

Antes de entrar en el fondo de las reformas incluidas en el RDL 16/2012, merece la pena detenerse en el procedimiento seguido: de forma resumida, un Real Decreto Ley (no una ley) que, gracias a una mayoría absoluta, se convalida en el Congreso con un mínimo debate. Resulta cuando menos sorprendente (algunos juristas incluso cuestionan que sea jurídicamente admisible) que los importantes cambios que introduce el Real Decreto Ley se hayan tramitado a través de un instrumento diseñado para situaciones de extraordinaria y urgente necesidad, que no admite ningún tipo de enmienda ni modificación (salvo las cinco páginas de corrección de errores que aparecieron en el BOE tres semanas después de su publicación), y que apenas ocupó dos horas de debate en el Congreso de los Diputados. Por otra parte, se trata de una reforma que se diseña en los despachos del Ministerio al margen de los profesionales del sector, que son los responsables de la gestión diaria del Sistema Nacional de Salud, lo que sin duda le resta eficacia y credibilidad.

Entre los cambios incluidos en el Real Decreto que más ríos de tinta han provocado cabe destacar dos: el cambio en el modelo de aseguramiento, y la reforma del sistema de copagos.

Con respecto al cambio de aseguramiento, la reforma pervierte las características de un Sistema Nacional de Salud, que se financia mediante impuestos generales y, en consonancia, ha de proporcionar cobertura según criterios de ciudadanía, al definir a los beneficiarios con criterios propios de un modelo de Seguridad Social, retomando la caduca distinción entre *asegurado* y *beneficiario*. La reforma legislativa abre la puerta a la dualización del sistema en un doble sentido: por un lado, algunos grupos de población vulnerables, como los inmigrantes irregulares (aproximadamente 150.000 personas²), quedan fuera de la cobertura pública, igno-

² Según publicaba el diario *Expansión* el 24 de abril de 2012; cifra estimada a partir de la diferencia entre el padrón y el registro de la Secretaría General de Inmigración: <http://www.expansion.com/2012/04/24/economia/politica/1335273400.html>. Cifras similares ofrecían otros medios: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/23/actualidad/1335209972_148200.html

rando las recomendaciones de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que aconseja que el acceso a la atención sanitaria necesaria para estas personas se facilite de acuerdo con los mismos criterios que a los nacionales. Además, la restricción de la cobertura por criterios de afiliación a la Seguridad Social o renta, aleja a los más pudientes del sistema público, lo que puede traducirse en una merma progresiva de la calidad de la asistencia (Urbanos, 2012).

Por otra parte, la exclusión del aseguramiento de esos colectivos puede tener efectos secundarios. Dado que sigue existiendo la obligación de tratar las urgencias, puede producirse una sustitución en la demanda de servicios desde los que pasan a tener copago 100 % a los que continúan siendo gratuitos, ya sea de forma premeditada y consciente, ya sea derivada del agravamiento de la condición clínica de quienes no acudieron en su momento al primer nivel asistencial por no poder asumir su coste. Puesto que el cambio de modelo de aseguramiento se ha basado en la necesidad de garantizar la sostenibilidad del SNS, resulta extraño que no se haya pensado en este *efecto secundario* de la reforma. El cambio legislativo puede, asimismo, plantear un serio problema de salud pública si los afectados por enfermedades infecto-contagiosas (tuberculosis, VIH, etc.) se enfrentan a barreras de acceso a la asistencia sanitaria que les disuadan de obtener el diagnóstico y tratamiento adecuados. Asimismo, es previsible que algunas estrategias de vacunación pierdan eficacia. Sin considerar, obviamente, los efectos indeseados en la salud de los propios colectivos excluidos que, en ocasiones, se han hecho visibles de forma trágica³.

Como se mencionaba anteriormente, una de las medidas más polémicas contenidas en el Real Decreto ley 16/2012 ha consistido en la reforma del copago farmacéutico, que había sido muy criticado particularmente porque la distinción entre porcentajes de aportación (40 % activos, 0 % pensionistas) resultaba independiente de la capacidad de pago de los pacientes. El nuevo copago elimina la gratuidad de los fármacos para los pensionistas, aplicándoles un porcentaje de aportación del 10 % (con distintos límites mensuales en función de la renta anual), y abre el abanico de aportaciones para los activos (40, 50 y 60 %), dependiendo de su renta pero sin techo de gasto. Esta reforma ha sido criticada por varios aspectos: el primero es el diferente trato que reciben activos y pensionistas con enfermedades importantes, a igual renta y necesidad, puesto que el porcentaje de copago al que se enfrentan los primeros es muy elevado y no está sometido a ningún límite máximo. El segundo es que el copago de los activos, en realidad, no es función de la renta: lo es el porcentaje por envase, pero no lo que acaba pagando por sus medicinas quien más las necesita, ya que el 50 % del copago se acumula en el 5 % de activos más enfermos (Puig, 2013). Y, en tercer lugar, la incapacidad de gestionar el límite máximo de los pensionistas en el momento de la dispensación no solo resulta muy costosa, sino que inhabilita precisamente la función reductora del riesgo financiero de ese límite (Puig y Urbanos, 2014). Por otra parte, el examen de la evolución del gasto farmacéutico posterior a la reforma sugiere que el nuevo copago causó un cambio en escalón del número de recetas, pero el ritmo de crecimiento se recupera apenas un año después de su implantación, ya que los otros incentivos a la prescripción no se han visto alterados (Puig *et al.*, 2013).

³ DIARIO PÚBLICO (2013): «Muere en Mallorca un inmigrante sin papeles al que se le negó la atención sanitaria»; publicado el 4 de mayo.

La extensión del copago a los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria (10 % del precio con un máximo de 4,20 euros por envase) también ha sido muy discutida, si bien aún no ha podido ser evaluada (entró en vigor en octubre de 2013, aunque las CCAA empezaron a aplicarla en enero de 2014). En cualquier caso, el límite operativo de copago *hospitalario*, que se aplica a tratamientos contra el cáncer y para enfermedades crónicas invalidantes como la esclerosis múltiple es, en la práctica, el fijo (4,20 euros por envase), ya que en la lista de los 43 principios activos sujetos a copago⁴ el precio medio por envase es 1.635 euros (mínimo 70 euros, máximo 9.283 euros). El nuevo esquema no parece capaz, en principio, de cumplir ninguna de las dos funciones teóricas del co-pago (reducir el abuso moral o consumo innecesario y recaudar).

Las reformas introducidas por el Ministerio de Sanidad no son, sin duda, las únicas polémicas. Las CCAA, competentes en el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios, han emprendido también acciones para tratar de ajustar el gasto sanitario a su mermado nivel de ingresos. Entre ellas, el cierre de algunos servicios, como el que registró durante algunos meses Castilla-La Mancha en las urgencias de los Puntos de Atención Continuada (antes de que las resoluciones de los Tribunales de Justicia obligaran a derogar la medida), o el inicio de un amplio proceso de externalización (mal llamada *privatización*) de los servicios sanitarios en la Comunidad de Madrid (por el momento paralizado a la espera de las resoluciones judiciales pertinentes), siguiendo la estela que comenzó en Alzira en los años 90.

El propósito de esas iniciativas de colaboración con el sector privado en la gestión de los centros es mejorar la eficiencia, reduciendo el gasto sin mermar la calidad, gracias a la potencial transferencia de riesgos desde el sector público hacia las empresas concesionarias, a la mayor flexibilidad en la gestión por parte de las empresas privadas, que se manifiesta fundamentalmente en el ámbito de los recursos humanos, y/o a la posibilidad de introducir elementos de competencia entre centros. Sin embargo, tienden a ignorar algunos de los riesgos que están presentes en esas fórmulas de gestión indirecta. Así, el ahorro de costes es discutible, puesto que a pesar de que algunos datos sugieren una mayor eficiencia de los hospitales en régimen de concesión administrativa, como consecuencia de un gasto por ingreso menor, la tasa poblacional de hospitalizaciones tiende a ser más elevada que en los hospitales de gestión directa y, por tanto, también lo es el gasto sanitario total per cápita (Peiró and Meneu, 2012). Por otra parte, dado que los agentes concesionarios son empresas con ánimo de lucro, existe el riesgo de que la atención de estas empresas se centre en maximizar la rentabilidad económica, aun a expensas de una menor calidad de la asistencia. Además, dependiendo de cómo se diseñen los contratos, puede fomentarse la selección de riesgos (o *cream-skimming*), incentivando por tanto a tratar a los pacientes *baratos* y a ignorar a los de tratamiento más caro. Algunas experiencias previas en España alertan también de la ausencia de transferencia real de riesgo, puesto que el sector público acude al rescate de los hospitales de gestión privada cuando estos sufren problemas financieros. Finalmente, se aprecian en la práctica española riesgos visibles de captura del regulador. Todo ello, sumado a la inexistencia de una evaluación rigurosa de las experiencias

⁴ <https://www.boe.es/boe/dias/2013/09/19/pdfs/BOE-A-2013-9709.pdf>.

de colaboración público-privada que han tenido lugar en España hasta el momento, acentúa la desconfianza hacia estas fórmulas de gestión.

De hecho, lo que sugiere la evidencia científica al respecto es que los resultados de la gestión dependen, no tanto de si es el sector público o el privado quien gestiona, como de factores relacionados con el entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos y la supervisión que ejerza el financiador de la calidad del servicio (Jiménez y Oliva, 2012).

3. Las necesidades del sistema: ¿cuáles han de ser las reformas estructurales?

Existe, en general, consenso sobre cuáles son los principales puntos débiles del SNS, y por tanto sobre la orientación de las reformas que deberían ponerse en práctica. Los diagnósticos sobre el sistema –y su correlato en forma de propuestas de reforma– tienden a proliferar en épocas de crisis, propicias para los cambios, en las que los distintos grupos de interés tratan de optimizar su actividad de búsqueda de rentas. Es interesante observar cómo las propuestas surgidas del sector asegurador y prestador de asistencia sanitaria privada proponen una mayor colaboración entre sector público y privado; o cómo las patrocinadas por la industria (farmacéutica y de tecnología) son proclives a los aumentos de gasto (¡incluso en plena crisis!) y a las soluciones de corte tecnológico (*e-health*, etc.). Las propuestas procedentes de sociedades científicas y de la academia, tampoco exentas de la defensa de intereses particulares, conservan no obstante una visión más general y menos contaminada por intereses comerciales, y asumen el objetivo explícito de basarse en la evidencia científica. Entre dichos informes, destacamos el de la Asociación de Economía de la Salud, actualizado en 2013 (AES, 2013).

3.1. Criterios de cobertura y coste-efectividad

La racionalidad explícita en las decisiones de cobertura previene contra la arbitrariedad y evita los efectos secundarios de los recortes lineales indiscriminados. La racionalidad siempre es necesaria, pero más en tiempos de crisis económica, en los que se imprime más presión exógena al sector para reducir el gasto sanitario público, porque el coste de oportunidad de los recursos públicos aumenta con la crisis. España se ha subido con décadas de retraso a este tren de la *cuarta barrera* en el que circulan más de la mitad de los países europeos y muchos de otras latitudes desde hace décadas, que requiere demostrar que un nuevo medicamento o prestación es coste-efectivo, además de tener calidad y de ser seguro y eficaz, antes de ser incluido en la cobertura pública. España se ha subido tarde y viaja en el estribo.

La introducción de criterios de coste-efectividad en la toma de decisiones no debería seguir demorándose, porque desvía el foco del debate desde el gasto y los recortes, que solo ven una

cara de la moneda, hacia el balance entre el gasto y sus resultados de salud. La elección sobre qué tecnologías y/o procedimientos han de ser financiados públicamente debería basarse en criterios explícitos (¿cuánto estamos dispuestos a pagar por las mejoras en efectividad medidas, por ejemplo, en años de vida ajustados por calidad?) y debería apoyarse en técnicas de evaluación económica. Pero se necesita algo más que la mera invocación al criterio de coste-efectividad en la norma escrita. Hay que pasar de la teoría a la acción, cambiando el papel asignado a las múltiples agencias de evaluación de tecnología para 1) que orienten la mayor parte de su trabajo a la evaluación previa a la toma de decisiones (y no para evaluar ex-post decisiones que, de demostrarse erradas, no se modifican); 2) que coordinen sus actuaciones, eviten trabajo duplicado y cubran lagunas de conocimiento; y 3) que sus recomendaciones sean de obligado cumplimiento por el SNS.

La cultura de la priorización parece estar permeando en nuestro Sistema Nacional de Salud (Espin *et al.*, 2013). El simple hecho de que se considere racionalizar la cartera de servicios con criterios de efectividad y coste-efectividad es muy buena señal⁵. Para ese fin se ha creado un *Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud*, órgano colegiado, de carácter científico-técnico, para asesorar en temas de evaluación económica y así sustentar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos. Pero los avances son lentos. Los precios de los nuevos medicamentos biotecnológicos multiplican los precios de los preexistentes (López-Valcárcel, 2007), y el coste por año de vida ajustado por calidad se ha disparado, particularmente en el tratamiento de algunas enfermedades y de los medicamentos huérfanos y para enfermedades raras (Campillo y Peiró, 2009), que ya representan el 15 % del gasto farmacéutico en España.

A título ilustrativo, repasamos los 93 informes de evaluación de medicamentos publicados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en 2013⁶, de los que 3 han sido evaluaciones técnicas negativas, 51 evaluaciones técnicas positivas y 39 extensiones de indicación. La indicación más frecuente para los nuevos medicamentos informados positivamente es el cáncer (11 nuevos tratamientos, más dos para evitar efectos adversos de la quimioterapia, representan la cuarta parte del total). Le siguen la diabetes (5) y el VIH (4). Puesto que en su gran mayoría están autorizados pero todavía no comercializados, no podemos comparar precios de los nuevos medicamentos. Respecto a los que consiguieron autorización para nuevas indicaciones en 2013, es decir, aumentan la población potencial a tratamiento, el precio medio es 1.809 euros; el 62 % son de uso hospitalario y otro 15 % son de diagnóstico hospitalario⁷, por tanto las tres cuartas partes son medicamentos que quedan fuera del ámbito de la responsabilidad de la atención primaria, lo que apunta un elemento más para explicar el fenómeno de la crisis de la atención primaria que mencionamos más arriba. De los medicamentos con nuevas indicaciones aprobados en 2013, más de la mitad habían sido autorizados en los cuatro años previos (el 30 % en 2009).

⁵ <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/01/30/oncologia/1359551545.html>.

⁶ Se publican en los *Boletines Mensuales* de la AEMPS: <http://www.aemps.gob.es/informa/informeMensual/home.htm> Datos hasta Diciembre.

⁷ Fuente: Colegios de Farmacéuticos; <http://www.cofpo.org/index.php/medic-es.html>. No consta el precio de 8 de los 39 productos son nuevas indicaciones autorizadas, la descriptiva se ha calculado con los 31 restantes. En caso de varios precios según dosis, se ha tomado el mayor.

Mientras se va formulando poniendo en marcha la reinstitucionalización de las decisiones sobre nuevas terapias, viene funcionando el grupo GÉNESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos), proyecto colaborativo de servicios de farmacia hospitalaria creado por una sociedad científica para evaluar nuevos medicamentos y recomendar o no su adquisición y uso en los hospitales. En siete años de trabajo ya han emitido más de 1.000 informes de evaluación, cifra que contrasta con los apenas siete *informes de posicionamiento terapéutico* (IPT) oficiales aprobados en casi dos años. Estos IPT resultan del trabajo colaborativo entre el Ministerio de Sanidad y las CCAA⁸, y aunque posicionan a un determinado medicamento en relación con las demás alternativas en cuanto a eficacia, seguridad y valor terapéutico, no analizan su coste, ni coste-efectividad, a diferencia de los informes del grupo GÉNESIS.

Además, no basta con incluir medicamentos en la lista de la cobertura pública; hay que especificar las indicaciones y los grupos de personas que más pueden beneficiarse de ellos, lo que requiere una gestión clínica adecuada y la pericia y el compromiso de los profesionales sanitarios.

3.2. Cambios organizativos

Si la innovación clínica ha sido capaz de conseguir los grandes logros de salud para las poblaciones en el pasado, posiblemente en el futuro lo harán las reformas organizativas. Y ese futuro ya ha llegado. Las grandes redes integradas de proveedores serán capaces de dar una atención sanitaria de calidad, con estándares bien establecidos, a grandes segmentos de la población. Un caso paradigmático es Aravind⁹, la mayor red oftalmológica de la India, no lucrativa, que opera unas cataratas por 35 dólares con menos efectos adversos que en el SNS británico, que ha creado su propia fábrica de lentes intraoculares, pasando de comprarlos a Europa por 200 dólares a venderlos por 2 dólares, y a quien los programas mas prestigiosos de MBA del mundo ponen como ejemplo de éxito organizativo.

En España hemos acumulado experiencias valiosas de cambios organizativos y de gestión indirecta, pero es esencial tener datos para poder hacer una evaluación rigurosa e independiente (Abellán-Perpiñán *et al.*, 2013). El debate sobre cambios organizativos en España es confuso y está contaminado por el debate superpuesto e interesado sobre privatización de la gestión sanitaria. Se plantea erróneamente en términos ideológicos, y se aportan más argumentos y tópicos que pruebas empíricas sólidas. Ya hemos tratado la *privatización* de la sanidad en el apartado 2. En este, diferenciaremos dos elementos clave para las reformas organizativas, la integración asistencial y el buen gobierno.

⁸ <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/propuesta-colaboracion-informes-posicionamiento-terapeutico.pdf>.

⁹ <http://www.aravind.org>.

3.3. Integración asistencial y rediseño organizativo

La evidencia científica nos dice que los modelos de atención que se organizan en torno a la atención primaria son más eficientes, y que además tienden a reducir la magnitud de las desigualdades sociales en salud. Nuestro sistema sanitario pivota sobre la atención de primer nivel, pero los distintos niveles del sistema aún no se entienden suficientemente: atención primaria, especializada y sociosanitaria deberían proporcionar una atención integrada que garantice un abordaje eficiente y efectivo de los problemas de salud de los pacientes. La idea básica es que el sistema de atención sanitaria ha de adaptarse a los problemas del paciente y no al revés.

El tratamiento de las enfermedades crónicas consume cerca del 70 % de todos los recursos dedicados a asistencia sanitaria. Los avances médicos han conseguido cronificar enfermedades que hace unas décadas causaban una muerte más temprana y que eran abordadas como episodios básicamente agudos (sida, enfermedades oncológicas), y el aumento en la esperanza de vida ha multiplicado asimismo algunas dolencias crónicas, como el alzhéimer u otras demencias.

La introducción de una perspectiva temporal en la gestión de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta la posibilidad de predecir la morbilidad de la población y los costes asociados a su tratamiento, aparece como una medida de mejora potencial de la eficiencia (Carreras *et al.*, 2013). En España se han puesto en marcha estrategias de cronicidad, como la del País Vasco (Osakidetza, 2010), que posiblemente consigan mejorar la atención sanitaria y cambien las dinámicas de la atención a la cronicidad.

La integración asistencial entre atención primaria y especializada (también, en su caso, la red sociosanitaria) es otra estrategia que busca mejorar la coordinación entre niveles, la longitudinalidad de la atención a los pacientes y la racionalidad básica de que intervenga quien mejor lo haga en cada caso. Pero las integraciones suelen ser *de facto* absorciones de la atención primaria por la especializada, que suele liderar el proceso, reduciendo así todavía más la autonomía, capacidad resolutoria y autoestima de la atención primaria.

3.4. Buen gobierno

El concepto de buen gobierno es multidimensional y complejo, y abarca diversas áreas de actuación. De todas ellas, pondremos el acento en la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la ausencia de corrupción, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

El SNS es, en general, deficitario en transparencia. La información sobre los procedimientos de actuación y sobre el desempeño de los servicios regionales es insuficiente, y normalmente no permite comparaciones, ni facilita procesos de evaluación sistemática de las distintas políticas públicas. Obviamente, sin la adecuada información ni la deseada transparencia no pueden existir procesos de rendición de cuentas fidedignos.

Por otra parte, el control de la corrupción resulta esencial no solo para la gobernanza del sistema sanitario, sino para el propio desarrollo económico del país. En este sentido, España ha dado pasos atrás en los últimos años. Mientras en el año 2004 nos situábamos en el puesto 22 (de un total de 182 países) en el índice de percepción de la corrupción, el último dato disponible nos colocaba en el lugar 40, por detrás de Polonia y por delante de Cabo Verde (Transparency International España, 2013).

Asimismo, el control y la regulación de los conflictos de interés, muy abundantes en el sector sanitario, constituyen un factor clave para el buen gobierno del sistema. A este respecto puede señalarse la participación de la industria farmacéutica en la financiación de ensayos clínicos, estudios de evaluación económica, etc., que debería declararse siempre, o la clara influencia que el sector farmacéutico ha ejercido, en general, sobre los profesionales sanitarios, como consecuencia de que las actividades de formación continuada fueron prácticamente abandonadas por el sector público en manos de la industria. Por otra parte, la famosa *puerta giratoria*, que afecta a una parte no despreciable de quienes gobiernan el sistema público (altos cargos relacionados con la regulación farmacéutica, consejeros y directores generales autonómicos...) es un problema serio que requiere ser abordado con prontitud. Acabar con estas prácticas pasa por establecer un control escrupuloso de los conflictos de interés. Como señalan Meneu y Ortún (2011), se requiere que las reglas que rigen el sistema «hagan individualmente atractivo lo socialmente deseable».

El buen gobierno pasa también, y de forma muy importante, por profesionalizar la gestión del SNS sobre la base del mérito y la capacidad (Repullo y Freire, 2008). Hasta ahora, cada cambio de partido en el gobierno ha implicado la sustitución de la práctica totalidad de los gerentes de hospitales, áreas de atención primaria y otros puestos de carácter ejecutivo, en un proceso que prima la proximidad o lealtad política a la meritocracia. Como señalan Bernal *et al.* (2011), la toma de los puestos gerenciales y de alta (y media) dirección como botín electoral supone destrucción periódica del capital directivo acumulado, por lo que resulta urgente profesionalizar la gestión a través de concursos por concurrencia competitiva abierta y evaluación periódica del desempeño.

Por último, señalaremos un problema relacionado con el buen gobierno que tiene que ver con la articulación institucional en un modelo descentralizado que aún no ha encontrado el encaje adecuado entre niveles de gobierno. Por el momento, no existe una institución que sea operativa y eficaz en la tarea de coordinar algunas actuaciones regionales, ya sean generadoras de efectos externos (calendario vacunal y otras medidas de salud pública) o con posibilidades de beneficiarse de economías de escala (política de compras, negociación de las retribuciones del personal sanitario...). Esta institución, que habría de sustituir al Consejo Interterritorial, debería asimismo ser la encargada de fijar los estándares comunes (en el acceso y calidad de las prestaciones) que garanticen la equidad efectiva del sistema, y de marcar las prioridades en términos de salud para el conjunto del Estado. Desde el Ministerio de Sanidad, o desde una institución como la descrita, debería promoverse la convergencia en salud.

3.5. Salud pública y medicalización de la prevención

El propio nombre del máximo órgano responsable de la salud de los ciudadanos (Ministerio de Sanidad) resulta sintomático de cuál es el enfoque dominante: el énfasis se pone en la atención sanitaria, y otros aspectos relevantes (prevención primaria, políticas públicas con repercusiones en la salud –empleo, vivienda, lucha contra la pobreza, educación, etc.) quedan relegados a un segundo o tercer plano.

Siendo las intervenciones intersectoriales más efectivas que las sanitarias para conseguir salud poblacional, la salud pública se *privatiza*. La industria de la prevención utiliza el *mantra* de «más vale prevenir» para vender tecnologías costosas y no siempre coste-efectivas, cribados poblacionales y peligrosos abordajes de medicalización de la prevención (Starfield *et al.*, 2008, Camacho *et al.*, 2012). Si la evaluación del coste-efectividad es necesaria siempre, y más en tiempos de crisis, todavía es más necesaria para las actividades preventivas que tienen el riesgo de dañar a los sanos

En suma, la salud poblacional como reto del sistema trasciende al sector sanitario y requiere políticas intersectoriales, de ahí el movimiento en pro de la *Salud en Todas las Políticas* (López-Valcárcel y Ortún, 2010).

3.6. Los recursos humanos del sistema de salud

Los recursos humanos son el principal activo del sistema de salud. Incentivarlos adecuadamente, impedir su obsolescencia, mantener un nivel satisfactorio de inversión pública en capital humano con perspectiva de planificación a medio y largo plazo son retos ineludibles. Además, sin el liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios no hay reforma posible.

El hecho de que formación y empleo estén tan imbricados en las políticas públicas favorece *a priori* la coherencia, pero también introduce conflictos de interés entre los responsables de la formación (universidades, centros docentes MIR), los empleadores (servicios de salud de las CCAA), y los reguladores (Ministerios de Sanidad y Educación principalmente). El estatuto funcional de los trabajadores de centros públicos impone corsés rígidos a la gestión y la primacía de criterios de afinidad personal y política sobre los profesionales lastra la gestión sanitaria. En un estudio comparativo, se concluía que aquellos hospitales generales que disfrutaban de un régimen laboral no estatutario consiguen mejores resultados en términos de calidad y eficiencia que los estatutarios (IASIST, 2013).

En España, las reformas concernientes a los recursos humanos para la salud son extremadamente costosas en tiempo, energía y en coste político. El diagnóstico lleva tiempo hecho, hay que flexibilizar la oferta de profesionales sanitarios. Serán pilares básicos de ese cambio la definición de áreas de capacitación específica y los troncos comunes en la formación MIR. Pero las reformas se demoran y son extremadamente lentas.

Tras treinta años de reforma de la atención primaria, todavía en 2012 subsistían las plazas de médicos *de cupo* o *no jerarquizados* que trabajaban dos horas diarias sin integrarse en ningún equipo. Más de treinta años después de la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), obligatoria para ser médico de atención primaria en la red pública, unos 3.000 médicos generales con plaza están pendientes de examinarse la próxima primavera para obtener el título de especialistas en MFC. Esos dos ejemplos son apenas síntomas del mal más profundo del inmovilismo. El retraso en poner en marcha el necesario registro de profesionales sanitarios, que lleva casi una década como proyecto, o el retraso en establecer la troncalidad en la formación de especialistas médicos, son síntomas del mismo problema de fondo.

Además, hay problemas de fondo que imponen altísimos costes al sistema de salud, siendo uno de los más graves la crisis de la medicina de familia, pese a que la atención primaria está mejor posicionada que la especializada porque contribuye más a la equidad (Urbanos, 2000). Además de conflictos fronterizos entre los médicos de familia y otros profesionales, particularmente los enfermeros, ascendidos de diplomados a graduados, hay división interna (tres sociedades de médicos de familia) y tal vez falta de identidad. Síntomas de esa crisis interna son las señales del mercado MIR: cotización a la baja de la especialidad de medicina de familia, el 45 % de las re-especializaciones en 2012 fueron de médicos de familia, las universidades top en el baremo MIR apenas producen candidatos para MFC (González López-Valcárcel *et al.*, 2013; Harris *et al.*, 2013; López-Valcárcel *et al.*, 2013).

El cambio de paradigma hacia un modelo de responsabilidad del cuidado compartido por el equipo de atención primaria implicará cambios en las necesidades de médicos de familia (y de otros trabajadores de AP) y afectará tal vez al atractivo de la especialidad en el programa MIR. La cuestión no es si habrá que reinventar la atención primaria, sino el cómo (Casajuana, 2013), para superar sus tres lastres internos: la desprofesionalización (o *funcionarización*), el complejo de inferioridad respecto a la atención especializada y el bajo liderazgo de los equipos de atención primaria.

La medicina de familia corre el riesgo de quedarse marginada hacia una atención para pobres en un Estado de Bienestar dualizado. Mientras no se aumente su cotización en el mercado MIR, difícilmente se podrán abordar con éxito las reformas organizativas que apuntábamos más arriba. Desde la macrogestión podrían ponerse en marcha medidas que emitieran señales claras de que se apuesta por la atención primaria como eje del SNS y se reconoce su enorme potencial en estos tiempos de crisis: discriminación positiva en las convocatorias de proyectos competitivos de I+D, cátedras de Medicina de Familia en Facultades de Medicina, ventajas retributivas, etc. Pero el mayor reto está en la *renovación de la atención primaria desde la consulta*, lo que nos lleva de nuevo a los rediseños organizativos.

4. Resumen de conclusiones y consideraciones finales

Las sociedades modernas deberían hacer lo posible por mantener vivo el espíritu de quienes, tras la Segunda Guerra Mundial, idearon un Estado del Bienestar que liberase a la gente de la miseria, de la enfermedad, de la ignorancia y de la total incertidumbre ante el futuro. Y, sobre todo, por mantener a flote un sistema sanitario que, junto con la educación, está en la base del crecimiento económico conseguido en las últimas décadas y desandado en los últimos años.

Los responsables políticos, habitualmente interesados en la reelección, gobiernan con la vista puesta en obtener beneficios visibles durante su mandato y, a ser posible, en trasladar costes a gobiernos futuros. No es este un fallo irremediable, pero su solución requiere altura de miras, lo que habitualmente se denomina *visión de Estado*, que exige asumir el coste de tomar decisiones difíciles que en el medio y largo plazo ofrecerán beneficios de los que seguramente se apropiarán otros.

La orientación de las reformas, particularmente en sectores tan sensibles como el de la sanidad, nunca estará exenta de polémica. Las discusiones acerca de qué reformas son necesarias forman parte del debate político e ideológico, que necesariamente ha de estar presente en una sociedad democrática. Sin embargo, las cuestiones de procedimiento deberían estar fuera de esa polémica. La transparencia en la toma de decisiones (con qué información se cuenta y qué grado de fiabilidad tiene; exposición argumentada de los posibles efectos derivados de una medida, etc.) y la evaluación (objetiva, con rigor científico) de los resultados de las distintas medidas aplicadas, deberían ser innegociables. La verdadera democracia es aquella que permite a los ciudadanos decidir acerca de las opciones políticas a partir de la máxima información posible, que ha de ser pública, accesible, rigurosa y fiable. Estos requisitos, sin embargo, están lejos de cumplirse.

Referencias bibliográficas

- TRANSPARENCY INTERNATIONAL ESPAÑA (2013): «Índice de Percepción de la Corrupción 2012». Disponible en: <http://www.transparencia.org.es/>.
- ABELLÁN-PERPIÑÁN, J.; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; MARTÍNEZ-PÉREZ, J. y MÉNDEZ-MARTÍNEZ, I. (2013): *El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y reformas*. Fundación FBBVA.
- AES (2013): *Diagnóstico y propuestas de avance*. Barcelona, septiembre, 2013.
- CAMACHO, J. G.; MORAL, E. G. y DE GRACIA, L. J. (2012): «Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina»; *AMF* (8); pp. 312-317.
- CAMPILLO, C. y PEIRÓ, S. (2009): «Enfermedades raras, medicamentos huérfanos: el valor de la orfandad»; *Gest Clín Sanit*; pp. 119-26.

- CARRERAS, M.; IBERN, P.; CODERCH, J.; SÁNCHEZ, I. y INORIZA, J. (2013): «Estimating lifetime healthcare costs with morbidity data»; *BMC Health Services Research* (13); p. 440. doi:10.1186/1472-6963-13-440.
- CASAJUANA, J. (2013): «La refundación de la atención primaria desde la consulta»; *La renovación de la atención primaria*.
- DIZY-MENÉNDEZ, D.; RUIZ-CAÑETE, O. y FERNÁNDEZ-MORENO, M. (2013): «El sistema de protección a la dependencia en España y su reforma»; *Presupuesto y Gasto Público* (71); pp. 241-258.
- ESPÍN, J.; ABELLÁN, J.; PEIRO, S. y GÓMEZ-PAJUELO, P. (2013): «Garantía, Solvencia y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Español: Análisis Cualitativo desde la Farmacia Hospitalaria»; *Informe Fundación Gaspar Casal*. <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any 2013/Garantia2013.pdf>.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; ORTÚN, V.; BARBER, P. y HARRIS, J. E. (2013): «Important differences between faculties of medicine. Implications for family and community medicine»; *Aten Primaria*.
- HARRIS, J. E.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; ORTÚN, V. y BARBER, P. (2013): «Specialty choice in times of economic crisis: a cross-sectional survey of Spanish medical students»; *BMJ Open* (3).
- IASIST (2013): *Evaluación de resultados de los hospitales en España según modelo de gestión*; http://www.iasist.com/files/Modelos_de_gestion.pdf.
- JIMÉNEZ, S. y OLIVA, J. (2012): Gestión pública o privada de servicios sanitarios (I): elementos para un debate informado; *Blog de FEDEA «Nada es Gratis»* [Online], 22.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; RIVERA, B. y CURRAIS, L. (2005): *Health and Economic Growth. Findings and Policy Implications*, The MIT Press.
- LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. (2007): «La incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Coste-efectividad y presiones sobre el gasto sanitario»; *Presupuesto y Gasto Público* (49); pp. 87-105.
- LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. y ORTÚN, V. (2010): «Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective»; *J Epidemiol Community Health* (64); pp. 497-9.
- LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; ORTÚN, V.; BARBER, P.; HARRIS, J. E. y GARCÍA, B. (2013): «Ranking Spain's Medical Schools by their performance in the national residency examination»; *Rev Clin Esp* (213); pp. 428-34.
- OEDC (2013): *Health Data 2013*; <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata>; http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
- OSAKIDETZA (2010): *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad*; <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>.

- PEIRÓ, S. y MENEU, R. (2012): «Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs. privada por concesión»; *Blog de FEDEA «Nada es Gratis»* [Online], 27 Diciembre.
- PUIG, J. (2013): «Un año de ‘tripago’ farmacéutico»; *Diario Médico*.
- PUIG, J.; RODRÍGUEZ-FEIJÓO, S. y G LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2013): «Paying for Formerly Free Medicines in Spain: Dramatic Prescription Drops, Looking for Unanswered Questions»; *CRES-UPF Working Paper (07-76)*; Barcelona. Disponible en: http://www.upf.edu/cres/_pdf/CRESWP20130776_JPJBGLV.pdf.
- PUIG, J. y URBANOS, R. (2014): «Cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios como consecuencia de la crisis»; *Informe SESPAS 2014*.
- SALINAS, J. y TOBES, P. (2013): «El gasto en protección social como instrumento del Estado de Bienestar»; *Presupuesto y Gasto Público*; pp. 13-28.
- SPADARO, A.; MANGIACACCHI, L.; MORAL-ARCE, I.; ADIEGO-ESTELLA, M. y BLANCO-MORENO, A. (2013): «Evaluating the redistributive impact of public health expenditure using an insurance value approach»; *Eur J Health Econ* (14); pp. 775-87.
- STARFIELD, B.; HYDE, J.; GERVA, J. y HEATH, I. (2008): «The concept of prevention: a good idea gone astray?»; *J Epidemiol Community Health* (62); pp. 580-3.
- URBANOS, R. (2000): «La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987-1995»; *Hacienda Pública Española* (2); pp. 139-160.
- URBANOS, R. (2012): «¿No había otro modo de racionalizar? Comentarios sobre el cambio en el modelo de aseguramiento»; *Boletín Economía y Salud* (74).