

DOCUMENTOS DE DEBATE

## SISTEMA SANITARIO, SALUD Y SOSTENIBILIDAD

Rosa Urbanos

www.fundacionideas.es

Las opiniones reflejadas en este documento solo vinculan al autor y no necesariamente a la Fundación IDEAS.

DD  
07/2012



**Rosa Urbanos**, especialista en economía de la salud. Profesora titular en la Universidad Complutense de Madrid.

#### Publicaciones de la Fundación IDEAS

Informes: son análisis de mayor extensión llevados a cabo por equipos de científicos y expertos en los que la Fundación IDEAS refleja su posición.

Documentos de Trabajo: son análisis más breves llevados a cabo por equipos de científicos y expertos en los que la Fundación IDEAS refleja su posición.

**Documentos de Debate: son documentos elaborados por científicos y expertos de la Fundación IDEAS y colaboradores externos que no necesariamente reflejan las posiciones de la Fundación.**

Documentos de Análisis Político: son documentos que marcan el posicionamiento político de la Fundación IDEAS en asuntos relevantes de la agenda política.

Artículos de Análisis y Opinión: son artículos de opinión donde el autor libremente expone sus puntos de vista sobre un asunto concreto, sin reflejar las posiciones de la Fundación.

Editado por Fundación IDEAS  
c/ Gobelos 31, 28023 Madrid  
Telf. +34 915 820 091  
Fax. +34 915 820 090  
[www.fundacionideas.es](http://www.fundacionideas.es)

ISBN: 978-84-15386-09-4  
Depósito legal: M-16849-2012

## Abstract

La dinámica de crecimiento continuado seguida hasta ahora por el gasto sanitario público se ha visto frenada en los últimos años por la aparición de una profunda crisis económica, que está obligando a los gobiernos europeos a modificar los esquemas de protección social como forma de garantizar unas finanzas públicas saneadas tanto en el corto como en el medio y largo plazo. Frente a las actuaciones basadas en recortes de tipo lineal guiados por el pánico y la urgencia de la consolidación presupuestaria, el presente documento pretende aportar nuevas dosis de discusión y debate para la reforma del Sistema Nacional de Salud, partiendo de una premisa inicial: el compromiso con un modelo social progresista en el que la protección a la salud no solo sea sostenible, sino que cumpla con los principios de equidad, efectividad y calidad. En él se abordan cuestiones como el papel de la prevención y de la salud pública, los incentivos de profesionales y centros, las nuevas fórmulas de gestión, el recurrente «copago» o la impostergable necesidad de mejorar el buen gobierno del sistema.

### Abreviaturas y siglas

CC. AA.	Comunidades autónomas
NICE	National Institute for Clinical Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto interior bruto
PFI	Iniciativa de financiación privada
PPP	Partenariado público-privado
SNS	Sistema Nacional de Salud
USD	Dólares estadounidenses

## Índice

Introducción: motivación y objetivos .....	7
1. Gasto sanitario y salud. ¿Cómo mejorar la relación entre ambas variables? ...	11
2. ¿Es mejor prevenir que curar? .....	16
3. El papel de la salud pública .....	18
4. El papel de los incentivos a profesionales y centros .....	21
5. ¿Qué papel ha de jugar el sector privado? Los modelos PFI-PPP .....	23
6. Reformas en el ámbito de la gestión .....	25
7. Buen gobierno .....	27
8. El copago no es la solución para sostener el SNS .....	33
9. El sistema sanitario como elemento de cohesión social .....	35
10. Conclusiones y recomendaciones .....	40
Referencias .....	44



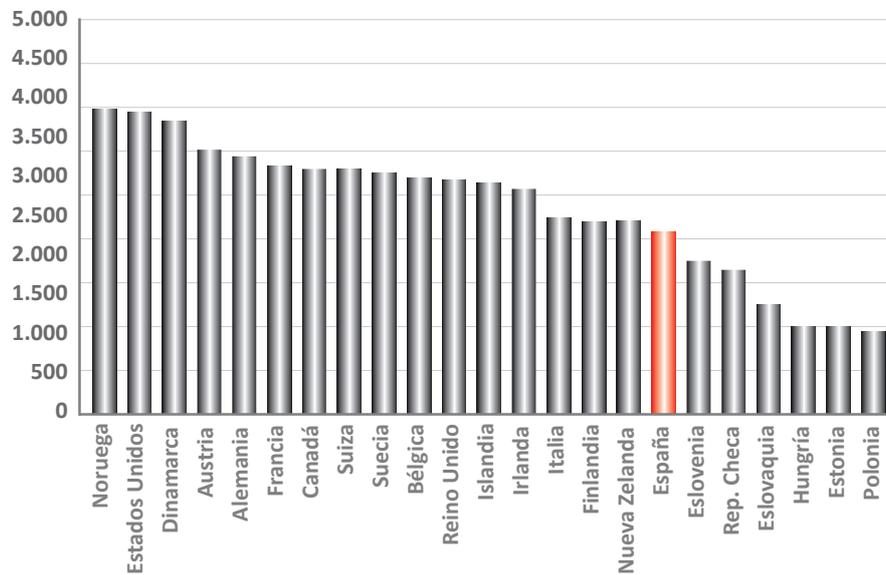
## Introducción: motivación y objetivos

El Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye una de las «joyas de la corona» del Estado del bienestar en España. En comparación con otros países avanzados, el gasto sanitario público es relativamente reducido (Gráfico 1) y los indicadores de salud nos sitúan en los primeros puestos del *ranking* mundial (Gráfico 2), lo que hace pensar que la macroeficiencia en la prestación de los servicios sanitarios es muy elevada. Por otra parte, la sanidad se configura como una de las políticas redistributivas más importantes del país, por lo que su preservación como instrumento igualador resulta prioritaria para cualquier Estado preocupado por reducir la desigualdad entre individuos.

A pesar de que aún nos encontramos por debajo del nivel de gasto público per cápita de la mayor parte de nuestros vecinos, desde que en 1986 se pusieran los cimientos del SNS con la aprobación de la Ley General de Sanidad, el gasto público sanitario en España ha crecido de forma continuada. Dicho crecimiento se acentuó a partir del año 2002, momento en el que se completó el traspaso de las competencias sanitarias al conjunto de comunidades autónomas (CC. AA.) que aún no las habían asumido. Desde entonces, y hasta 2009, las cifras indican que el gasto ha aumentado a un ritmo del 7,8% anual, más de tres puntos porcentuales por encima del crecimiento del producto interior bruto (PIB) (Tabla 1).

Por su parte, la financiación de la sanidad ha crecido impulsada por el aumento de gasto. Los presupuestos sanitarios, lejos de ser una fiel previsión del gasto real, han estado sistemáticamente infraestimados. La restricción presupuestaria a la que se han enfrentado los gobiernos autonómicos (y dentro de ellos las consejerías de salud) se ha caracterizado por su laxitud, lo que ha favorecido, a su vez, la elaboración de presupuestos poco realistas. Como consecuencia, ha sido necesario incrementar sucesivamente la proporción de los recursos públicos dedicada a financiar el gasto

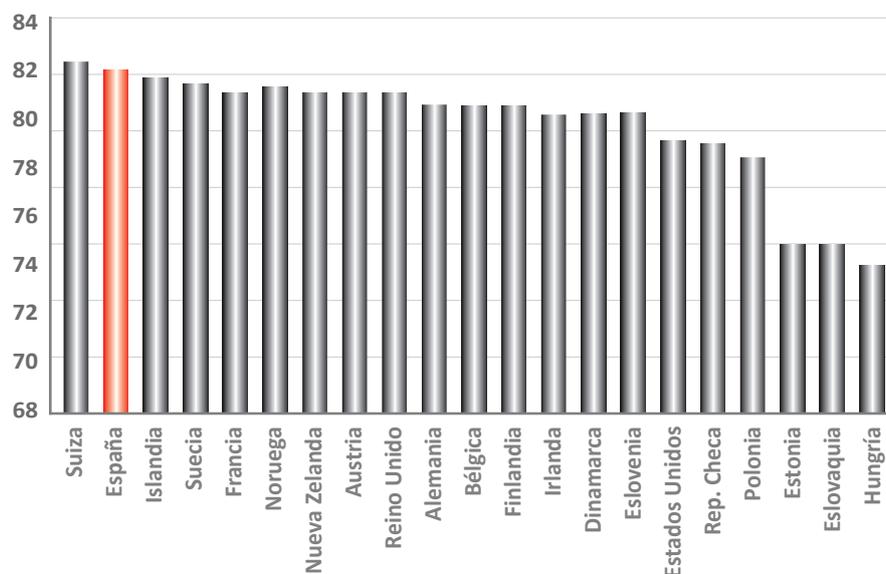
**Gráfico 1. Gasto sanitario público per cápita (USD, paridad de poder adquisitivo)\***  
Año 2009



Fuente: OCDE, Health Data File

\* Los países seleccionados son aquellos de nuestro entorno más próximo para los que la OCDE suministra información sobre el gasto público per cápita en el año 2009, último disponible

**Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer (población total)\***  
Año 2009



Fuente: OCDE, Health Data File

\* Los países representados coinciden con los del Gráfico 1. Solo se excluyen aquellos para los que el dato de esperanza de vida en 2009 no está disponible, como Canadá e Italia

**Tabla 1.** Evolución del gasto sanitario público (clasificaciones funcional y económica) y del PIB. Periodo 2002-2009

	03/02	04/03	05/04	06/05	07/06	08/07	09/08	TAM 2002/09
<b>Clasificación funcional</b>								
Servicios hospitalarios y especializados	12,13	9,22	9,88	11,22	8,20	13,14	6,09	8,66
Servicios primarios de salud	10,24	8,94	9,45	7,89	11,98	10,47	3,88	7,79
Servicios de salud pública	-13,94	16,36	10,26	19,27	11,57	-6,51	48,13	9,29
Servicios colectivos de salud	7,79	-3,89	12,61	10,59	11,86	2,54	8,09	6,05
Farmacia	13,25	5,63	5,96	5,05	5,32	6,88	5,62	5,91
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	9,88	10,55	4,10	21,51	10,66	13,56	5,38	9,29
Gasto de capital	9,05	5,18	15,11	21,84	3,22	6,96	-8,59	6,24
<b>Gasto sanitario público</b>	<b>11,39</b>	<b>7,90</b>	<b>9,14</b>	<b>10,07</b>	<b>8,16</b>	<b>10,63</b>	<b>5,58</b>	<b>7,80</b>
<b>PIB a precios corrientes</b>	<b>7,37</b>	<b>7,42</b>	<b>8,06</b>	<b>8,31</b>	<b>7,04</b>	<b>3,28</b>	<b>-3,14</b>	<b>4,71</b>
<b>Clasificación económica</b>								
Remuneración del personal	10,38	8,11	7,55	11,32	12,71	11,05	7,95	8,57
Consumo intermedio	12,65	9,76	12,59	16,27	3,72	15,94	6,90	9,98
Consumo de capital fijo	22,17	9,15	214,90	-53,32	13,22	13,70	28,73	14,14
Conciertos	9,54	7,64	6,57	5,45	6,35	8,32	-1,32	6,23
Transferencias corrientes	-37,79	6,76	6,98	10,04	5,19	5,05	3,53	-2,07
Gasto de capital	7,55	3,92	15,80	21,94	2,02	6,98	-8,47	8,08

Fuente: EGSP y Contabilidad Regional de España

sanitario. De forma recurrente se han llevado a cabo operaciones de saneamiento, que han permitido saldar las deudas con proveedores y poner el contador a cero. Además, cada proceso de negociación entre CC. AA. y Administración central en torno a la financiación de las primeras se ha zanjado con un aumento del volumen de recursos neto para sanidad (incluso a pesar de que, a partir de 2002, la financiación sanitaria pasó a estar integrada en el conjunto de la financiación autonómica). A pesar de ello, las estimaciones del déficit sanitario se cifran actualmente entre los 8.000 y los 15.000 millones de euros<sup>1</sup>.

Sin embargo, la dinámica seguida hasta ahora por el gasto sanitario se ha visto frenada por la aparición de una profunda crisis económica, que está obligando a los gobiernos europeos a modificar los esquemas de protección social, como forma de garantizar unas finanzas públicas saneadas tanto en el corto como en el medio y largo plazo.

Los gobiernos autonómicos, ante la actual coyuntura, han comenzado en 2011 a articular las primeras medidas de reducción del gasto sanitario. El gobierno catalán ha sido el primero en establecer una serie de recortes que, fundamentalmente, se han materializado en rebajas salariales y cierres indiscriminados de unidades asistenciales. Por otra parte, también se anuncian desde distintas CC. AA. medidas tendentes a aumentar la presencia del sector privado como fórmula para rebajar el gasto público. En general, las decisiones adoptadas y/o anunciadas parecen guiarse más por la urgencia que por la reflexión, e ignoran los efectos que a medio y largo plazo pueden derivarse de las mismas, tanto en los presupuestos públicos como en la salud de los ciudadanos.

Podría parecer que la precipitación en las medidas adoptadas se debe al desconocimiento sobre cuáles son los problemas estructurales del SNS, pero esta percepción no se corresponde con la realidad. En los últimos dos años han proliferado los informes de diagnóstico y las hojas de ruta que permitirían variar la trayectoria del sistema sanitario y contribuir a su solvencia futura<sup>2</sup>. En este sentido, el presente documento pretende aportar nuevas dosis de discusión y debate, partiendo de una premisa inicial: el compromiso con un modelo social progresista en el que la protección a la salud no solo sea sostenible, sino que cumpla con los principios de equidad, efectividad y calidad.

- 1 A este respecto, véanse los informes de las consultoras A.T. Kearney (2011), McKinsey (Beltrán *et al.*, 2009) y PricewaterhouseCoopers (2011).
- 2 No obstante, existen discrepancias significativas en lo que respecta a las soluciones propuestas. Así, los expertos tienden a conceder alta prioridad a las medidas relacionadas con el buen gobierno, la transparencia del SNS y el refuerzo de la atención primaria, aspectos no comentados en algunos informes realizados por consultoras (Peiró *et al.*, 2011).

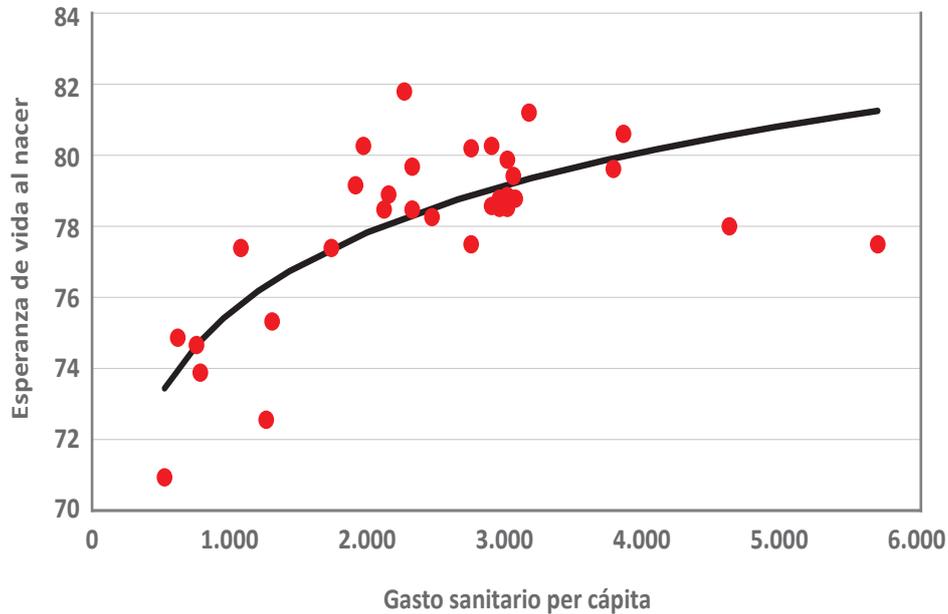
## 1

## Gasto sanitario y salud. ¿Cómo mejorar la relación entre ambas variables?

La relación entre gasto sanitario e indicadores de salud generales está mediatizada por la magnitud del primero y el grado de desarrollo de las sociedades. Existe un vínculo positivo pero decreciente entre gasto per cápita y esperanza de vida al nacer, lo que implica que, a medida que el gasto sanitario aumenta, los incrementos en esperanza de vida cada vez son más pequeños (Gráfico 3). Asimismo, mayores niveles de desarrollo (medidos por el PIB per cápita) se relacionan con mejores indicadores de salud pero, de nuevo, cuanto mayor es el desarrollo de un país, más pequeños son los avances registrados en dichos indicadores. Esta relación viene representada a través de la llamada curva de Preston. Los datos indican cómo España se ha ido situando con el transcurso del tiempo en un punto cada vez más próximo a la parte plana de la curva en la que incrementos adicionales de recursos no van acompañados de una mejora en la salud de la población (Gráfico 4).

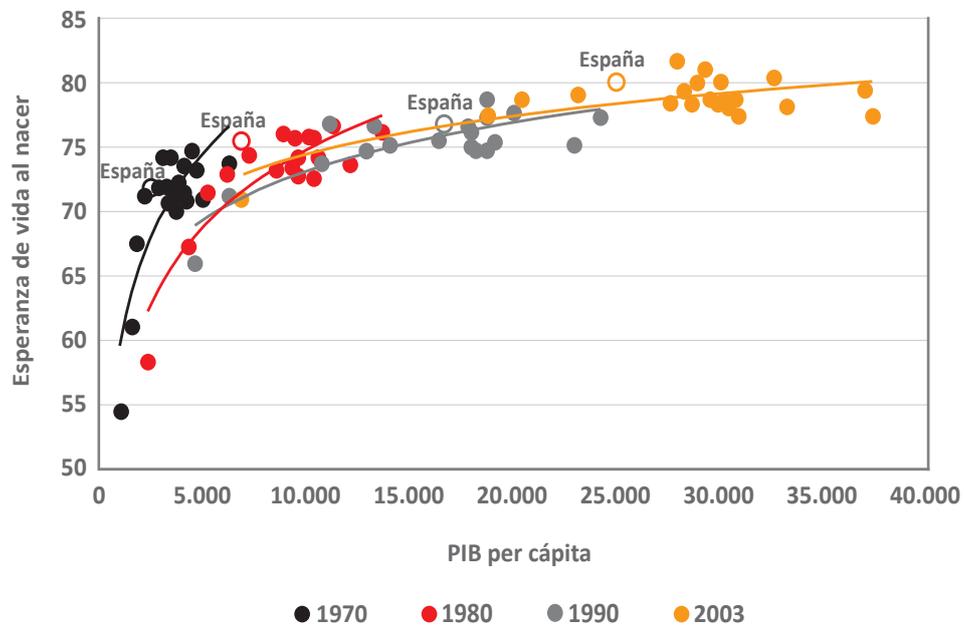
El hecho de que, en el nivel macro, aumentos sucesivos de gasto sanitario no se traduzcan en mejoras proporcionales de la salud de la población, no implica que los recursos empleados en el SNS no permitan aumentar la cantidad y la calidad de vida de un número importantísimo de personas que se ven afectadas por distintas enfermedades. No obstante, aun siendo esto cierto, es preciso tener en cuenta que no siempre se obtiene del gasto sanitario rentabilidad en términos de salud y bienestar, lo que ofrece un amplio margen de mejora de la eficiencia. Dicho de otro modo, utilizando una máxima que empieza a repetirse como un mantra, «más (gasto) no siempre es mejor». Y existen numerosas pruebas al respecto, tal y como indican distintos estudios. Así, hasta un 30% del gasto sanitario norteamericano sería prescindible, en el sentido de que podría eliminarse sin que por ello se vieran afectados los resultados en salud (Fisher, 2003). Aún peor, en algunos casos se ha demostrado que

**Gráfico 3.** Relación entre gasto sanitario y esperanza de vida al nacer  
Año 2008



Fuente: Rivera y Currais (2009) a partir de datos de OCDE

**Gráfico 4.** Esperanza de vida y PIB per cápita para 22 países de la OCDE



Fuente: Rivera y Currais (2009) a partir de datos de OCDE

la actividad sanitaria genera iatrogenia, esto es, daño en los pacientes. De nuevo, el caso estadounidense resulta revelador a este respecto, puesto que la práctica de la medicina aparece como la tercera causa de muerte (Starfield, 2000).

Ante la constatación de estos hechos, algunos países han puesto en marcha procesos de desinversión selectiva, orientados simultáneamente a mejorar la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios médicos. Un estudio informa de cómo los *Primary Care Trusts* británicos han logrado identificar aproximadamente 250 procedimientos con limitado valor clínico, cuya eliminación permitiría reducir el gasto entre 179 y 441 millones de libras (Audit Commission, 2011). Los procedimientos de escaso valor o baja prioridad se clasifican en diversos grupos, que van desde los procedimientos efectivos para los que deberían ofrecerse alternativas coste-efectivas (como la cirugía de túnel carpiano, entre otras), hasta las intervenciones efectivas con un escaso beneficio o un riesgo elevado para enfermos no graves (como, por ejemplo, la cirugía de cataratas o la extracción de las muelas del juicio), o los procedimientos relativamente inefectivos (como la artrodesis o fusión de vértebras para el dolor de espalda).

Además de estos procedimientos de baja relación coste-efectividad, existen casos probados de mala práctica, como los que corresponden a las infecciones hospitalarias derivadas de una higiene defectuosa (incumplimiento de las recomendaciones sobre lavado de manos, por ejemplo), o a los efectos adversos que tienen su origen en errores de medicación. Respecto al uso de métodos diagnósticos, también se ha discutido la necesidad de racionalizar su uso, como consecuencia de los efectos dañinos que causa la radiología, incluidos los relacionados con el sobrediagnóstico y el sobretratamiento (Gérvas y Pérez, 2011). Asimismo, se ha señalado, entre posibles acciones de mejora de la eficiencia, la obtención de ahorros notables de la racionalización de las pruebas preoperatorias rutinarias<sup>3</sup>.

En Italia también se empieza a explorar cómo fijar prioridades en el proceso de desinversión. En el ámbito del servicio regional toscano podría reasignarse entre el 2% y el 7% del presupuesto sanitario si todas las instituciones se comportasen de acuerdo con la mejor práctica (Nutti *et al.*, 2010). En este caso, la desinversión se concibe no tanto como un ahorro neto, sino derivada de la reasignación potencial de recursos.

El interés por cómo priorizar intervenciones y mejorar la eficiencia del gasto en un contexto de crisis global ha llegado también a otros países no europeos. En Canadá,

3 Gérvas y Pérez (2011) indican que su uso apropiado permitiría ahorrar más de 3 millones de euros en los hospitales del Servicio Canario de Salud, sin que dichos cálculos incluyan los costes inducidos por sobrediagnóstico y sobretratamiento.

para el año fiscal 2010/2011, se creó un grupo de trabajo que, mediante la técnica del presupuesto por programas y análisis marginal, recomendó un total de 44 iniciativas de desinversión que se estima ofrecerían unos retornos de 4,9 millones de dólares canadienses (Milton *et al.*, 2011).

La eliminación de los procedimientos para los que existe evidencia de que son poco efectivos, inefectivos o causan daño a los pacientes debería ser prioritaria en todo caso, máxime en un momento de elevada tensión financiera y presupuestaria como el actual. Uno de los problemas de fondo que está detrás de la existencia de procedimientos inefectivos, «dudosos» o netamente perjudiciales reside en que el proceso de difusión de las tecnologías sanitarias no se ha sometido a los suficientes controles. En España (y también en otros países), las innovaciones diagnósticas y terapéuticas se han difundido a lo largo y ancho del SNS sin que previamente se produjera una evaluación sistemática de su coste-efectividad y su seguridad. Las agencias autonómicas de evaluación de tecnologías, que han proliferado en los últimos años, han desempeñado una labor (no siempre bien coordinada) de evaluación *ex post*, que desafortunadamente no se ha traducido en cambios significativos en la práctica clínica. Pero el SNS necesita que se instaure un procedimiento de evaluación *ex ante* que, siguiendo criterios de coste-efectividad, permita discriminar qué tecnologías deben ser incluidas en la cobertura pública y cuáles deben excluirse.

En un entorno donde no hay criterios explícitos sobre qué tecnologías quedan fuera de la cobertura pública, los profesionales sanitarios pueden verse capturados fácilmente por el fenómeno de la «fascinación tecnológica», lo que, además de impulsar el gasto al alza, puede generar problemas en la calidad y la seguridad de la asistencia prestada. Por ejemplo, la prostatectomía radical se asocia significativamente con la adquisición de robots quirúrgicos en los Estados Unidos (Makarov *et al.*, 2011). El robot quirúrgico resulta extremadamente caro (entre 1 y 2,25 millones de dólares), sin embargo, sus beneficios marginales en el tratamiento del cáncer de próstata no están demostrados. A pesar de ello, su uso se ha extendido ampliamente por los hospitales norteamericanos y empieza a usarse en nuevas indicaciones (cirugía ginecológica, torácica y gastrointestinal).

Elshaug *et al.* (2007) identificaron para el caso australiano las rémoras que frenan los procesos de desinversión, que son compartidas en parte por el SNS español. Entre ellas, la ausencia de mecanismos fiables para identificar y priorizar tecnologías y/o prácticas cuyo ratio coste-efectividad sea dudoso, una agenda política que no contempla este tipo de acciones orientadas a mejorar la eficiencia, la equidad y la solvencia del sistema, además de la calidad y la seguridad de los cuidados, pero que cuentan con enormes resistencias tanto desde el punto de vista clínico como desde la perspectiva social.

A pesar de las resistencias al cambio, la evaluación *ex ante* de las tecnologías sanitarias se configura como una de las reformas estructurales más necesarias y reclamadas de nuestro SNS. La creación de una agencia similar al National Institute for Clinical Excellence (NICE) británico, de ámbito nacional y altamente tecnificada, resulta hoy prioritaria para poder alterar la trayectoria del gasto público sanitario. Su objetivo básico consistiría en informar las decisiones sobre financiación, desinversión y reinversión sobre la base de criterios de eficacia, seguridad y coste-efectividad (Bernal *et al.*, 2011), articulando para ello programas de financiación temporal de determinadas prestaciones, condicionada a la existencia de pruebas científicas sobre su efectividad en un periodo razonable de tiempo<sup>4</sup>.

---

4 El NICE opera de esta forma, otorgando en algunos casos autorizaciones provisionales para la financiación pública de una tecnología, en tanto no se disponga de evidencias definitivas.

## 2

## ¿Es mejor prevenir que curar?

En entornos de dificultades presupuestarias es habitual que se preste atención a las políticas de prevención, puesto que los ahorros que se derivarían de una reducción de la morbilidad son potencialmente cuantiosos. En recientes proyecciones de gasto sanitario público a partir de distintas hipótesis se señala que para el conjunto del periodo 2008-2060 la tasa de crecimiento acumulada del gasto como porcentaje del PIB varía entre el 7,9% y el 31,3%, dependiendo de que se suponga un escenario de compresión de la morbilidad u otro alternativo expansivo (Blanco *et al.*, 2011). Expresado en otros términos, la diferencia entre estos dos escenarios se cifra, en términos de impacto sobre el gasto, en aproximadamente 1,5 puntos del PIB.

Evitar que la enfermedad haga su aparición o se desarrolle plenamente puede contribuir a reducir la factura sanitaria (aunque no necesariamente, como puede ocurrir si se establecen cribados generalizados para una parte de la población), además de incrementar el bienestar de los pacientes, que se evitan dolor y sufrimiento (aunque, de nuevo, depende de cómo se lleven a cabo las actividades preventivas). Tratar de prevenir la enfermedad es una obligación moral por parte de las autoridades sanitarias, pero la cuestión es cómo debe hacerse y si todos los tipos de prevención son igualmente aceptables. Se ha señalado la propensión de nuestro sistema sanitario a tratar los factores de riesgo como enfermedades, a pesar de que la evidencia científica muestra su escasa eficacia (tal es el caso de las estatinas en la prevención de la hipercolesterolemia). Esta medicalización de la vida cotidiana «...incrementa de modo poco eficiente y equitativo la carga asistencial, encarece la sanidad y limita la autonomía y la responsabilidad de las personas y las comunidades» (Segura, 2011:331).

Por otra parte, algunos de los cribados que se llevan a cabo actualmente carecen de suficiente evidencia científica. En cáncer de mama, de cuello de útero, próstata,

pulmón, recto-colon, ovario, melanoma y neuroblastoma no están avalados por ensayos clínicos concluyentes (Gérvás y Pérez, 2011). Asimismo se alerta de otro tipo de excesos en el ámbito de la prevención, como en las vacunas (entre otras, contra el virus de la gripe y el papiloma humano), o en lo que corresponde a la actividad pediátrica (revisiones del niño sano) o a la atención a la mujer embarazada (Gérvás y Pérez, 2011).

En consecuencia, también en el ámbito de la prevención es preceptivo tomar decisiones basadas en la evidencia científica y en criterios de coste-efectividad. Además, conviene tener en cuenta que la atención médica no constituye el único (y a veces tampoco el más importante) medio de incidir en la salud de los individuos.

## 3

## El papel de la salud pública

Los sistemas públicos de salud giran sobre el eje de la curación de enfermedades, no sobre la prevención y la promoción de la salud. Apenas el 2% del gasto sanitario público en España se destina al área de salud pública, y en el entorno de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) el porcentaje, aunque algo mayor, no llega al 3%. De forma muy notoria, el enfoque individual de los sistemas de salud sigue primando sobre el enfoque comunitario (Urbanos, 2010). Mientras tanto, las políticas colectivas –que no individuales– de reducción de riesgos (ambientales, laborales, nutricionales, de hábitos personales, etc.) se desatienden o abandonan (Bernal *et al.*, 2011). Esa desatención de hoy será la causante de que, en el futuro, sea necesario invertir un importante volumen de recursos en atender enfermedades que podrían evitarse (como la obesidad, por ejemplo).

Actualmente se dispone de una abundante evidencia sobre la compleja red de factores estructurales y ambientales que influyen en la salud. Más allá de los factores biológicos y los estilos de vida de los individuos, inciden numerosos determinantes de índole social, que incluyen las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales del entorno donde los individuos viven, las situaciones materiales y sociales en las que nacen y desarrollan su vida, así como las redes sociales y comunitarias que les son más próximas (Gráfico 5). Este conjunto de determinantes incluye, asimismo, la atención sanitaria, que se configura como un factor más (y no el más importante) de la salud final.

El diseño coste-efectivo y equitativo de la política de salud implica reequilibrar las actuaciones individuales y colectivas. Ello exige, entre otras cosas, abordar los determinantes sociales de la salud y tomar conciencia del impacto de las políticas no sanitarias. En ese sentido, las acciones han de concentrarse fuera del ámbito de los

**Gráfico 5.** Los determinantes sociales de la salud

Fuente: WHO Health Commission on the Social Determinants of Health (2008)

cuidados sanitarios que los individuos reciben una vez la enfermedad ha hecho aparición. Los esfuerzos han de orientarse, en primer lugar, a la lucha contra la exclusión social, un fenómeno íntimamente asociado a la mala salud (Urbanos, 2011). La inactividad es también causa importante de la morbilidad y de las desigualdades sociales en salud, que perjudican sistemáticamente a los individuos más desfavorecidos socialmente (Hernández-Quevedo *et al.*, 2010; Urbanos, 2011). Por ello, combatir el desempleo, promover el envejecimiento activo o fomentar el desarrollo del ocio –particularmente para aquellas personas que no desempeñan una actividad laboral– podrían constituir acciones eficaces para incrementar los niveles de salud de la población y reducir la magnitud de las desigualdades en salud. Por otra parte, mejorar el entorno en el que viven las personas, en especial las condiciones de la vivienda, se configura igualmente como una política eficaz en la lucha contra la desigualdad en salud (Urbanos, 2011).

La recientemente aprobada Ley General de Salud Pública contempla la puesta en marcha de la estrategia «Salud en todas las políticas», promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adoptada ya en algunos países de nuestro entorno. La idea que subyace en esta estrategia es la de que una política sanitaria eficaz debe estar presente en todos los campos políticos, dado que la salud viene determinada en

gran medida por factores externos al ámbito sanitario. Sin duda, la citada estrategia representa uno de los ejes principales de lo que ha de ser la salud pública del siglo XXI. Por ello, es necesario que el desarrollo de la Ley permita reforzar la estructura de salud pública del país y activar intervenciones de carácter intersectorial, que promuevan la salud de la población desde esferas no estrictamente sanitarias y actúen «sobre las causas de las causas» de la enfermedad (Segura, 2011).

En todo caso, debería instaurarse un procedimiento sistemático de evaluación de las actuaciones públicas que proporcione la evidencia necesaria sobre su coste-efectividad e informe la toma de decisiones.

## 4

## El papel de los incentivos a profesionales y centros

El gasto en remuneraciones del personal en el SNS aumentó entre 2002 y 2009, según la estadística de gasto sanitario público (EGSP, 2011) en un 93%. Sin embargo, el número medio de horas trabajadas se encuentra entre las más bajas de Europa y se ha reducido en los últimos años (Gil *et al.*, 2010). Uno de los elementos críticos en el desempeño está relacionado con el diseño de los mecanismos de incentivos a profesionales y centros sanitarios. Desafortunadamente, los incentivos en el SNS no siempre están alineados con los objetivos de salud del sistema. Las retribuciones de los profesionales, aunque sí contemplan algunos complementos variables que pueden vincularse al logro de objetivos predeterminados, en su mayor parte son independientes del esfuerzo y de los resultados de la actividad clínica. Además, es habitual que algunas retribuciones extraordinarias se hagan depender de medidas de la productividad que no siempre se relacionan con actividad generadora de salud (más atención sanitaria no siempre es mejor). El caso paradigmático viene representado por el pago de peonadas como método para reducir las listas de espera quirúrgicas, que tiende a aumentar el número de pacientes sometido a intervenciones innecesarias y que, además, incentiva una menor productividad durante la jornada laboral ordinaria (Bernal *et al.*, 2011).

Otra cuestión importante relacionada con el desempeño de los profesionales es la posibilidad de compatibilizar la práctica de la medicina en el sector público y en el privado<sup>5</sup>. No existe consenso en la literatura científica acerca del efecto neto de la práctica dual (García-Prado y González, 2007), pero pese a las potenciales venta-

5 Existe, no obstante, un complemento retributivo de dedicación exclusiva que premia a quienes renuncian a trabajar simultáneamente en ambos sectores. Dicho complemento, en todo caso, no ha servido para acabar con la práctica dual.

jas (en reducción de listas de espera o retención de profesionales de prestigio en el sector público), los riesgos son elevados: incentivos a escatimar horas en el sector público, derivar pacientes a clínicas privadas o utilizar inadecuadamente los equipamientos públicos. El pluriempleo está inevitablemente asociado a un conflicto de interés que puede derivar no solo en una menor eficiencia del sistema público, sino además en una pérdida de la calidad asistencial.

Los médicos, aunque desempeñan un trabajo de características singulares, no viven ajenos al entorno económico que les rodea, y no tienen por qué desarrollar espontánea y sistemáticamente modelos de conducta que reflejen un elevado compromiso ético con la empresa en la que trabajan y los «clientes» a los que sirven, particularmente si el compromiso no se premia o su ausencia no se penaliza. En consecuencia, sería necesario alinear los incentivos de los profesionales de la sanidad con los objetivos del sistema (mejorar la salud), incrementando el componente variable de la retribución, premiando los buenos comportamientos y penalizando los malos. El mecanismo de recompensas y sanciones no debería ser exclusivamente económico, y tendría que facilitarse que la posibilidad teórica de separación de la función pública de quienes incumplan repetidamente sus obligaciones sea, además, una posibilidad real. Por otra parte, debería avanzarse hacia un modelo que fomente la exclusividad, evitando así la competencia desleal y algunos conflictos de interés que surgen de la práctica dual.

Por su parte, los centros sanitarios también carecen de incentivos que fomenten las buenas prácticas. Los métodos para presupuestar y asignar recursos tienden a premiar a quienes más y peor gastan y desincentivan a los centros eficientes, en tanto en cuanto estos no pueden apropiarse de los recursos excedentarios. Por ello, la financiación de los centros también debería basarse en el pago por resultados, de manera que fueran los centros con mejores indicadores (de resolución, de salud de los pacientes) los que contaran con más recursos. Como paso previo se sugiere la integración de los presupuestos entre niveles asistenciales, actualmente compartimentados, y el uso de mecanismos de asignación prospectivos que establezcan una financiación per cápita (ajustada por las características de la población) por toda la atención de una persona (tanto primaria como especializada, sociosanitaria y farmacéutica) (Bernal *et al.*, 2011). Por otra parte, es imprescindible que la información sobre el rendimiento de los centros sea pública, de forma que se incentive la competencia entre ellos por comparación.

## 5

## ¿Qué papel ha de jugar el sector privado? Los modelos PFI-PPP

En los últimos años se han extendido diversos modelos de colaboración público-privada, como las iniciativas PFI (iniciativa de financiación privada) o PPP (partenariado público-privado), que han permitido aumentar la oferta hospitalaria de muchas CC. AA. de forma notable. De acuerdo con estas fórmulas, el sector privado se encarga de financiar y construir las infraestructuras hospitalarias. Posteriormente, el sector público paga un canon anual a largo plazo (transcurrido el cual tanto los inmuebles como los equipamientos pasan a ser propiedad del sistema público), vinculado a la concesión de determinados servicios. En los modelos PFI las empresas privadas se hacen cargo de la prestación de servicios no asistenciales del hospital (limpieza, *catering*, incluso servicios de laboratorio), mientras en los modelos PPP, de concesión administrativa, es el propio sector privado quien se encarga de la gestión de los servicios clínicos.

Estas fórmulas de colaboración nacen con el objetivo de sortear las restricciones impuestas por la Unión Europea en relación con las cifras de déficit y endeudamiento público. Dado que inicialmente el sector privado financia la construcción de las infraestructuras, los costes para el sector público se difieren en el tiempo, lo que permite extraer una excelente rentabilidad electoral para los gobiernos de turno, que pueden prometer a sus electores nuevos hospitales cuyo coste no se dejará notar en el corto plazo. Por otra parte, el uso de concesiones administrativas tiene como fin introducir más flexibilidad en la gestión hospitalaria (en el ritmo de innovación, en la política de recursos humanos, etc.) y transferir riesgos al sector privado, con la idea de que un agente preocupado por la rentabilidad económica se conducirá de forma más eficiente que una entidad pública, donde escasean los incentivos a la eficiencia.

Sin embargo, no existen evidencias sólidas de que las pretendidas ventajas asociadas a estos modelos de colaboración público-privada se hayan materializado en la práctica. En primer lugar, resulta cuestionable el aumento de oferta hospitalaria a que han dado lugar (¿realmente eran necesarios todos los hospitales de nueva creación?; ¿se basó su construcción en algún tipo de evaluación –de necesidades, económica, etc.–?). En segundo lugar, la experiencia de otros países (fundamentalmente la del Reino Unido) apunta a que el coste de los servicios hospitalarios es mayor con estas fórmulas que con el endeudamiento público directo, y que la calidad y la flexibilidad de adaptación a cambios (en la demanda, tecnológicos, etc.) son menores (Prieto *et al.*, 2006). Todo parece indicar que el pretendido traslado de riesgos financieros al sector privado no se produce, pues las Administraciones Públicas tienden a aplicar la regla del rescate cuando las empresas con las que contratan presentan problemas económicos. Por otra parte, la dificultad de controlar el desarrollo de estos modelos en todas sus fases puede derivar en una merma de la calidad de la asistencia prestada, o bien favorecer prácticas como la selección de riesgos (*cream-skimming*).

Sea como fuere, no existe hasta el momento ni una sola evaluación independiente que muestre cuáles son los resultados de tales fórmulas de colaboración. La opacidad al respecto es total, y sin transparencia no hay evaluación posible. Por ello cabe calificar de temeraria su extensión indiscriminada, ya que a día de hoy no han demostrado suficientemente que contribuyan a mejorar la eficiencia sin mermar la calidad. En consecuencia, es necesario promover sistemas de información que permitan la evaluación de estas experiencias de forma sistemática e independiente.

## 6

## Reformas en el ámbito de la gestión

El SNS padece dos defectos estructurales que han sido señalados repetidamente: el hospitalcentrismo y la ausencia de coordinación entre niveles asistenciales. Los recursos siguen concentrándose en exceso en el ámbito de la atención especializada y, particularmente, hospitalaria, concebida en buena parte para el tratamiento de episodios de enfermedad agudos. Sin embargo, los patrones de morbilidad han experimentado un cambio importante. Según datos de la OMS, una cuarta parte de los europeos está afectada al menos por una enfermedad crónica (European Hospital and Healthcare Federation, 2010). Además, como consecuencia del fenómeno del envejecimiento, ha aumentado sustancialmente el número de pacientes pluripatológicos, frágiles y terminales. En este contexto, la atención primaria debería desempeñar un papel primordial (y creciente) en la prestación de servicios sanitarios. No obstante, la estadística de gasto sanitario público indica que el peso relativo de la atención primaria se ha mantenido constante a lo largo de la última década (en torno al 15,4% del gasto total, una cifra modesta en comparación con el 55,5% que representan los servicios hospitalarios y especializados en 2009), y que su ritmo de crecimiento ha sido inferior al que ha registrado la atención especializada (véase Tabla 1). Por otra parte, la insuficiente cooperación entre niveles asistenciales dificulta el seguimiento integral y continuado de los pacientes, lo que va en detrimento de la calidad asistencial y de la eficiencia.

La superación de estos problemas puede tener su base en las fórmulas de integración de organizaciones, articuladas tanto en el nivel macro como en los niveles meso y micro (Curry y Ham, 2010). La atención primaria podría ser una buena plataforma para desarrollar estrategias de integración, a través de la creación de consorcios donde los profesionales de primaria, especializada y salud comunitaria trabajasen en colaboración. Lo ideal, según Curry y Ham, sería favorecer la creación de grupos clínicos

y redes de proveedores integrados, basados en la elección del paciente donde fuera posible, y vinculados a través de contratos. La integración en el nivel macro debería incluir, entre otras cosas, grupos de práctica de múltiples especialidades con incentivos alineados y obligación de rendir cuentas sobre su desempeño en el ámbito geográfico correspondiente. En el nivel meso se centraría en las necesidades de grupos de pacientes y poblaciones específicas, como las personas mayores o los enfermos crónicos, a través, por ejemplo, de programas de gestión de enfermedades. Por último, en el nivel micro aglutinaría una variedad de enfoques desde la gestión de casos a las guardias virtuales o la teleasistencia. La evidencia muestra que el uso de múltiples estrategias para reforzar la coordinación de cuidados resulta más exitoso que el desarrollo de estrategias aisladas.

Por otra parte, la nueva regulación de la troncalidad en la formación de especialistas médicos implicará un avance sustancial hacia la flexibilización de la oferta de profesionales. Debería «permeabilizarse la relación entre especialidades, evitando el crecimiento de compartimentos estancos y promoviendo áreas de capacitación específica que combinen las ventajas de la subespecialización con las de la cooperación entre especialidades» (Bernal *et al.*, 2011:5). Asimismo, habría que apostar por reorganizar los servicios de especialidad del hospital para agregarlos en áreas de gestión, e introducir los acuerdos o contratos de gestión clínica como mecanismo de descentralización y rendición de cuentas.

## 7

## Buen gobierno

El concepto de buen gobierno es complejo, multidimensional y abarca diversas áreas de actuación. Tal y como se define en el documento de trabajo del Consejo Asesor sobre el buen gobierno de la sanidad pública vasca, «el concepto de buen gobierno es el resultado de concretar y hacer operativos los principios de la ética pública, política y profesional en instituciones, instrumentos y procedimientos, de modo que estos respondan con efectividad, tanto a los requerimientos normativos de los principios, como a la evidencia empírica de su contribución a evitar el mal gobierno y lograr uno “bueno”» (Cabasés y Freire, 2010:2).

El Banco Mundial define seis componentes básicos que es necesario analizar para saber si nos encontramos ante un «buen gobierno», adaptados inicialmente por Me-neu (2009) a las características del sistema sanitario (Tabla 2).

Tal y como se deriva de la Tabla 2, son muchas las acciones requeridas para lograr el buen gobierno del SNS. De todas ellas, pondremos el acento en algunas, como 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 la comparación entre ellos, ni facilita procesos de evaluación sistemática de las distintas políticas públicas. Sirva como ejemplo de opacidad la imposibilidad de conocer la información relativa a las listas de espera de forma desagregada por servicios de salud, pese a que las CC. AA. comunican al Ministerio de Sanidad sus datos periódicamente sobre la base de una metodología

**Tabla 2.** Dimensiones del Buen Gobierno del Banco Mundial aplicadas al sistema sanitario (continúa)

Dimensiones	Implicaciones para el sistema sanitario
<p><b>Voz y rendición de cuentas</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación (reconstrucción) de órganos de gobierno colegiados.</li> <li>2. Restablecimiento de escenarios de participación-consulta reglada para los profesionales.</li> <li>3. Revitalización de los Consejos de Salud y apertura de otras formas de participación.</li> <li>4. Sistemas eficaces de quejas y reclamaciones para pacientes y familiares.</li> <li>5. Apertura a consulta pública de documentos de políticas y anteproyectos.</li> <li>6. Transparencia y apertura informativa: exigencia de publicar y difundir toda la información a disposición de los centros directivos para la toma de decisiones, con regulación detallada de este compromiso (indicadores, periodicidad, etc.).</li> <li>7. Sistema de rendición de cuentas por incumplimiento, errores, mala gestión.</li> <li>8. Explicitación, publicación y seguimiento de compromisos de gestión y objetivos por parte de todos los órganos de gobierno y de gestión.</li> </ol>
<p><b>Estabilidad política, ausencia de violencia</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protección del Servicio de Salud frente a la ocupación partidaria de cargos (botín electoral).</li> <li>2. Medidas para dar una estabilidad razonable a los órganos de gobierno, más allá de los ciclos electorales y de los cambios en el gobierno.</li> <li>3. Selección profesional, con base en mérito y capacidad, de los cargos ejecutivos y de responsabilidad.</li> <li>4. Reglas sobre nombramientos, promoción y remoción de directivos y responsables.</li> <li>5. Regulación de las negociaciones sindicatos-administración, de modo que estos estén fuera de la actual dialéctica adversarial y los políticos responsables estén protegidos frente a sus propias debilidades.</li> <li>6. Establecimiento de sistemas de arbitraje para caso de discrepancias laborales-profesionales, de modo que los pacientes nunca sufran las consecuencias de este tipo de conflictos.</li> </ol>

Fuente: Cabasés y Freire (2010), adaptado de Meneu (2009)

**Tabla 2.** Dimensiones del Buen Gobierno del Banco Mundial aplicadas al sistema sanitario

Dimensiones	Implicaciones para el sistema sanitario
<b>Efectividad gubernativa</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puesta en marcha y a disposición pública de buenos sistemas de información sanitaria, de ejecución presupuestaria, de gestión de recursos, etc.</li> <li>2. Publicación y difusión de análisis técnicos comparados de los niveles de calidad, seguridad, eficiencia, etc. de todos los servicios e instituciones del servicio regional y comparaciones nacionales e internacionales.</li> <li>3. Cesión sin reserva de la información del sistema a los organismos federales, europeos o académicos que puedan hacer comparaciones con otros servicios de salud.</li> <li>4. Liderar, en el marco del SNS, la exigencia de transparencia en todo el sistema para favorecer la emulación y las comparaciones.</li> </ol>
<b>Calidad de las leyes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exigencia de informes previos a la publicación de las normas.</li> <li>2. Actualización permanente de la vigencia y compatibilidad de la normativa.</li> </ol>
<b>Imperio de la ley</b>	<p>El incumplimiento de las normas no es infrecuente en la sanidad, especialmente en política de personal, pago a proveedores, participación ciudadana (Consejos de Salud), etc. Para prevenir el incumplimiento de las normas se pondrán en marcha controles internos y tablas de vigencia en toda la normativa susceptible de caducidad temporal.</p>
<b>Control de la corrupción</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación de una unidad para la prevención y control del fraude y la corrupción.</li> <li>2. Puesta en marcha de mecanismos para estudiar denuncias.</li> <li>3. Impulso a los códigos de conducta de responsables a todos los niveles.</li> <li>4. Procedimientos reglados de buenas prácticas.</li> <li>5. Especial atención a la regulación y control de los conflictos de interés a todos los niveles (médicos, otros profesionales, de miembros de órganos de gobierno, de responsables de compras, de gestores, etc.).</li> </ol>

Fuente: Cabasés y Freire (2010), adaptado de Meneu (2009)

homogénea<sup>6</sup>. O la inexistencia de datos públicos sobre el número (y características) de los profesionales que prestan sus servicios en los distintos servicios regionales de salud. 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 31, por detrás de Chipre y por delante de Botswana (Transparency International, 2011).

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. Acabar con estas prácticas pasa por establecer un control escrupuloso de los conflictos de interés. Se requiere que las reglas que rigen el sistema «hagan individualmente atractivo lo socialmente conveniente» (Meneu y Ortún, 2011:334).

El buen gobierno pasa también, 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 frente a la meritocracia. La toma de los puestos gerenciales y de alta (y media) dirección como botín electoral supone destrucción periódica del capital directivo acumulado (Bernal *et al.*, 2011), por lo que resulta urgente profesionalizar la gestión a través de concursos por concurrencia competitiva abierta y evaluación periódica del desempeño.

Finalmente, un aspecto vital para el buen gobierno del SNS es la reforma de su arquitectura institucional, que no se ha adaptado adecuadamente a la nueva es-

6 A excepción de la Comunidad de Madrid, que hasta el momento se ha negado a seguir la metodología de cálculo aprobada en su día por el Consejo Interterritorial.

estructura territorial del sistema sanitario. La tantas veces señalada inoperancia del Consejo Interterritorial es prueba de ello. Como consecuencia, se ha sugerido la necesidad de una remodelación, que supondría la creación de una o varias agencias integradas por las autoridades centrales y autonómicas (Repullo y Freire, 2008) que podrían dar un impulso a la cooperación entre gobiernos y tendrían consecuencias positivas para la equidad. Podrían configurarse como organismos autónomos sometidos a derecho público. Sus órganos de gobierno deberían integrar a representantes de las CC. AA. con participación real y efectiva en las decisiones. Actuarían como instituciones independientes de apoyo técnico y científico a las decisiones del ámbito político.

El refuerzo de los mecanismos de colaboración (vertical, entre el Gobierno estatal y los autonómicos, pero también horizontal, entre comunidades autónomas) contribuiría a mantener la cohesión y a ofrecer mejores servicios a los ciudadanos con una gestión más eficiente de los recursos, lo que conduciría a una mayor racionalización del sistema. Para lograrlo necesitamos un nuevo marco de relaciones entre la Administración General del Estado y las comunidades que reduzca la desconfianza mutua y refuerce las posibilidades de cooperación, también de forma urgente entre CC. AA.

La insuficiente cooperación que ha existido hasta el momento entre servicios regionales de salud ha generado algunas disfunciones con efectos importantes sobre la eficiencia del sistema<sup>7</sup>. Los procesos de imitación entre CC. AA. han dado lugar a aumentos de gasto no siempre justificados desde el punto de vista de la racionalidad económica, tal y como ha ocurrido con el aumento de retribuciones o con el incremento de la oferta de servicios. Como consecuencia, se han producido duplicidades e ineficiencias que deberían ser corregidas. Por ejemplo, la proliferación de agencias de evaluación de tecnologías, el aumento en el número de hospitales o la extensión de servicios que por razones no solo de eficiencia, sino sobre todo de calidad y seguridad, deben estar relativamente concentrados, como los equipos de trasplante.

Por otra parte, el ejercicio de la autonomía por parte de los servicios regionales (y la ausencia de unas reglas de juego comunes impuestas por la Administración central) ha dado como resultado situaciones tan absurdas e ineficientes como que actualmente existan 17 sistemas de información (con dificultades de interoperabilidad) o que hasta el año 2010 no se aprobase la creación de una central de compras del SNS para la adquisición de medicamentos y productos sanitarios (a la que las CC. AA. pueden adherirse voluntariamente). De hecho, en los años previos a la aparición de la crisis económica, cualquier mención a la existencia de mecanismos

7 Asimismo, ha tenido repercusiones sobre la equidad.

de compra centralizados en ámbitos territoriales suprarregionales era considerado por los gobiernos autonómicos como una agresión directa a su autonomía. A pesar de que se han producido avances en este terreno, aún hay margen para la extensión de estos mecanismos.

El proceso de descentralización ha generado algunos incrementos evitables de gasto sanitario público que no se traducen en una mejor prestación de servicios, sino en una prestación más cara. Por otra parte, en lo que respecta a los ingresos autonómicos, se ha producido una competencia fiscal a la baja que ha reducido los niveles de recaudación impositiva, siendo el ejemplo paradigmático el del impuesto de sucesiones y donaciones. De este modo, la descentralización ha contribuido a aumentar la brecha entre ingresos y gastos, lo que se ha traducido en una insuficiencia financiera creciente en el ámbito sanitario. En el Consejo Interterritorial y en el resto de conferencias sectoriales (como el Consejo de Política Fiscal y Financiera) será interesante observar en qué medida se favorece el desarrollo de un «federalismo» más cooperativo que competitivo.

## 8

## El copago no es la solución para sostener el SNS

El debate sobre el copago resulta fácilmente recurrente en un contexto de crisis económica, en el que se plantea la necesidad de introducir reformas en el SNS para garantizar su solvencia futura. En el entorno europeo, los copagos (o mecanismos de coparticipación en el coste por parte del usuario) ya tienen presencia actualmente. El copago farmacéutico existe en todos los países de la Unión Europea con diferentes matices. Hasta ahora, en España y el Reino Unido se establecía una exención total a las personas de más edad, mientras en otros casos (República Checa, Estonia, Grecia, Lituania y Portugal) las exenciones son parciales y habitualmente condicionadas al cumplimiento de algunos requisitos (MISSOC, 2011). Adicionalmente, varios países de la UE-15 articulan algún tipo de copago en los servicios sanitarios, ya sean visitas médicas, hospitalizaciones o pruebas diagnósticas (Mas *et al.*, 2011).

Los copagos, no obstante, no resuelven los problemas de carácter estructural o financieros del sistema. Sin embargo, un diseño defectuoso puede generar problemas de gran trascendencia para la población (Puig y Rodríguez, 2011). Los potenciales efectos negativos del copago son múltiples y variados:

- Cuando no se tiene en cuenta la efectividad del servicio sobre el que se imponen, serán los pacientes quienes deberán decidir qué servicios tienen más valor y cuáles son prescindibles, lo que en un entorno de información imperfecta, característico de la sanidad, conducirá a que no sepa distinguirse entre demanda necesaria e innecesaria y a que se reduzcan ambas.
- Si no se establecen techos máximos, pueden constituir una carga importante para los más enfermos.

- Si no se vinculan a la capacidad de pago de los individuos, generan regresividad, puesto que quienes dispongan de menor nivel de renta (que, además, son quienes concentran la mayor carga de enfermedad) contribuirán relativamente más que los más ricos a la financiación de la asistencia.
- Si los copagos se establecen en un solo nivel asistencial, puede ocurrir que se produzca un efecto sustitución entre los servicios gravados y los exentos, que finalmente puede derivar en un mayor coste (piénsese, por ejemplo, en la imposición de un copago en la consulta al médico general, que podría dar lugar a un aumento de la demanda de urgencias si este último servicio no estuviera sometido a un mecanismo de coparticipación en el coste por parte del usuario).
- Los copagos lineales disuaden de acudir a los servicios sanitarios a los pobres y a los enfermos, por lo que puede producirse un empeoramiento de la salud de estos colectivos y, finalmente, un mayor gasto sanitario.
- Por último, los costes de implantación, administración y gestión del copago pueden superar el importe de los ahorros y de la recaudación que de él se deriven.

Por lo tanto, los copagos pueden generar serios problemas, tanto desde el punto de vista de la equidad como desde la perspectiva de la eficiencia. Ha de tenerse en cuenta, además, que la mayor parte de la demanda sanitaria evitable es inducida por la oferta y, por lo tanto, es sobre la oferta sobre la que debe establecerse el grueso de las reformas.

Como conclusión final, debe destacarse que, pese a su repercusión mediática, las medidas en torno al copago no constituyen la solución a los problemas que padece el sistema sanitario y en ningún caso deben considerarse el eje de una reforma estructural del SNS. Sí son, en cambio, decisivas y de gran impacto otras propuestas como la creación de un NICE español, la reforma de los incentivos o las medidas conducentes al buen gobierno, entre otras.

## 9

## El sistema sanitario como elemento de cohesión social

A pesar de la importancia que cobra la eficiencia en un contexto de crisis económica y restricciones presupuestarias, es imprescindible no perder de vista que el sistema sanitario ha de mantener como prioritarias sus funciones redistributiva y de cohesión social, que se configuran como fuentes principales de legitimación.

La relevancia del SNS como instrumento redistributivo es innegable. Una investigación reciente muestra cómo el gasto sanitario público reduce la incidencia de la pobreza en diez puntos porcentuales, y la intensidad de la pobreza en tres puntos (Spadaro *et al.*, 2011). Además, contribuye de forma importante a reducir la desigualdad de la renta, como lo revela el hecho de que el índice de Gini de la renta disponible que incluye gasto sanitario se cifre en 0,28, mientras que el Gini resultante de ignorar el aseguramiento sanitario se eleve a 0,32.

No obstante, más allá de la capacidad redistributiva del gasto, es preciso investigar la equidad efectiva en el acceso a la prestación sanitaria pública. En este ámbito, es sabido que los individuos que pertenecen a los grupos de mayor renta o estatus socioeconómico –y cuentan, además, con mayores niveles de formación– tienden a consumir (a igual necesidad) más servicios de atención especializada y más servicios preventivos que los sujetos peor situados en la escala social (García y López, 2007; González y Clavero, 2006). Este fenómeno es generalizado para Europa, pero resulta más acusado en aquellos países donde el aseguramiento privado o la práctica de la sanidad privada constituyen opciones para comprar un acceso preferente o más rápido (van Doorslaer *et al.*, 2004). Solo en algunos países, como en Irlanda, España o Bélgica este hecho parece relativamente matizado por los patrones «pro-pobres» en la utilización de la atención primaria.

Los trabajos de referencia en países desarrollados también tienden a identificar la presencia de desigualdades «pro-pobres» en la utilización de servicios de urgencia (van Doorslaer *et al.*, 2004; Urbanos, 2001). Sin embargo, el panorama de la utilización de ingresos hospitalarios es más equívoco. No obstante, parece que existe cierta desigualdad «pro-ricos» para las intervenciones de cirugía electiva, que afortunadamente está ausente de los resultados para las intervenciones urgentes.

Estas desigualdades socioeconómicas son más evidentes cuando se incorporan al análisis servicios no cubiertos –o parcialmente cubiertos– por el seguro público, como ocurre con la atención dental (Stoyanova, 2004; Borrell y Benach, 2005 y 2006). Las desigualdades «pro-ricos» también se observan en procedimientos como la sustitución de cadera, la revascularización o cateterismo cardiaco tras infarto, o el control del embarazo (Urbanos y Meneu, 2008). No obstante, es importante destacar que las implicaciones sobre la equidad de las diferencias en utilización dependen crucialmente de la efectividad de las intervenciones, aspecto este no suficientemente investigado.

Algunos estudios españoles han analizado los factores que determinan la inequidad en la prestación de los servicios sanitarios. Así, la tenencia de un seguro privado conduce a diferencias en el acceso a los servicios sanitarios para el mismo nivel de necesidad (García y López, 2007). La influencia de esta variable ha aumentado a lo largo del tiempo. Por su parte, las variables representativas del nivel educativo y la situación laboral, que al igual que la doble cobertura sanitaria están fuertemente correlacionadas con la renta, se configuran como factores muy relevantes en la explicación de la inequidad en la utilización de servicios cubiertos por el sector público (González y Clavero, 2006 y 2008). Estos hechos podrían apuntar hacia una fuga de los individuos con mayor nivel de renta y educación hacia el sector privado, lo que podría derivar en un deterioro del sistema público.

En lo que respecta a las desigualdades en los tiempos de espera para ser atendido, la evidencia no siempre es tranquilizadora. Aunque en algún caso se muestran tendencias favorables en la evolución para ingreso hospitalario ordinario entre mediados de los años ochenta y noventa (Lostao *et al.*, 2001), más recientemente se ha constatado que los individuos con menores ingresos económicos esperan más tiempo para ser hospitalizados mediante ingreso ordinario (Regidor *et al.*, 2006).

El impacto en salud de las desigualdades socioeconómicas en el acceso y utilización de servicios sanitarios aún es desconocido. En las últimas décadas, las desigualdades sociales en salud no han dejado de aumentar. El gradiente social en todos los indicadores es persistente, y la brecha entre ricos y pobres, lejos de cerrarse, parece

ampliarse con el paso del tiempo (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010). La reducción de las desigualdades sociales en salud no ocupa aún un lugar preeminente en la agenda política, si bien en los últimos años, gracias al impulso de la Organización Mundial de la Salud y a los trabajos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, esta cuestión ha adquirido más protagonismo tanto en las instituciones de la Unión Europea como en el ámbito nacional. Los estudios científicos demuestran el importante impacto que los factores ajenos a la prestación de asistencia médica tienen sobre la salud y sus desigualdades. Entre ellos se incluyen los hábitos y estilos de vida, la renta, el nivel educativo, el empleo y las condiciones laborales, la situación de la vivienda e incluso los niveles de capital social (Rodríguez y Urbanos, 2008; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010; Urbanos, 2011). De ahí que deba ampliarse el foco de acción a ámbitos no estrictamente sanitarios, tal y como propone la estrategia «Salud en todas las políticas», ya mencionada.

Además de la socioeconómica, otra dimensión fundamental dentro del ámbito de la desigualdad sanitaria es, sin duda, la interterritorial. En España se han constatado desigualdades territoriales notables tanto en la oferta de servicios como en los tiempos de espera, acrecentadas con la finalización del proceso de descentralización que, en ciertos casos, pueden suponer riesgos para la equidad (González y Barber, 2006). Existen, por ejemplo, diferencias significativas en las tasas de indicación de trasplantes hepáticos y cardíacos entre las CC. AA. con y sin equipos de trasplante, de manera que en las primeras se registran tasas de indicación más elevadas que en las segundas (Urbanos y González, 2005; Urbanos, 2009). Estas desigualdades territoriales son aún más acusadas en lo que se refiere al desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el momento insuficientemente coordinado con el sistema sanitario.

También parecen apreciarse desigualdades significativas en la utilización de servicios médicos entre CC. AA., que podrían relacionarse con el impacto que la descentralización ha tenido sobre la forma de provisión de los servicios sanitarios (Costa y Gil, 2008) y, en particular, con diferencias en la oferta, la accesibilidad, la calidad de los servicios y las variaciones en la práctica médica (García Altés *et al.*, 2008). A este respecto, son muy ilustrativas las desigualdades en utilización de servicios hospitalarios que pone de manifiesto el *Atlas de variaciones en la práctica médica* en todos sus números, y que asocia volumen de oferta con utilización, fundamentalmente en procedimientos médicos donde la incertidumbre es mayor.

Por otra parte, se comprueba que existe un «efecto comunidad autónoma» en la probabilidad de utilizar los servicios del médico general y del especialista que no

puede explicarse por diferencias en la necesidad sanitaria, ni por otras características socioeconómicas o demográficas medidas en el plano individual (Abásolo *et al.*, 2008). Aunque este trabajo no ofrece pruebas concluyentes sobre las causas de la inequidad, sugiere que pueden tener su origen en diferencias organizativas, en la provisión de programas de atención primaria o especializada, la orografía o las redes de transportes.

Las desigualdades, personales o territoriales, pueden ser motivo de preocupación *per se*, pero adquieren una dimensión mayor cuando existen indicios de que el acceso a los servicios sanitarios se asocia positivamente a la salud (tal y como muestran Costa y Gil). Por ello conviene arrojar nueva evidencia sobre la ya existente, actualizando resultados y complementando enfoques, para de este modo completar el puzzle sobre la equidad en nuestro SNS y orientar en lo posible las medidas correctoras que sean necesarias.

En los últimos años los riesgos asociados a la descentralización del SNS se han visibilizado más que sus ventajas, a pesar de que este proceso ha supuesto un importante motor de innovación y modernización en el sector sanitario. El Barómetro Sanitario (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) sigue mostrando cómo la percepción que los ciudadanos tienen sobre la equidad territorial (43,8%) es mucho peor que la que tienen sobre otros ámbitos: de la equidad socioeconómica (70,8%), intergeneracional (73,2%) o de género (87,7%).

Todo sistema de descentralización impone un ejercicio de búsqueda de equilibrios entre la autonomía de los gobiernos territoriales en el ámbito de sus competencias y el control de riesgos de menor eficiencia o equidad. Un modelo que otorga poder de decisión a los gobiernos autonómicos sobre cuántos recursos se ponen a disposición de los usuarios, dónde se localizan, cómo se organizan y cómo se gestionan, necesariamente genera desigualdades. Pero no todas ellas deben calificarse de intolerables. Hay que aprender a deslindar las que ponen en peligro los fundamentos del SNS y las que no. Por otra parte, aun existiendo consenso sobre la indeseabilidad de algunas desigualdades, las posibilidades de actuar sobre ellas desde el ámbito estatal son muy limitadas, dado que no se puede imponer sin más a las CC. AA. que doten, localicen, organicen y gestionen los recursos, sin atentar contra su autonomía. El único camino posible es el del acuerdo, pero no solo en el desiderátum general de un sistema equitativo, sino en objetivos detallados que permitan concretar ese deseo. Así, deberían establecerse (consensuadamente) objetivos cuantitativos que limiten el margen de desigualdad actualmente existente entre territorios (en indicadores de accesibilidad, de calidad, de resultados). Para evitar que esos objetivos se queden en una mera declaración de intenciones también pueden incorporarse in-

centivos (positivos y negativos) para favorecer su logro, ya sean financieros (a través de fondos condicionados que pueden recortarse o no renovarse si los objetivos no se cumplen) o de otro tipo (revitalizando la función de alta inspección que corresponde al Gobierno central).

La mayor fortaleza del Sistema Nacional de Salud sigue siendo su amplio respaldo popular, pero este respaldo puede desdibujarse si las quiebras del principio de equidad proliferan. Por ello hay que invertir esfuerzos en evitar que ciertas desigualdades continúen intensificándose.

Como alerta el Libro Blanco de la Sanidad en Madrid, es preciso recordar que «en los servicios públicos equidad y calidad están estrechamente relacionados y son interdependientes: un servicio para pobres termina siendo un pobre servicio, y al revés: si todos los grupos sociales utilizan un servicio público se genera una constante presión política y social para que este mantenga niveles dignos de calidad y recursos» (Freire *et al.*, 2011:4). Para garantizar la equidad debería defenderse un aseguramiento único e igual para todos los ciudadanos residentes en España, con independencia de su vinculación laboral, renta, estatus, lugar de nacimiento u origen geográfico, sin consentir tratamientos diferenciados, se basen o no estos en problemas de solvencia del SNS.

## 10

## Conclusiones y recomendaciones

La coyuntura económica actual, que según todos los indicios continuará siendo delicada para España en el próximo futuro, forzará a reajustar el Estado de bienestar para tratar de reducir el déficit y garantizar el cumplimiento de nuestros compromisos con Europa. Los ajustes necesarios no deben materializarse en recortes lineales e indiscriminados de los servicios públicos, en línea con las actuaciones de algunas CC. AA., sino en reformas estructurales que aborden los problemas de eficiencia, calidad y equidad de dichos servicios.

En el ámbito del SNS es urgente comenzar a articular estas reformas. Sin duda habrá que hacer frente a las deudas contraídas por el sector sanitario con sus proveedores, aunque previsiblemente será necesario un plan plurianual para saldarlas. Pero para evitar que nuevas deudas vuelvan a aflorar en breve y poder adaptar la evolución del sector a las previsiones de crecimiento económico, sin que se produzca una merma notable en la calidad y equidad del sistema, es necesario acometer cambios estructurales que alteren la senda de evolución del gasto sanitario público. Continuar aumentando el volumen de recursos que destinamos a la sanidad, lejos de reducir la magnitud del problema, solo contribuirá a intensificarlo. El SNS no debe seguir utilizando como excusa para incrementar el nivel de gasto el hecho de que otros países de nuestro entorno económico registren ratios de gasto sobre PIB más elevados. En su lugar, ha de preguntarse si es posible obtener más retornos de los recursos que, a fecha de hoy, se destinan a la sanidad.

Entre las medidas necesarias para cambiar el rumbo de la sanidad pública española, el presente documento propone las siguientes:

- Creación de una agencia de evaluación de similares características a las del National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, que oriente la incorporación y el uso de las tecnologías sanitarias en el SNS bajo criterios de coste-efectividad (a los que habría que incorporar consideraciones de equidad).
- Siguiendo a Palfrey (2011), recuperación del valor del juicio clínico y de las habilidades clínicas tradicionales en la enseñanza de la medicina y en la práctica médica, de manera que prime el «primero, no hacer daño» sobre el «hacer todo lo posible». Inculcar asimismo a los profesionales sanitarios la noción de coste de oportunidad y su repercusión sobre la eficiencia y la equidad en la provisión de cuidados.
- Establecimiento de un plan de desinversiones en lo que no añade salud, reorientando las prioridades de financiación hacia las innovaciones más coste-efectivas.
- Fomento de la salud pública y puesta en marcha de la estrategia de «Salud en todas las políticas». Existe una contradicción evidente entre lo que sabemos acerca de los determinantes de la salud y sus desigualdades y las políticas que se llevan a cabo en este ámbito. Influir sobre el empleo, las condiciones de vida y de trabajo, la vivienda, el medioambiente, etc. puede ser tan importante o más que las acciones del sistema sanitario para generar salud y reducir las desigualdades sociales en su distribución. En este mismo sentido, es preciso promover un cambio cultural que incluya acciones de prevención y concienciación de las poblaciones.
- Establecimiento de incentivos adecuados a los profesionales, en línea con los objetivos de eficiencia en el gasto y optimización de la salud de la población y puesta a disposición de los clínicos de un repositorio nacional con información fiable sobre protocolos y guías de actuación.
- Impulso de la atención primaria, dotándola de mayor autonomía y capacidad de organización, incluso con posibilidad de transferencia de riesgos, e instaurando programas de gestión de enfermedades, particularmente para enfermos crónicos, pluripatológicos y polimedicados.
- Promoción de la integración y/o coordinación entre los diferentes niveles del sistema: médicos de atención primaria, enfermeros/as, especialistas, profesionales de atención comunitaria y servicios sociosanitarios.

- Diseño de un sistema de información único y de dominio público (salvo en lo que respecte a los datos personales) como forma de favorecer la transparencia, la rendición de cuentas y la cooperación.
- Control de la corrupción y regulación estricta de los conflictos de interés de todos los profesionales y directivos del sector salud.
- Profesionalización y estabilidad en torno a la función directiva, de modo que la selección de los responsables se lleve a cabo siguiendo los principios de mérito, capacidad, profesionalidad, experiencia y publicidad.
- Reforma del Consejo Interterritorial, que implique una clara definición de sus funciones y un cambio en su arquitectura de gobierno.
- Fomento de la cooperación interadministrativa. Facilitación de la toma de decisiones colegiada.
- Impulso de los mecanismos de centralización de compras, no solo de los fármacos, sino también del resto de bienes y tecnologías médicas.
- Establecimiento de incentivos financieros pertinentes, que incluyan penalizaciones ante el incumplimiento de las restricciones presupuestarias. En lo que respecta a las transferencias de recursos entre la Administración General del Estado y las CC. AA., condicionar los recursos articulados a través de convenios, subvenciones o fondos específicos a la evaluación de los resultados de las políticas financiadas.
- Establecimiento de un plan estratégico de largo plazo, consensuado por los diferentes actores del sistema y refrendado por los partidos políticos, para la coordinación y desarrollo de políticas comunes en el conjunto del SNS, con el fin de promover tanto la eficiencia como la cohesión del sistema.

Conviene destacar la necesidad de considerar la actual coyuntura económica como una oportunidad de reducir las ineficiencias del SNS, de reforzar la cooperación entre agentes y de promover que la política sanitaria se oriente hacia los que deben ser sus principales objetivos: mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades entre colectivos.

Finalmente, la aplicación de este conjunto de medidas, que han de favorecer una mejora de la eficiencia y una racionalización del gasto sanitario sin merma de la

cohesión y calidad del sistema, no debe impedir que otros aspectos de la política fiscal (en particular, el referido a los ingresos) se sometan también a reforma. Así, la intensificación de la lucha contra el fraude fiscal y la recuperación de los impuestos sobre la riqueza deben verse como instrumentos necesarios para reforzar la política redistributiva y la equidad. Otras actuaciones tendentes a aumentar el grado de progresividad del sistema tributario son asimismo deseables, si bien en este caso las reformas deberían enmarcarse en el ámbito autonómico. En definitiva, se requiere un compromiso de los poderes públicos que nos ayude a sostener el Estado de bienestar, que con tanto esfuerzo hemos logrado poner en pie entre todos.

## Referencias

- Abásolo I., Pinilla J. y Negrín, M.A. (2008): «Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autónomas en España: un análisis multinivel», *Hacienda Pública Española*, 187, 87-106.
- A.T. Kearney (2011): *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?*
- Audit Comission (2011): *Reducing spending on low clinical value treatments*. Health briefing.
- Beltrán A., Forn R., Garicano L. y Vázquez P. (2009): *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*. Madrid: McKinsey&Company y FEDEA. Documento: [http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad\\_cambio\\_posible.pdf](http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf). Fecha de acceso: 3 de diciembre de 2011.
- Bernal E., Campillo C., González B., Meneu R., Puig J., Repullo J.R. y Urbanos R. (2011): *La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable*. Documento: [http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO\\_DEBATE\\_SNS\\_AES.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf). Fecha de acceso: 30 de noviembre de 2011.
- Blanco A., Urbanos R., Thuissard J.I. (2011): *Projecting health care expenditure in Spain under different scenarios: methodology and results*. Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales, 3/2011.
- Borrell C. y Benach J. (coords.) (2005): *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
- Borrell C., Benach J. y Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill (2006): «La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña». *Gaceta Sanitaria*; 20: 396-406.
- Cabasés J. y Freire J.M. (2010): *Texto inicial para el debate y consenso sobre los temas principales del Buen Gobierno y sus instrumentos*. Documento de Trabajo del Consejo Asesor. Osakidetza.

- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010): *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Costa-Font J. y Gil J. (2008): *Exploring the pathways of inequality in health, access and financing in decentralised Spain*. Documento de trabajo 2008-13. Serie Economía de la Salud y Hábitos de Vida. Fedea-La Caixa.
- Curry N. y Ham C. (2010): «Clinical and service integration. The route to improved outcomes». The King's Fund.
- Elshaug A.G., Hiller J.E., Tunis S.R. y Moss J.R. (2007): «Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care services», *Australia and New Zealand Health Policy*; 4: 23.
- MISSOC — EU's Mutual Information System on Social Protection (2011): Documento: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables.do](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do). Fecha de acceso: 1 de septiembre de 2011.
- EGSP — Estadística de Gasto Sanitario Público (2011): Serie 2002-2009 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: gasto real). Documento: <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>. Fecha de acceso: 20 de septiembre de 2011.
- Fisher, E. *et al.* (2003): «The implications of regional variations in Medicare spending», *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, nº 4, pp. 273-298.
- Freire, J.M., Repullo, J.R., Oteo, L.A. y Oñorbe, M (eds.) (2011): *Libro Blanco de la Sanidad en Madrid*. Documento: <http://librosanidadmadrid.es/>. Fecha de acceso: 20 de noviembre de 2011.
- García P. y López A. (2007): «The evolution of inequity in the access to health care in Spain: 1987-2001», *Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA* 2007;10.
- García-Altés A., Rodríguez-Sanz M., Pérez G. y Borrell C. (2008): «Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas», *Cuadernos Económicos de ICE* 75, 115-128.
- García-Prado A. y González P. (2007): «Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector», *Health Policy* 84, pp. 142-152.
- Gérvas J. y Pérez Fernández M. *Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica*. FMC 2011 (en prensa).

- Gil V., Barrubés J., Álvarez J.C. y Portella, E. (2010): «La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto». Barcelona: Antares Consulting. Documento: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee-857c1e86ac325f514a6fcf5b4.pdf>. Fecha de acceso: 3 de diciembre de 2011.
- González López-Valcárcel B. y Barber P. (2006): *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*. Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 90/2006.
- González M.L. y Clavero A. (2006): «La contribución de variables socioeconómicas a la desigualdad en utilización de servicios sanitarios», *Estadística Española* 20, pp. 359-96.
- González M.L. y Clavero A. (2008): «Análisis de las desigualdades socioeconómicas en la utilización de asistencia sanitaria mediante modelos dinámicos», *Hacienda Pública Española* 186:9-42.
- Hernández-Quevedo C., Masseria C. y Mossialos E.A. (2010): «Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from EU-SILC», *Eurostat Working Paper*.
- HOPE — European Hospital and Healthcare Federation (2010): *Chronic diseases. A clinical and managerial challenge*.
- Lostao L., Regidor E., Calle M.E., Navarro P. y Domínguez V. (2001): «Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97». *Revista Española de Salud Pública*; 75:115-27.
- Makarov D.V., Yu J.B., Desai R.A., Penson D.F. y Gross C.P. (2011): «The Association Between Diffusion of the Surgical Robot and Radical Prostatectomy Rates», *Medical Care*; 49: 333–339.
- Mas, N., Cirera, L. y Viñolas, G. (2011): *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español*, IESA Business School, Universidad de Navarra. Documento: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0939.pdf>. Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2011.
- Meneu R. (2009): «Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora». En: Ortún V (Dir). *El buen Gobierno Sanitario*. Springer Healthcare Com.
- Meneu R. y Ortún V. (2011): «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis», *Gaceta Sanitaria* 25(4): 333-338.

- Milton C., Dionne F., Damji R., Campbell D. y Bryan S. (2011): *Difficult decisions in time of constraint: Criteria based Resource Allocation in the Vancouver Coastal Health Authority*. BMC Health Services Research 11:169.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010): *Hacia la Equidad en Salud. Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. Documento: [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE\\_2010/conferenciaExpertos/presidenciaUE.htm](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/presidenciaUE.htm). Fecha de acceso: 2 de septiembre de 2011.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): Barómetro Sanitario. Año 2010. Documento: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>. Fecha de acceso: 2 de septiembre de 2011.
- Nuti S., Vainieri M. y Banini A. (2010): *Desinvestment for re-allocation: A process to identify priorities in healthcare*, Health Policy 95 : 137-143.
- OCDE (2011): Health Data File.
- Oteo L.A., Repullo J.R. y Urbanos R. (2010): *Gobernabilidad y sostenibilidad en el sistema* Palfrey S. (2011): «Daring to Practice Low-Cost Medicine in a High-Tech Era», The New England Journal of Medicine, 10.1056/nejmp1101392 nejm.org.
- Peiró S, Artells J.J. y Meneu R. (2011): «Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud», Gaceta Sanitaria 25(2), pp. 95-105.
- Prieto A., Arbelo A. y Mengual E. (2006): *El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios*. Documento de trabajo 99/2006, Fundación Alternativas.
- Puig J. y Rodríguez M. (2011): «Razones para no temer al copago sanitario». Artículo publicado en [www.elpais.com](http://www.elpais.com), 10 de mayo de 2011.
- PwC — PricewaterhouseCoopers (2011): *Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2011. El momento de hacer más con menos*.
- Regidor E., Calle ME., Astasio P., Ortega P., Martínez D. y Domínguez V. (2006): «Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI», Gaceta Sanitaria 20, pp. 352-9.
- Repullo J.R. y Freire J.M. (2008), *Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización*. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria; 22 (Supl. 1):118-25.

- Rivera B. y Currais L. (2009): «Fundamentos de Economía de la Salud» (mimeo).
- Rodríguez M. y Urbanos R. (directoras) (2008): *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Ed. Elsevier Masson.
- Segura A. (2011): «Cribado del cáncer colorrectal: no es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado», *Gaceta Sanitaria* 25(4): 331-332.
- Spadaro A., Moral I., Adiego M., Blanco A. y Mangiavacchi L. (2011): «Evaluating the Redistributive Impact of Public Health Expenditure using an Insurance Value Approach». *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales* 7/11.
- Starfield B. (2000): «Is US health really the best in the world?», *JAMA* 284; 483:5.
- Stoyanova A. (2004): «Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain», tesis doctoral, Universidad de Barcelona.
- Transparency International España (2011): *Índice de percepción de la corrupción 2011*. Documento: <http://www.transparencia.org.es/>. Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2011.
- Urbanos R. (2001): «Explaining inequality in the use of public health care services: evidence from Spain», *Health Care Management Science*; 4:143-57.
- Urbanos, R. y González, B. (2005): «La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad». En: *Políticas públicas y distribución de la renta*, Jesús Ruiz-Huerta (ed.), pp. 147-212. Fundación BBVA.
- Urbanos R. y Meneu R. (2008): «La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes». En: Rodríguez M. y Urbanos R., (directoras): *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Ed. Elsevier Masson.
- Urbanos R. (2009): *La equidad en el Sistema Nacional de Salud. Identificación de fortalezas y debilidades*, Ministerio de Sanidad y Política Social (informe no publicado).
- Urbanos R. (2010): «La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades?», *Gaceta Sanitaria*, vol. 24 (Suppl 1), pp. 7-11.
- Urbanos R. (2011): «Impacto de las políticas públicas en las desigualdades en salud: una propuesta de medición y monitorización», *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales* 12/11.
- van Doorslaer E., Masseria C., OECD Health Equity Research Group (2004): «Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries». En: *Towards high-performing health systems: policy studies*. París: OECD; 2004.

WHO — Health Commission on the Social Determinants of Health (2008): «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health». Final report on the Commission on the Social Determinants of Health, World Health Organisation, Geneva.



## Documentos de debate publicados

- 1/2009. Una propuesta para la elección del Gobierno Europeo. Antonio Estella
- 2/2009. Inclusión y diversidad: ¿repensar la democracia? Wolfgang Merkel
- 3/2009. El Estado Dinamizador antes y después de la crisis económica.  
Carlos Mulas-Granados
- 4/2009. Programa para una política progresista: nota para el debate. Philip Pettit
- 5/2009. Liderando la Tercera Revolución Industrial y una nueva visión social para el mundo.  
Jeremy Rifkin
- 6/2009. Prioridades económicas de Europa, 2010-2015. André Sapir
- 7/2009. La crisis económica global: temas para la agenda del G-20. Joseph E. Stiglitz
- 8/2009. Global Progress: un paso decisivo para establecer una agenda progresista internacional para el siglo XXI. Matt Browne, Carmen de Paz, Carlos Mulas-Granados
- 9/2009. An EU “Fit for Purpose” in the Global Era. Una UE adaptada a la nueva era global.  
Loukas Tsoukalis, Olaf Cramme, Roger Liddle
- 10/2010. La estrategia 2020: del crecimiento y la competitividad a la prosperidad y la sostenibilidad. Antonio Estella y Maite de Sola
- 11/2010. La renovación liberal de la socialdemocracia. Daniel Innerarity
- 12/2010. La producción y el empleo en los sectores españoles durante los ciclos económicos recientes. Simón Sosvilla Rivero
- 13/2010. El modelo danés: un éxito en Europa. Mogens Lykketoft
- 14/2010. ¿Qué valor añade España a África subsahariana?: estrategia y presencia de España en la región. José Manuel Albares
- 15/2010. La Alianza de Civilizaciones: una agenda internacional innovadora. La dimensión local y su potencial en África. Juana López Pagán
- 16/2010. La crisis económica mundial en África subsahariana: consecuencias y opciones políticas para las fuerzas progresistas. Manuel de la Rocha Vázquez
- 17/2010. Microfinanzas, microcréditos y género en Senegal. Josefa Calero Serrano
- 18/2010. El debate sobre la Estrategia Española de Seguridad.  
Antonio Estella, Aida Torres y Alicia Cebada
- 19/2010. Biocombustibles líquidos: situación actual y oportunidades de futuro para España.  
Ricardo Guerrero, Gustavo Marrero, José M. Martínez-Duart y Luis A. Puch
- 20/2010. Conferencia African Progress. El papel y el futuro de las políticas progresistas en África subsahariana. Carmen de Paz y Guillermo Moreno
- 1/2011. Nuevas ideas para la regulación del sistema financiero internacional. Propuestas de reforma en el marco del G-20. Rafael Fernández y Antonio Estella
- 2/2011. El enmarcado socialdemócrata de la inmigración en España. David H. Corrochano
- 3/2011. La política de la inmigración en España desde la crítica y el análisis progresista.  
Héctor Cebolla Boado

- 4/2011. Ideas para las ciudades inteligentes del futuro. Johannes von Stritzky y Casilda Cabrerizo
- 5/2011. *Product space*: ¿qué nos dice sobre las oportunidades de crecimiento y transformación estructural de África subsahariana? Arnelyn Abdon y Jesús Felipe
- 6/2011. El poder del discurso. Un análisis de la comunicación de los valores progresistas en España. Coordinador: Luis Arroyo
- 7/2011. La rehabilitación: una oportunidad para la reconversión del sector de la edificación. César Pavón, Casilda Cabrerizo, Reyes Maroto
- 8/2011. Ideas para superar el fracaso escolar en España: análisis y propuestas de futuro. Álvaro Choi y Jorge Calero
- 1/2012. El auge del regionalismo latinoamericano: ¿más de lo mismo? Susanne Gratius
- 2/2012. Desarrollo y cohesión social en América Latina. Anna Ayuso
- 3/2012. En busca de la prosperidad compartida en América Latina: desafíos y oportunidades en un mundo global incierto. José María Fanelli
- 4/2012. Políticas activas de empleo para los jóvenes: ¿hacia dónde nos dirigimos ahora? Dalia Ben-Galim, Asunción Candela Terrasa, Carmen de Paz Nieves
- 5/2012. Conferencia Global Progress: un futuro de progreso. Aitor Martínez, Carmen de Paz, Matt Browne
- 6/2012. Ajustes fiscales: alternativas y consecuencias. Carmen de Paz Nieves, Carlos Mulas-Granados

## Documentos de trabajo publicados

- 1/2009. ¿Cómo votan los españoles en las elecciones europeas? Antonio Estella y Ksenija Pavlovic
- 2/2009. ¿Por qué es necesario limitar las retribuciones de los ejecutivos? Recomendaciones para el caso de España. Carlos Mulas-Granados y Gustavo Nombela
- 3/2009. El Tratado de Lisboa. Valores progresistas, gobernanza económica y presidencia española de la Unión Europea. Daniel Sarmiento
- 4/2010. Por la diversidad, contra la discriminación. La igualdad de trato en España: hechos, garantías, perspectivas. Fernando Rey Martínez y David Giménez Glück (coordinadores)
- 5/2010. Los actuales retos y la nueva agenda de la socialdemocracia. Ludolfo Paramio, Irene Ramos Vielba, José Andrés Torres Mora e Ignacio Urquizu
- 6/2010. Participación ciudadana en el ámbito municipal. Reflexiones teórico-empíricas y prácticas participativas. Eva Campos
- 7/2010. La nueva agenda social: reforma de las políticas activas de empleo. Asunción Candela, Carlos Mulas-Granados, Gustavo Nombela

- 8/2010. Ideas para la creación de “ATILA” (Área Transatlántica de Integración para la Libertad Ampliada). Antonio Estella, Alicia Cebada, Claudia Martínez
- 1/2011. Mujer y economía sostenible: balance y perspectivas. Reyes Maroto, Asunción Candela y Carlos Mulas-Granados
- 2/2011. *Cloud computing*: retos y oportunidades. David Cierco y Johannes von Stritzky
- 3/2011. Gobierno abierto: alcance e implicaciones. Ana Corojan y Eva Campos
- 4/2011. Avances del gobierno económico en la Unión Europea. Antonio Estella, Claudia Martínez y Rafael Fernández
- 1/2012. La biomasa en España: una fuente de energía renovable con gran futuro. Emilio Cerdá Terda

## Documentos de análisis político publicados

- 1/2011. La España de Rajoy y Cameron
- 2/2011. Ciudades inteligentes: un modelo para Madrid
- 3/2011. Cara a cara en economía: las debilidades del PP y las fortalezas del PSOE
- 1/2012. Reforma laboral y crisis: efectos sobre la economía española

## Informes publicados

Nuevas ideas para mejorar el funcionamiento de los mercados financieros y la economía mundial

Decálogo de reformas para responder a una crisis sistémica  
(Diciembre de 2008)

La producción de los pequeños agricultores y la reducción de la pobreza

Principios para un mecanismo de coordinación financiera (MCF)  
de apoyo a los pequeños agricultores  
(Enero de 2009)

Un nuevo modelo energético para España  
Recomendaciones para un futuro sostenible  
(Mayo de 2009)

**Ideas para una nueva economía**

Hacia una España más sostenible en 2025

(Enero de 2010)

**Impuestos para frenar la especulación**

Propuestas para el G-20

(Mayo de 2010)

**La reforma de las pensiones**

¿Cómo va a beneficiar a la sociedad española?

(Febrero de 2011)

**Los empleos verdes en la Comunidad de Madrid**

Posibilidades de futuro

(Marzo de 2011)

**La contribución de la inmigración a la economía española**

Evidencias y perspectivas de futuro

(Mayo de 2011)

**Ideas sobre África**

Desarrollo económico, seguridad alimentaria, salud humana y cooperación española al desarrollo

(Junio de 2011)

**El reto de la obesidad infantil**

La necesidad de una respuesta colectiva

(Julio de 2011)





Rosa Urbanos

**SISTEMA SANITARIO, SALUD Y SOSTENIBILIDAD**