

# La crisis económica llega a la sanidad pública (\*)

## 1. Introducción

La necesidad de controlar el déficit y el endeudamiento públicos de la economía española ha impuesto la introducción de ajustes presupuestarios tanto en la Administración Central como en los gobiernos autonómicos, que han repercutido directamente sobre las prestaciones sociales y, en particular, sobre la sanidad. Las primeras medidas adoptadas en 2010, de ámbito estatal, consistieron en otra reducción unilateral de precios de medicamentos y una reducción salarial generalizada. Durante el año 2011 se han registrado duros ajustes por parte de los Servicios Regionales de Salud que, en general, han adoptado la forma de nuevos recortes lineales, ya sea en el ámbito de los gastos de personal —a través de la reducción de las retribuciones y el aumento de los despidos—, o en la actividad clínica —mediante, por ejemplo, el cierre de algunas áreas de grandes hospitales—. El denominador común de estos recortes ha sido el de estar guiados por la urgencia de cuadrar las cuentas públicas, de tal forma que únicamente parecen haber tomado en consideración el previsible impacto económico a corto plazo, ignorando otros efectos, económicos y de resultados en salud, de medio y largo plazo.

La difícil coyuntura económica en la que se encuentra el país y, por ende, el Sistema Nacional de Salud (SNS), que actualmente absorbe un 6% del PIB y más de un tercio de los presupuestos autonómicos, ha favorecido la aparición de un buen número de informes sobre el *diagnóstico* de la sanidad pública y las soluciones que podrían articularse para garantizar su solvencia o sostenibilidad en el futuro (1). Todos ellos coinciden en que el sistema sanitario público dispone de un amplio margen de mejora en términos de eficiencia, calidad clínica y buen gobierno. El presente artículo tiene como objetivo contribuir a la literatura citada aportando un conjunto de recomendaciones orientadas a aprovechar dichos márgenes, y a lograr, desde una visión de largo plazo, un Sistema Nacional de Salud eficaz, equitativo, solvente y más fuerte frente a futuras crisis.

## 2. ¿Qué reformas debe abordar el Sistema Nacional de Salud?

Uno de los aspectos prioritarios en la reforma del SNS se basa en la introducción de criterios de financiación selectiva de las tecnologías y prestaciones sanitarias. En un mundo en el que las innovaciones diagnósticas y terapéuticas surgen cada

Rosa Urbanos Garrido

Universidad Complutense de Madrid

Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Jaume Puig Junoy

Universitat Pompeu Fabra de Barcelona

vez a un ritmo más rápido y multiplican el precio de las prestaciones preexistentes, en el que su autorización se ha trasladado al nivel supranacional, y no siempre se hace con conocimiento pleno de su eficacia, se precisan reglas de decisión que ayuden a diferenciar lo que aporta valor de lo que no, que permitan discriminar entre alternativas y que establezcan límites en relación con lo que puede ser razonable pagar por cada unidad de resultado (por ejemplo, por cada año de vida ganado ajustado por calidad o AVAC). Esto es, las decisiones sobre financiación y asignación de recursos públicos en sanidad deberían basarse en la efectividad clínica y la relación coste-efectividad. La creación de una agencia evaluadora independiente, del estilo del National Institute for Health and Clinical Excellence británico constituiría, en este sentido, un avance hacia la racionalidad.

Por otra parte, disponemos de numerosas pruebas de que más (gasto, actividad) no siempre es mejor (salud), y de que podrían obtenerse ganancias de eficiencia (en términos de ahorro de recursos y/o de mayor calidad de la asistencia prestada) suprimiendo intervenciones de valor escaso o dudoso y de aquellas que provocan daño a los pacientes. Es lo que la literatura llama *desinversión* sanitaria. Por ejemplo, un estudio reciente de la Audit Comission del Reino Unido muestra que la eliminación de aproximadamente 250 procedimientos con limitado valor clínico permitiría reducir el gasto sanitario entre 179 y 441 millones de libras esterlinas (Audit Comission, 2011). Los profesionales sanitarios, y en particular los médicos, podrían liderar este movimiento, que en algunas áreas tiene un gran potencial de mejora (Smith y Hillner, 2011). El SNS tiene asimismo importantes retos para evitar o minimizar los efectos adversos evitables derivados de la prestación de servicios médicos y medicamentos.

El camino de hacer más con menos requiere fomentar con incentivos basados en el conocimiento científico la corresponsabilización de pacientes, profesionales e industria. La de la industria mediante contratos de riesgo compartido cuando hay demasiada incertidumbre sobre la eficacia, hasta que se demuestre la efectividad de los nuevos medicamentos o tecnologías —si una tecnología no es eficaz, no hay pago—. La de los pacientes, revisando el copago farmacéutico actual y eliminando la amplia exención relacionada con la jubilación, sea a la edad que sea y al margen de la renta, mediante el diseño de copagos evitables —el SNS financia el medicamento equivalente de precio menor, y si el paciente lo desea, que pague la diferencia—, diferenciales —cuanto más nece-

sario y costo/efectivo, menor copago—, con exención de los más pobres y con límites máximos para los más enfermos (Puig y Rodríguez, 2011). Por último, la corresponsabilización de los profesionales y equipos exige que los incentivos, financieros y no financieros, favorezcan adecuar la práctica clínica al conocimiento científico y reduzcan las variaciones injustificadas en esta práctica.

La reforma del SNS exige algunos cambios en la política de personal. En primer lugar, disponer de un registro de profesionales sanitarios, y en particular de médicos, es de máxima prioridad, de bajo coste y esencial para planificar. El *numerus clausus* de Medicina y el número de plazas MIR convocadas anualmente se podrían establecer con datos fidedignos de los recursos humanos disponibles en el sistema. En segundo lugar, la retribución variable vinculada a objetivos debería tender a aumentar en relación con la retribución fija y tendría que basarse en una evaluación individual y de los equipos de esfuerzo y rendimiento. En la medida de lo posible habría que evitar el pago por acto, práctica común en los planes de choque contra las listas de espera, dado que las denominadas *peonadas* favorecen la inducción de demanda, suponen un coste adicional para el sistema e incentivan la pérdida de productividad en horario regular. Algunas fórmulas de pago no salariales, como el pago per cápita a equipos de atención primaria, podrían mejorar la calidad de la atención.

La carrera profesional, que en la práctica ha sido una forma encubierta de aumento salarial generalizado, tiene potencial para incentivar el profesionalismo y el trabajo bien hecho que hay que aprovechar. Pero la evaluación de competencias, y su retribución, no deberían ser uniformes. Por ejemplo, no conviene exigir que todos los médicos asistenciales sean investigadores o aporten méritos de investigación, sino que sean buenos profesionales.

La red asistencial pública necesita dotarse de instrumentos de gestión de recursos humanos que le den flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades. La única forma que tienen los centros públicos de ganar competitividad es flexibilizando la gestión con herramientas adecuadas y profesionalizando el propio ejercicio de la medicina. De ahí que en algún caso se haya sugerido la gradual desfuncionarización de los profesionales sanitarios (Bernal y cols., 2011).

Por otra parte, siguen siendo necesarias algunas reestructuraciones en la gestión sanitaria para poder acabar con dos de los problemas más arraigados del SNS: el escaso peso de la atención primaria y la falta de coordinación entre niveles asis-

tenciales, que derivan simultáneamente en ineficiencias y mermas de la calidad. Los patrones de morbimortalidad han cambiado, y la carga asistencial se concentra hoy en los pacientes crónicos y pluripatológicos. Estos, junto con los pacientes frágiles y terminales, constituyen un reto para la atención primaria y para el actual hospital general de agudos, excesivamente segmentado e hiperespecializado. Las estrategias de crónicos y paliativos exigen cambios en la arquitectura organizativa de la red sanitaria.

La superación de los problemas citados puede tener su base en las fórmulas de integración de organizaciones, articuladas tanto en el nivel macro como en los niveles meso y micro. 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, atención socio-sanitaria y salud comunitaria trabajasen en colaboración. De este modo, habría que favorecer la creación de grupos clínicamente integrados y redes de proveedores integradas, basadas en la elección del paciente donde fuera posible, y vinculados a través de contratos (Curry y cols., 2010). Frente a la actual compartimentación de niveles asistenciales, la integración de presupuestos a través de una financiación prospectiva basada en una cápita ajustada por las características de la población cubierta contribuiría a fomentar la atención integral de la salud y la dependencia y a visualizar los costes totales derivados de su atención. La integración a nivel macro debería incluir, entre otras cosas, la obligación de rendir cuentas sobre el desempeño de las organizaciones en su ámbito geográfico correspondiente, lo que a su vez favorecería la introducción de mecanismos de pago por resultados, reforzando así los incentivos a ofrecer una asistencia resolutoria y orientada a mantener una población sana y cuidada.

Por su parte, la integración a nivel meso se centraría en las necesidades de grupos de pacientes y poblaciones específicas, como la población mayor o los pacientes con enfermedades crónicas a través, por ejemplo, de programas de gestión de enfermedades. Por último, la integración a nivel micro incluiría una variedad de enfoques que irían 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 (Curry y cols., 2010).

Es importante señalar que, a pesar de la abrumadora evidencia sobre que los factores determinantes de la salud sobrepasan el ámbito estricto-

tamente biológico y de provisión de cuidados sanitarios (WHO, 2008), la política de salud continúa siendo fundamentalmente sanitaria. En este sentido, se necesita reequilibrar la balanza entre las actuaciones centradas en el individuo (absolutamente predominantes) y las colectivas centradas en la reducción de riesgos comunitarios relacionados con la calidad del medioambiente, las condiciones laborales, los hábitos nutricionales, etc. El movimiento *Salud en Todas las Políticas*, reconociendo este hecho, aboga por evaluar el *Impacto en Salud* de todas las acciones públicas relacionadas con infraestructuras, vivienda, y otras. La aprobación de la Ley General de Salud Pública en 2011, en esa línea, debería contribuir, mediante un adecuado desarrollo, a un rediseño más coste-efectivo de las políticas públicas de salud y más centrado en la prevención primaria, fomentando acciones intersectoriales y abriendo el foco de acción más allá del ámbito estricto de la prestación de atención médica una vez la enfermedad ha hecho aparición.

Por último, es preciso hacer mención a un conjunto de cambios prioritarios para el SNS, que llevan asociado un enorme potencial de transformación y de desarrollo de buenas prácticas. Son los relacionados con el buen gobierno. Un concepto multidimensional y complejo, en el que se incluyen, entre otros, 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 (Meneu y Ortún, 2011).

El SNS es, en general, deficitario en transparencia. La información 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, por lo que la rendición de cuentas se ve inevitablemente mermada. Incluimos entre los aspectos sobre los que se precisa más información y conocimiento independiente las fórmulas de colaboración entre sector público y privado (fundamentalmente las *Private Finance Initiative* —PFI— y *Public Private Partnership* —PPP, o concesiones administrativas—), de rápida extensión en los últimos años, y sobre las que la evidencia de otros países advierte de algunos riesgos en términos de coste y calidad (Prieto y cols., 2006). Hay que evitar que esas fórmulas se empleen como una huida hacia adelante de los gobiernos, presionados por los techos de endeudamiento y deseosos de visualizar a corto plazo mejoras de oferta y de cobertura. La contabilización pública del gasto

debe ser supervisada para garantizar que se cumple con la normativa europea.

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 estas acciones deberían sumarse otras orientadas a cumplir y hacer cumplir las leyes de incompatibilidades de altos cargos, promover la ejemplaridad en la función política y representativa y exigir el cumplimiento de las obligaciones contractuales de todos los empleados públicos (Bernal y cols., 2011).

El buen gobierno pasa también, y de forma muy importante, por profesionalizar la gestión del SNS sobre la base del mérito y la capacidad (Repullo y Freire, 2008). Hasta ahora, cada cambio de partido en el gobierno ha implicado la sustitución de la práctica totalidad de los gerentes de hospitales, áreas de atención primaria y otros puestos de carácter ejecutivo, en un proceso que prima la proximidad o lealtad política al mérito. A este respecto, resulta urgente profesionalizar la gestión a través de concursos por competencia competitiva abierta y evaluación periódica del desempeño.

Y, 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 estructura territorial del sistema sanitario. La inoperancia del Consejo Interterritorial es prueba de ello. Como consecuencia, se ha sugerido la necesidad de una remodelación institucional, que podría suponer la creación de uno o varios organismos de carácter técnico y con representación paritaria de los Servicios Regionales de Salud (Repullo y Freire, 2008) que impulsarían la cooperación entre gobiernos y tendrían, además, consecuencias positivas para la equidad.

### 3. Consideraciones finales

Frente a las peticiones recurrentes de incremento en el volumen de recursos públicos que han de dedicarse a sanidad por parte de grupos que, paradójicamente, difieren en sus intereses y opciones ideológicas, ha de plantearse la necesidad de alterar la trayectoria del gasto durante los próximos años. En caso contrario, solo se conseguirá adoptar (otra vez) una solución transitoria a problemas de carácter estructural que no tardarán en aflorar de nuevo en forma de mayores deudas. Ello no obsta para que deba afrontarse el pago a los proveedores por las deudas ya contraídas por el SNS. Pero ha de evitarse que los

recursos destinados a este fin se consoliden, dotando de credibilidad a una restricción presupuestaria que hasta el momento ha sido excesivamente laxa.

La crisis económica ofrece la oportunidad de abordar reformas en el seno del SNS que, en épocas de abundancia, difícilmente entrarían a formar parte de la agenda política. Esa oportunidad debe comenzar a aprovecharse de forma inmediata para evitar que los recortes presupuestarios conduzcan a un deterioro del sistema público de salud y a una pérdida en la calidad asistencial, que termine por expulsar a los colectivos con mayor capacidad de pago y favorezca la dualización del Sistema Nacional de Salud. □

### NOTAS

- (\*) *El presente texto se inspira directamente en el documento de debate «La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable», en el que participaron activamente los autores del artículo. Dicho documento puede encontrarse en la página web de la Asociación de Economía de la Salud: <http://www.aes.es>*
- (1) *A este respecto, véanse los informes realizados por las consultoras Antares Consulting, AT Kearney, McKinsey y PwC, así como los trabajos elaborados por la Asociación de Economía de la Salud (2008), Peiró y cols. (2011) y Bernal y cols. (2011).*

### BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de Economía de la Salud (2008): «Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad». Disponible en: <http://www.aes.es>.
- AT Kearney (2011): «La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?». Disponible en: <http://www.atkearney.es/index.php/sistema-nacional-de-salud.html>.
- Audit Commission (2011): «Reducing spending on low clinical value treatments». Disponible en: <http://www.audit-commission.gov.uk/sitecollectiondocuments/downloads/20110414reducingexpenditure.pdf>.
- Beltrán, A.; Forn, R.; Garicano, L. y Vázquez, P. (2009): «Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario». Madrid: McKinsey&Company y FEDEA. Disponible en: [http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad\\_cambio\\_posible.pdf](http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf).
- 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». Disponible en <http://www.aes.es>.
- Curry, N. y Ham, C. (2010): *Clinical and service integration. The route to improved outcomes. The King's Fund, UK.*

- 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. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee857c1e86ac325f514a6fcf5b4.pdf>.
- Meneu, R. y Ortún, V. (2011): «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis», *Gaceta Sanitaria* 25(4): 333-338.
- 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): 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. Disponible en: <http://www.falternativas.org>.
- 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 (2011): «Diez temas candentes de la sanidad española para 2011. El momento de hacer más con menos». Disponible en: <http://www.pwc.es/es/sala-prensa/multimedia/informe-sanidad.jhtml>.
- 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», *Gaceta Sanitaria* 22 (Supl. 1):118-25.
- Smith, T. J. y Hillner, B. E. (2011). «Bending the cost curve in cancer care.» *N Engl J Med* 364(21): 2060-2065.
- 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, Ginebra.

## RESUMEN

Los compromisos de España con la Unión Europea relacionados con los niveles de déficit y deuda pública han motivado la introducción de recortes en el Sistema Nacional de Salud, fundamentalmente guiados por una visión de corto plazo. El presente artículo expone un conjunto de reformas que deberían servir para alterar la trayectoria seguida por el gasto sanitario público en los últimos años, así como para lograr un aumento de los niveles de eficiencia y calidad clínica del sistema. Entre ellas, la introducción de criterios de coste-efectividad en la política de financiación de prestaciones, la reforma de los incentivos y de la política de personal y el fomento de la integración organizativa, la salud pública y el buen gobierno.

**Palabras clave:** Sanidad pública, Reformas, Eficiencia, Equidad, Sostenibilidad.