



Aportación del sector sanitario a la España competitiva

Descripción

La sanidad afecta al cuadro macro de la economía de nuestro país por cuatro vías. Por un lado, se trata de un relevante sector económico, que supone alrededor del 6% del PIB español y que da empleo a algunos cientos de miles de personas de forma directa e indirecta. En este sentido, la sanidad es una de las actividades que actúa como motor de crecimiento en las sociedades desarrolladas y que genera trabajos de alta cualificación, de esos que todos queremos tener en nuestros países. Desde esta perspectiva, lo que te interesa es que el sector sanitario, como cualquier otra actividad de servicios cualificada, se expanda y cada vez tenga un peso mayor en la economía del país.

La única restricción a ese deseo, y esta es la segunda línea de afectación de la sanidad al cuadro macro, es quién paga. Como es bien conocido, la sanidad no es solo pública en el sentido de que la provisión sea —en la mayor parte de los casos— en centros de titularidad pública sino que es financiada —casi al 100%— por las Administraciones públicas. De hecho, es el gasto público por antonomasia; el más importante en el que tienes capacidad de tomar decisiones (el gasto en pensiones es algo mayor pero viene dado por una fórmula que no puedes cambiar sino es en perspectivas de muy largo plazo). Al ser el gasto público más importante, puede afectar muy directamente a la salud de las cuentas públicas y hacer descarrilar —como lo estamos viendo en estas fechas— las finanzas de cualquier comunidad autónoma. La financiación pública de la sanidad es un freno importante al crecimiento de este sector si quieres tener una Administración competitiva.

El tercer lugar, la sanidad afecta al cuadro macro por una vía que es algo más sutil. La sanidad es, junto con las pensiones, el principal programa de redistribución de rentas y un elemento esencial de cohesión social. El hecho de que todos podamos tener acceso a la mejor sanidad (al menos, en teoría) independientemente de dónde vivas y de tu estatus social supone un importantísimo cemento social. Es una realidad a la que todos concedemos un gran valor y que da sentido a las renuncias que la vida en comunidad impone.

Finalmente, la sanidad actúa como base que hace competitivas otras actividades. Por ejemplo, turistas alemanes vienen, con mayor frecuencia a España que a otros países, sobre todo si son mayores, porque saben que contamos con un buen sistema sanitario. Empresas y personas cualificadas deciden localizarse en España porque saben de la excelencia de nuestro sistema de salud.

El objetivo de este artículo es analizar posibles medidas que se podrían acometer con el fin de mejorar el sistema sanitario en nuestro país y hacerlo aún más competitivo. Comenzamos con un mínimo

diagnóstico (como es lo propio en este tema) de la situación actual antes de entrar en el detalle de las posibles reformas.

Un breve diagnóstico

Existen una serie de elementos que conforman la situación de nuestro sistema sanitario y que lo van a determinar en el futuro.

1. Envejecimiento: En tres décadas tendremos en nuestro país, salvo catástrofe, quince millones de personas mayores de 65 años (el doble que ahora), de los cuales ocho millones serán mayores de 75 años. Esto significa, a efectos sanitarios, que vamos a tener más población al mismo tiempo en el tramo de edad que más gasta en servicios sanitarios (el triple que en el resto de nuestra vida).
2. Vamos a querer dedicarle más recursos a la sanidad: lo que podemos aprender de otras sociedades más ricas que la nuestra es que conforme vamos mejorando nuestro nivel de renta, queremos dedicar una parte mayor de esta a la salud. Querer dedicar más recursos a la sanidad es una manifestación de nuestro bienestar, y es una oportunidad de inversión para muchas empresas.
3. Las soluciones «a la española» son cada vez menos viables. Uno de los hechos más singulares de nuestro sistema sanitario es la baja remuneración de los profesionales sanitarios, singularmente de los médicos, si comparamos salarios brutos, sin ajustar por ninguna otra variable: los salarios de los médicos españoles son significativamente inferiores a los de sus homólogos extranjeros (su productividad, con frecuencia, también). En un mundo globalizado, mantener la calidad de tus profesionales sanitarios con esos salarios es una situación claramente inestable y ya estamos comenzando a ver, en las comunidades más expuestas a la globalización, cambios en este sentido.
4. Los cuidados médicos incorporan cada vez mayor valor añadido y por tanto son más caros. Se trata de un rasgo muy positivo porque los tratamientos son con frecuencia más efectivos y en todo caso mejoran una economía en crecimiento, pero menos positivo para el gestor que lo financia. Un ejemplo. Se ha estimado que solo el Dabigatran, un nuevo fármaco sustituto del popular Sintrom, que consumen alrededor de 800.000 pacientes en España, supondrá un coste para el sistema de salud de algo más de 500 millones de euros anuales.

La primera conclusión que podemos obtener es que hay y habrá en el futuro una enorme presión por gastar más. En un escenario de mayor restricción presupuestaria que en el que hemos vivido en los buenos momentos del ciclo anterior, esto supone una oportunidad única para hacer las reformas tanto tiempo postpuestas.

No hemos hablado, sin embargo, del hecho más importante que explica cómo funciona nuestro sistema de salud: los incentivos van, con una unanimidad preocupante, en la dirección equivocada.

Los incentivos de los gestores públicos. La descentralización de nuestro sistema sanitario ha generado el efecto perverso de separar la aprobación de algunas medidas y sus costes asociados. Así, por ejemplo, los que aprueban los medicamentos, el Ministerio, no son los que soportan las consecuencias de esas decisiones. Algo semejante ocurre con la cartera de servicios. El incentivo del decisor es ofrecer siempre la mayor cobertura posible; por el contrario, el que paga piensa exactamente lo opuesto. Algo semejante ocurre con las medidas «impopulares»: quien tiene la capacidad legislativa, el Estado, no es quien se beneficiaría económicamente de esa medida. ¿Qué

incentivo tiene para adoptarla?

Acabar con la lista de espera se ha convertido en buena medida en el gran objetivo del sistema. Las necesidades son siempre infinitas y por tanto, en un sistema que es gratuito, tratar de resolver la lista de espera solo genera a medio plazo más lista de espera. A precio cero, siempre habrá una cadera que reparar, un juanete que eliminar, una prueba diagnóstica que repetir... Dado nuestro actual sistema, establecer como objetivo acabar con las listas de espera es poner los incentivos en sentido inverso al deseado.

Los incentivos de los ciudadanos. Ante un sistema que se percibe como gratuito casi en su totalidad, los ciudadanos se comportan consecuentemente: la frecuentación es un 40% superior a la media de la Unión Europea. Además, el sistema aporta una atención holística: todo se trata, incluso las patologías más leves; y por tanto los pacientes lo exigen todo, incluso lo menos necesario.

Los incentivos de los profesionales sanitarios, muy en especial de los médicos, que ha pasado de profesión liberal a profesión socializada. Se ha transformado el comportamiento del médico en el propio de un funcionario, lo que tiene elementos positivos y negativos. Comencemos por la positivo. Como persona que cobra lo mismo por tratar al más pudiente que al de menor renta, trata por igual a todos los «clientes», lo que sin duda es deseable.

El impacto negativo sobre los incentivos de la incorporación de la profesión médica a una estructura funcional es también conocido. El tratamiento igualitario de todos los profesionales tanto horizontalmente (todos los médicos cobran lo mismo) con independencia de dedicación (salvo las guardias) y de resultados; como verticalmente (la famosa compresión salarial) conduce a que los niveles de productividad sean escandalosamente bajos y una huida de los profesionales más prometedores. ¿Para qué me voy a esforzar si cobro lo mismo que mi compañero que no hace nada o casi lo mismo que otra persona con un nivel formativo mucho menor?

Los incentivos están también mal situados en el acceso a la profesión. Una política muy estricta de *númerus clausus* ha permitido a las facultades de medicina contar con los alumnos más brillantes que llegaban a la universidad, tan brillantes como escasos en un momento en el que las cohortes que llegan a la universidad se han reducido a la mitad respecto de épocas anteriores. Unas políticas académicas que no se han ajustado al cambio demográfico junto a unas perspectivas laborales no muy halagüeñas han acabado con muchas de las posibles vocaciones médicas de nuestro país. La entrada sustancial de personas formadas de fuera que vienen solo a hacer la residencia ha permitido mantener la actividad en los servicios, habida cuenta del relevante papel de los residentes en la atención diaria, pero a costa de un sentimiento de que las reglas no son las mismas para todos.

Las propuestas

A la hora de reflexionar sobre las posibles reformas en nuestro sistema sanitario hay dos ideas que ayudan a enmarcar este razonamiento:

Es inevitable dedicar más recursos a la atención sanitaria. Este es un hecho incontestable si uno mira lo que ha ocurrido en los países de su entorno, sobre todo, en los más desarrollados. Por todos los motivos que hemos mencionado en la sección anterior, va a incrementarse la parte de nuestra riqueza que como país vamos a dedicar al cuidado de nuestra salud. Y probablemente no es una mala noticia. La tarea, por tanto, será no la de reducir los recursos asignados a la sanidad, sino de utilizarlos mejor.

La experiencia de otros países es un excelente referente a la hora de pensar en las reformas. Si salimos de nuestras fronteras y miramos a nuestro alrededor encontramos numerosas áreas donde aprender. Sin el papanatismo de pensar que lo de fuera es simplemente mejor, pero con la certidumbre de que al final todas las sociedades, en este mundo global, nos enfrentamos a problemas muy similares.

Con estas ideas en la cabeza, las reformas que deben acometerse en el sistema sanitario de nuestro país se podrían abordar en una doble dirección: mejorar la gestión de la demanda y optimizar la oferta.

Gestionar la demanda

Gestionar la demanda consiste en dedicar los recursos —siempre escasos— a lo que realmente se necesita. Incluso en algunos casos, evitar que esos recursos tengan que utilizarse. Hay tres frentes fundamentales que es preciso abordar para mejorar la gestión de esa demanda: el catálogo de prestaciones; el consumo responsable y las políticas de prevención.

a) El catálogo de prestaciones

Uno de los problemas con los que cuenta nuestro sistema es que no existe un catálogo detallado de prestaciones; es decir, a diferencia de lo que ocurre con la sanidad privada en la que uno conoce con bastante detalle los límites fuera de los cuales no tiene cobertura, en la sanidad pública no existen esos límites definidos. En el año 2004 el Gobierno de entonces aprobó un real decreto de prestaciones en el que establecía las prestaciones a la que los ciudadanos tenían derecho definidas de forma tan tenue que resultaban no operativas. El propio real decreto era consciente de este hecho y establecía que debían precisarse el alcance de esas prestaciones (y el modo de actualizarse); lo que nunca ha ocurrido.

El resultado de esta falta de definición es que hoy el sistema público lo paga todo: lo esencial y lo claramente prescindible. Dado que no existe ningún control en la entrada de la innovación en el sistema, a lo que nos referiremos más adelante, las nuevas técnicas que suponen en definitiva nuevas prestaciones se incorporan sin ningún tipo de evaluación de su coste eficacia. El sistema paga con la misma generosidad avances relevantes en el tratamiento de enfermedades y técnicas cuya eficacia es más que discutible.

Eliminar del catálogo de prestaciones aquellas cuyo coste/eficacia es negativo o que a todas luces se consideran prescindibles, es una tarea primordial si queremos ordenar el sistema. Algunos ejemplos: en el año 2003, Suecia decidió reducir las prestaciones sanitarias que ofrecía el sistema en vista de su baja utilidad terapéutica. Dentro de esas prestaciones que se eliminaron estaba, por ejemplo, el *screening* de infarto a población de bajo riesgo. El Reino Unido, que cuenta con el famoso NICE (un organismo que establece recomendaciones ejecutivas basadas en evaluaciones rigurosas para asegurar la financiación de aquellos tratamientos con mejor beneficio-coste), tiene un procedimiento

riguroso de evaluación y sus recomendaciones son de obligado cumplimiento en los tres meses siguientes a su publicación.

b) Consumo responsable

Se comentó en la sección anterior nuestra elevada frecuencia en las visitas y la falta de incentivos por parte de los pacientes en el uso del sistema sanitario. No hay duda de que la demanda de servicios sanitarios es una demanda en buena parte inducida por los profesionales sanitarios, pero también existe un papel relevante desempeñado por el propio paciente. Uno decide si ese catarro requiere o no la consulta al médico, si ese dolor requiere una atención urgente o si quiere solicitar un fármaco para un problema de la piel.

El problema de nuestro sistema actual es que la única restricción real al uso del sistema público es el tiempo que uno pierde en la espera (lo que por cierto tampoco es una forma muy equitativa de asignar recursos y seguro que no es la que más ayuda a mejorar la productividad del país) y el desembolso parcial que debe realizarse en el caso de los medicamentos. Esto no es lo que hacemos con ningún otro servicio, aunque lo consideremos esencial. Nos pasamos el día pagando tasas por todo tipo de servicios públicos y en cambio la sanidad no va asociada con ningún tipo de pago directo.

Carecer de algún tipo de aportación del paciente al uso del sistema (lo que habitualmente se denomina copago) genera dos problemas: el primero y más conocido es el uso excesivo de esos servicios. Basta pasarse una tarde por la sala de espera de las urgencias de cualquier gran hospital para darse cuenta de que se trata de un uso que no es propio. Pero es que además, el hecho de que no haya ningún tipo de contraprestación (además por supuesto de los impuestos), hace que los servicios se valoren menos: los profesionales están convencidos —y no sin cierta razón— de que se abusa del sistema y tratan —con cierta frecuencia— a los pacientes como personas que se «aprovechan» del servicio. Los pacientes consideran que para lo que han pagado, es decir, cero, uno no tiene derecho a exigir demasiado. Todos sabemos que no es así, que una parte importante de nuestros impuestos se utiliza para pagar la sanidad, pero la falta de vinculación entre ingresos y gastos no ayuda a un comportamiento responsable.

El copago por la atención sanitaria se ha convertido en un «trauma» de nuestra sociedad democrática. Presente en prácticamente todos los países de nuestro entorno, es utilizado con profusión en sociedades consideradas avanzadas, mientras que su implantación aquí —en las cuatro décadas de sistema democrático— ha generado siempre una especie de terror difícilmente comprensible pero muy alentado por los medios de comunicación. Lo más sorprendente es que si le preguntas a cualquiera que tenga alguna responsabilidad de gestión y no tenga que hacer una declaración pública al respecto concluye que es preciso hacerlo.

No existe una tendencia clara en el diseño de los mecanismos de corresponsabilidad. En la mayoría de los países el copago existe no solo para la atención farmacéutica, como en el nuestro, sino también para la atención primaria y especializada. España es además el único país que contempla la gratuidad total del gasto farmacéutico para pensionistas. Alemania, por ejemplo, tiene una tasa fija de 10 euros trimestrales por la primera visita en atención primaria, 10 euros por visita y 10 euros por hospitalización en atención especializada, con un máximo de 250 euros. De los productos farmacéuticos se paga el 10%. En Francia, se paga alrededor del 30% del coste de la atención primaria y un euro por visita; un porcentaje similar en atención especializada con un suplemento de 13 euros por día de hospitalización; y entre el 35% y el 65%, dependiendo de la patología, del gasto en

farmacia. En Italia, la atención primaria y la hospitalización son gratuitas, como en España, si bien la atención especializada cuesta 36 euros por visita. En la farmacia el copago es entre un 0 y un 10% del coste. Finalmente, sin ánimo de ser tediosos, en Suecia la tasa fija por visita oscila entre 11 y 17 euros en atención primaria, mientras que en atención especializada, dependiendo de la patología, se paga entre 15 y 30 euros, lo mismo que por día de hospitalización, y en relación al gasto farmacéutico se paga todo el coste hasta 99 euros, a partir del cual el Estado reembolsa los gastos. Todos los sistemas cuentan con exenciones o reducciones de la contribución en función de la renta y otras circunstancias personales.

En el caso de España, en el estudio realizado el año pasado por Fedea y McKinsey, sugeríamos el establecimiento de un copago que ascendiera a una cantidad baja en el caso de la atención primaria y de la atención especializada, de 2 euros para las rentas medias y de 1 euro para las rentas bajas; y de una cantidad significativamente mayor (cuatro o cinco veces más) en el caso de urgencias. Las estimaciones que realizábamos suponían una reducción de la demanda entre un 3% y un 8%, y por tanto un ahorro (incluyendo los costes operativos), de unos 250 millones de euros. En el caso de los fármacos, planteábamos pasar de un 40% de copago por parte de los trabajadores en activo a un copago del 45%-50%; y al mismo tiempo hacer que las rentas bajas pasaran del 40% que estaban pagando ahora al 10% (es decir, más en la línea de lo que ocurre en Europa). Para los pensionistas sugeríamos que en medicamentos tuvieran un tratamiento similar al que proponemos para los trabajadores en activo, es decir, distinguiendo en función de la renta y con unos porcentajes similares. Finalmente, los enfermos crónicos seguirían con su sistema de un copago del 10%. Todos tendrían unos techos en las cantidades que desembolsaban como copago que no superaba los 150-200 euros. Estas medidas supondrían, de acuerdo a este trabajo de Fedea y McKinsey, una reducción de la demanda entre un 10% y un 17% y un ahorro cercano a los 2.500 millones de euros.

El éxito de los programas de copagos como mecanismo de contención de la demanda depende, en buena medida, de su diseño e implementación. Los estudios realizados sobre su eficacia nos enseñan que por sí misma no es una medida que vaya a cambiar el sistema. La elasticidad de la demanda en atención sanitaria se sitúa entre el 4 y el 13% según los estudios, mientras el copago farmacéutico es algo más efectivo (entre un 15 y un 20%). Pero es una medida bastante razonable en un programa general de reforma del sistema sanitario.

Para su implantación en el corto plazo, el mecanismo elegido para el cobro debe ser de fácil implantación. En Francia, por ejemplo llevan a cabo el pago en efectivo en el acto y tienen mecanismos de reembolso mediante formularios y tarjetas electrónicas de la Seguridad Social. En Alemania, se lleva a cabo un pago en efectivo en la primera visita, de forma que el dinero recaudado se descuenta al médico de su nómina. En nuestro caso, una alternativa consistiría en la venta de tickets asistenciales en las farmacias, lo que permitiría aprovechar el sistema de distribución ya establecido.

El consumo responsable no termina aquí. Existen otros mecanismos complementarios para lograr una utilización más consciente y responsable de los servicios sanitarios. De entre ellas merece la pena destacar:

- Otorgar capacidad de elección al paciente. Esta es también una forma eficaz de involucrar al paciente en lo que se refiere a su propia salud y de incorporar mecanismos de corrección automática en el comportamiento de los agentes sanitarios. Tanto en Suecia como en el Reino

Unido se considera la libre elección como el principal mecanismo de involucrar a los pacientes en el sistema y en la mejora del mismo, y se ha legislado para hacerla realidad.

- Hacer la información sobre los costes más transparente: generar mecanismos para que tanto profesionales como pacientes conozcan el coste de los servicios y de los recursos que están utilizando. Es el caso de las facturas sombra que se entregan en algunas CCAA, y que existen en diferentes formas en otros países, como por ejemplo Singapur.
- Fomentar el uso de mecanismos en remoto, a través de información útil en Internet o de un call center en el que los pacientes puedan preguntar sus dudas sin tener que acudir al centro de atención primaria o al especialista. *Choices*, en el Reino Unido, es un portal extraordinario que proporciona información permanente y consejos médicos útiles para patologías no graves. En Estados Unidos es bien conocido el portal de *Kaiser Permanente*, en el que no solo hay información útil sobre las patologías, sino sobre las pruebas que se han realizado a los pacientes y es posible enviar correo electrónico a los médicos que han atendido al enfermo.

c) Políticas de prevención

La tercera pieza de una adecuada gestión de la demanda son las políticas de prevención, es decir, el impulso de iniciativas de prevención más eficaces para reducir patologías, haciendo al paciente más responsable de su propia salud al tiempo que se diseñan estrategias de prevención eficaces por parte de los poderes públicos.

Está demostrado que los incentivos directos son una de las herramientas más efectivas para lograr el cambio de comportamiento. Fomentar la prevención y la monitorización de los propios pacientes ha resultado singularmente efectivo. Tanto en el Reino Unido como en Alemania, las compañías aseguradoras ofrecen descuentos y bonificaciones para aquellas personas que deciden llevar a cabo prácticas saludables: por ejemplo, por la compra de frutas y verduras o por la inscripción en un gimnasio, *PruHealth* en el Reino Unido aplica descuentos en el seguro.

La aprobación de planes integrales de salud pública que promueven hábitos saludables, es una forma eficaz de reducir factores de riesgo y controlar la posible incidencia de enfermedades que tienen factores de predisposición. En Singapur, en el año 1992, la obesidad infantil rondaba el 14% (20% superior a la de EEUU en aquel momento). Ese año se aprobó el programa «Delgado y en forma» enfocado a niños mayores de 9 años que no superan los test anuales de peso y forma física. Para esos niños se desarrolló un conjunto de iniciativas: incentivos para las escuelas (información e incentivos monetarios); ejercicio físico (1,5 horas por semana); educación en nutrición y regulación más exigente de la venta de determinados alimentos. El resultado fue la reducción de 5 puntos porcentuales en la tasa de niños obesos en diez años.

Optimizar la oferta

Los últimos años del Insalud y sobre todo la primera década después de las transferencias (2001) han sido años de mejora sustancial de la oferta sanitaria en nuestro país: se han abierto nuevos hospitales, duplicando en algunos casos la capacidad de las infraestructuras sanitarias de alguna comunidad autónoma; se han incrementado sustancialmente las plantillas y se ha llevado un cabo un esfuerzo significativo para dotarlas de la mejor tecnología. Pues bien, esos años en buena medida, han terminado. Lo que viene, salvo contadas excepciones, no es poner muchos más ladrillos, tampoco en este sector, sino aprovechar mejor los recursos existentes.

También en esta área hemos andado un poco lentos estos años mientras en nuestro entorno ya estaban llevando a cabo reformas significativas: Francia aprobó el programa «Hospitales 2012», en el que cambia la forma de gestionar los recursos humanos en los hospitales al tiempo que les dota de mayor autonomía de gestión. Italia está llevando a cabo una exigente política de control de costes desde 2001, actuando sobre el gasto farmacéutico y sobre el gasto en hospitales. Alemania aprobó en 2006 una política más exigente de precios de referencia combinado con un sistema de *bonus-malus* sobre los prescriptores para incentivar una prescripción más racional. Suecia en 2002 actuó sobre el coste de los medicamentos y en 2005 sobre las listas de espera con objetivos de accesibilidad y una planificación de tres meses de la actividad de los centros. En definitiva, durante esta etapa, en la mayoría de los países europeos se han puesto en marcha políticas para actuar sobre los costes del sistema.

De manera similar a como se ha indicado en el caso de la demanda, podemos señalar diferentes actuaciones para «optimizar» también la oferta.

a) Repensar la gestión de los recursos humanos

Probablemente la reforma más importante de todo el sistema tiene que ver con los recursos humanos. Hoy la gestión de los recursos humanos en sanidad —con islas de excelencia en algunos centros— es similar a la gestión de esos recursos en un ministerio: la principal preocupación es la legalidad; el principal valor es la permanencia y se intercambia un salario bajo —si se compara con personas de formación similar— por una dedicación también reducida. El resultado ha sido profesionales desmotivados, con unos niveles bajos de productividad, con unas tasas de absentismo laboral que triplican las de la población media y que no se sienten con frecuencia responsables del sistema sanitario. La señal más clara de ese fracaso es que hoy los profesionales sanitarios, una de las profesiones con un mayor contenido vocacional, no quieren que sus hijos lo sean.

Para que todo el resto de políticas funcione, tanto de demanda como de oferta, es esencial la implicación de los profesionales. Y en esto debemos darle la vuelta como un calcetín a la situación actual:

En atención primaria, los profesionales, muy en especial los médicos, deberían tener la suficiente autonomía para gestionar un área sanitaria; es decir, se les debería dotar de unos objetivos de salud y un presupuesto y que fueran ellos mismos los que tomaran decisiones. La mejor experiencia, en este sentido, son las Entidades de Base Asociativa (EBA) en Cataluña. Las EBA son sociedades limitadas propiedad de los profesionales sanitarios que las forman. Acceden por concurso público a la provisión de servicios de atención primaria de una población determinada. La primera EBA se formó en 1996 para dar servicio en Vic (Cataluña). En la actualidad alrededor de 14 de los grupos de atención primaria de Cataluña han adoptado esta organización. En las EBA, los titulares de la provisión de servicios son los profesionales sanitarios; su capacidad organizativa y política retributiva son independientes. En la encuesta de Salud de Cataluña los usuarios valoran el servicio como bueno o muy bueno en un 89% y en cuatro de los 15 aspectos valorados la satisfacción supera el 95%. La percepción (satisfacción) de los profesionales en cuanto al funcionamiento de las EBAS alcanza el 81% de sus expectativas: las mejores puntuaciones obtenidas son en estabilidad (88,9%), seguido de salario, autonomía y prestigio (87,5%). El gasto por habitante es muy competitivo (293 euros por habitante y año)

En atención especializada, es preciso lograr una mayor implicación de los profesionales. Para eso, la experiencia en otros países nos señala dos vías: dotar de autonomía a unidades clínicas (lo que en el argot empresarial se denomina líneas de servicio) en lo que se refiere al presupuesto (no solo de gastos sino también de ingresos), de sistemas de gestión del desempeño, de objetivos anuales y de una planificación. Dotar de autonomía a las unidades clínicas tiene dos efectos: por un lado, devuelve al personal sanitario el control y la responsabilidad, ya que ellos son los más comprometidos con el gasto y por otro lado, permite a los médicos vincular el desarrollo de sus servicios a los objetivos estratégicos del hospital. Esto es una oportunidad para otorgar a los médicos poderes de cara a hacer sus servicios más eficientes, manteniendo altos estándares clínicos. La otra vía para contar con una mayor implicación de los profesionales es pagar en función de resultados. No solo para retribuir positivamente a los que se esfuerzan más en los objetivos de la organización, sino, sobre todo, para evitar el incentivo negativo que supone saber que están cobrando el mismo salario personas con una dedicación mucho menor. Las políticas desarrolladas en buena parte de las CCAA en los últimos años de subidas lineales de salarios y compresión salarial van exactamente en la dirección opuesta y hoy no se practican en ninguno de los países de nuestro entorno.

b) Obtener ganancias de productividad

Es bien conocido que las ganancias de productividad del sistema sanitario han sido bastante exiguas en los últimos años. Es verdad que se han incorporado un número importante de profesionales, lo que aumenta el denominador, pero también se ha adquirido un elevado nivel de capital sin que su efecto haya sido excesivamente significativo.

A corto plazo la forma más sencilla de ganar productividad en el sistema, o si se quiere, ahorrar costes es externalizar servicios. Los servicios no sanitarios suponen alrededor del 20% del total de costes de un hospital y no existe ninguna buena razón para que no subcontratar esos servicios a alguna empresa especializada.

A medio y largo plazo, si se quieren obtener ganancias de productividad lo relevante es dedicar la mayor parte del tiempo posible a actividades que creen valor para el paciente. Tener esperando al anestesista media hora porque los quirófanos no están limpios; tener al paciente dando vueltas por el hospital porque no están coordinados los diferentes servicios, repetir la historia clínica en cada servicio que visita el paciente, etc., son ejemplos de prácticas por las que se pierde productividad y se malgastan recursos. Es preciso hacer planes integrales en los hospitales con objetivos muy claros: reducir la estancia promedio sin comprometer la calidad, conseguir que las enfermeras dediquen el tiempo a los pacientes y no a otras actividades (se estima que dedican un 40%); conseguir tener los quirófanos con actividad quirúrgica la mayor parte del tiempo; contar con centrales de compras y licitaciones competitivas para reducir el coste de los suministros y otros objetivos que permitan poner finalidades concretas a esos planes, que puedan ser medidas.

c) Mejorar la calidad y los resultados

Debemos repensarnos si en todos los hospitales se deben realizar todas las intervenciones cuando sabemos que para muchas de ellas existe una relación directa entre el número de intervenciones y la calidad de las mismas. Para las patologías más graves se debería establecer un conjunto de unidades acreditadas para desarrollar esas intervenciones primando la calidad de la intervención sobre otras consideraciones.

El primer paso para lograr un mayor compromiso de los profesionales sanitarios con la eficiencia del sistema pasa por crear transparencia sobre su labor, de modo que puedan detectar las oportunidades de mejora existentes.

La mayoría de países europeos avanzan en la dirección de hacer transparente y, en ocasiones, público el desempeño de los proveedores sanitarios, con resultados muy positivos: Suecia elabora anualmente un benchmark de hospitales con métricas de calidad clínica, satisfacción de pacientes, tiempos de espera y eficiencia, y hace pública una comparativa del desempeño en cada región. En Alemania, los hospitales reportan un amplio conjunto de indicadores de calidad a una agencia independiente, y desde 2007 hacen públicos una parte de ellos. A partir de esta información, se han desarrollado herramientas que permiten a los pacientes comparar por Internet el desempeño de cada hospital para distintas enfermedades o procedimientos y dan visibilidad a los compradores sobre el desempeño de los diferentes proveedores.

A escala nacional se ha trabajado en esta línea desde la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad en 2003. El Instituto de Información Sanitaria, dependiente de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), recopila un conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (indicadores que abarcan datos de población, estado de salud, calidad y gasto, entre otros), que se publican de forma agregada para todo el país. A partir de este año, se espera que comiencen a ser publicados a escala regional.

Sin embargo, esta información resulta insuficiente para los gestores de proveedores sanitarios y sus profesionales por dos motivos. Los centros y servicios clínicos no reciben una comparativa de sus resultados con otros proveedores ni con estándares nacionales de calidad y eficiencia, que les permita evaluar su desempeño y potencial de mejora. Por otra parte, la publicación de estos datos se hace en la actualidad con un desfase de más de un año, lo que los hace muy poco útiles para la gestión.

Algunas comunidades autónomas han avanzado más en este sentido, y comparan en distintas variables los resultados de sus proveedores sanitarios, tanto de atención hospitalaria como primaria, ligándolos, en ocasiones, a sistemas de objetivos e incentivos para los profesionales. La implantación de estos sistemas ha tenido un impacto importante a la hora de mejorar los resultados y, especialmente, de reducir la variabilidad entre los distintos proveedores, lo que beneficia de forma muy importante a los pacientes y al sistema en general.

Lo que podría tener sentido es elaborar anualmente y a nivel nacional una comparativa de desempeño de los servicios sanitarios que incluya, además de los resultados por comunidad autónoma, los resultados a nivel de centro (hospital o centro de atención primaria) y servicio clínico. Este ranking incluiría a todos los proveedores del sector público (ya sean públicos o privados), así como aquellos centros privados que, aunque no tengan servicios concertados, así lo soliciten.

La elaboración de este *ranking* puede apoyarse en la infraestructura ya existente en la Agencia de

Calidad del SNS. Las métricas que incluir, que deberán ser aprobadas por el Consejo Interterritorial, tendrán que medir tanto la calidad clínica como la eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios. Para comenzar a avanzar en el menor tiempo posible sería aconsejable empezar con los servicios clínicos que resulten más representativos o sencillos de analizar.

Los resultados de estos estudios comparativos se deberían comunicar de forma totalmente transparente a los gestores y jefes de servicio, y progresivamente hacerse públicos para los pacientes asociados a una cierta y creciente capacidad de elección. Estas medidas fomentarán una mejora del desempeño de los profesionales y centros, especialmente de aquellos con peores resultados. Permitirá reducir la variabilidad en la calidad clínica ofrecida y capturar importantes mejoras de eficiencia en el uso de los recursos sanitarios (por ejemplo, mayor uso de medicamentos genéricos, mejor aprovechamiento de las instalaciones, etc.). Los pacientes también se verán beneficiados a futuro, por disponer de información objetiva acerca de la calidad ofrecida por los centros a los que acuden, y desde el inicio por disfrutar de una menor variabilidad en la atención sanitaria.

d) Gestionar la innovación

La innovación en medicina es, sin duda alguna, deseable, pero plantea retos importantes para los gestores. La aparición constante de nuevos tratamientos y tecnologías obliga al sistema a asumir unos costes crecientes: la farmacia hospitalaria ha crecido a razón de un 13% en los últimos años (casi el doble que el gasto farmacéutico en prescripciones) y se espera que el coste de los tratamientos oncológicos pase de 20.000 euros per cápita en la actualidad a 70.000 en unos años, triplicando así el precio. El problema va más allá del coste a día de hoy: los nuevos tratamientos y tecnologías son incorporados a la cartera de prestaciones sin existir una exhaustiva evaluación de su coste-beneficio y sin análisis que evidencien mejores resultados clínicos que alternativas más baratas existentes.

Es evidente la necesidad de gestionar de manera proactiva la innovación, el desarrollo terapéutico y la cartera de prestaciones actual a fin de asegurar la sostenibilidad de la sanidad en España. A nivel internacional existen ejemplos de países que han tomado medidas en la línea de regular en materia de salud pública, de prácticas clínicas y de financiación de nuevos fármacos, tecnologías y procedimientos.

El NICE (1999) es una organización independiente constituida por profesionales sanitarios, pacientes e investigadores que actúa en tres áreas: 1) salud pública, estableciendo recomendaciones para la promoción de la buena salud y la prevención de enfermedades; 2) tecnologías sanitarias, emitiendo recomendaciones acerca de la utilización de medicamentos, tratamientos y procedimientos nuevos y existentes; 3) prácticas clínicas, estableciendo recomendaciones de tratamiento y cuidados para ciertas enfermedades y condiciones. Su objetivo es obtener los mejores beneficios por la financiación comprometida, a través de recomendaciones positivas, con carácter ejecutivo, o negativas, que no anulan el derecho de las áreas de salud a decidir financiarlas unilateralmente. Para ello, el NICE utiliza un criterio denominado QALY (coste de ganar un año de vida saludable) y la barrera de aprobación está entre las 20.000 y 30.000 libras por año de vida sana.

Existen otros ejemplos de agencias similares en países como Alemania, a través del IQWiG (Instituto para la Calidad y la Eficiencia en Sanidad); Francia, mediante el HAS (Alta Autoridad de Sanidad) y Australia con el Comité PBAC-ESC (Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos; Subcomité Económico).

En nuestro país y a nivel nacional, la Agencia del Medicamento trata de ser el referente en materia de garantías de calidad, de seguridad, de eficacia, de información y de accesibilidad de medicamentos y productos sanitarios. No obstante, este organismo no integra componentes de eficiencia en sus análisis. Recientemente algunas comunidades autónomas como Andalucía, Galicia, Valencia, Madrid, Cataluña y País Vasco han comenzado a desarrollar mecanismos de evaluación de coste-eficiencia de las prestaciones y medicamentos, pero hasta el momento los resultados no han sido todo lo positivos que cabría esperar.

En este sentido, tendría que plantearse la creación de una agencia de evaluación de tratamientos y tecnologías, a nivel nacional y con la participación de las CC.AA. La nueva agencia deberá tener capacidad ejecutiva para detallar la cartera de prestaciones del sistema nacional de salud, establecer criterios de priorización del gasto (dentro de los límites marcados por la legislación) y determinar la financiación o no de la innovación siguiendo los criterios de QALY u otra metodología que evalúe el coste y la eficiencia de la misma.

Conclusión

En una sociedad avanzada, contar con un buen sistema sanitario es esencial. El nuestro es un buen sistema pero necesita modernizarse, adaptarse a los cambios que se han producido en las dos últimas décadas, muy singularmente la globalización. Si lo consigue, será un factor determinante a la hora de hacernos competitivos en el mundo.

Fecha de creación

13/11/2011

Autor

Pablo Vázquez Vega