

Documentos de Trabajo

Lan Gaiak

**REFLEXIONES SOBRE LA SANIDAD PÚBLICA EN
ESPAÑA EN EL HORIZONTE DE 2020**

Juan Manuel Cabasés Hita
D.T. 1307

Departamento de Economía

Ekonomia Saila

Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el horizonte de 2020

Juan Manuel Cabasés Hita
Departamento de Economía,
Universidad Pública de Navarra

Mayo 2013

Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el horizonte de 2020

Resumen

Este trabajo pretende desarrollar una visión para el Sistema Nacional de Salud (SNS) en la perspectiva del año 2020. Partiendo de una evaluación de la situación actual del sistema sanitario y a la luz de los principios que definen un buen sistema sanitario, describe un escenario factible para la sanidad en España basado en cambios estructurales que afectan a la financiación, la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, la coordinación sanitaria, la colaboración público-privada, la detección y corrección de holguras de ineficiencia en la oferta y la demanda sanitarias, el cambio en el modelo de cuidados orientado a la cronicidad, el nuevo papel de la Atención Primaria y de la Especializada, la motivación e incentivos de los profesionales sanitarios, el papel creciente de los ciudadanos, destinatarios de la asistencia sanitaria y responsables de su salud, y la determinación de prioridades mediante la evaluación económica sistemática de las decisiones en materia sanitaria.

Abstract

This paper aims to develop a vision for the NHS in the perspective of 2020. Based on an assessment of the current situation of the health system and in the light of the principles that define a good health system, describes a feasible scenario for health care in Spain based on structural changes affecting finance, equity in access to health care, health system coordination, public – private collaboration, detection and correction of inefficiencies in health care demand and supply, the need for continuous assessment of the system, the change in the model of care focused on the chronicity, the new role of primary care and specialized care, motivation and incentives of health professionals, the growing role of citizens in health care, as recipients of health care but also responsible for their health, and the establishment of priorities through the systematic evaluation of health care decisions.

Agradecimientos: Este trabajo forma parte del proyecto “Visión 2020 de la sanidad española”, financiado por el Círculo de la Sanidad mediante contrato con la Universidad Pública de Navarra (OTRI: 2012005009).

ÍNDICE

Introducción

1. Situación de la sanidad española a los 10 años de la descentralización completa de la gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública a las comunidades autónomas
 - 1.1. El gasto sanitario y su evolución
 - 1.2. Los recursos humanos
 - 1.3. Evaluación de la situación de la sanidad española
2. Las reglas del juego. Los principios de un buen sistema sanitario
 - 2.1. Acceso universal
 - 2.2. Minimización de barreras de acceso a la asistencia sanitaria
 - 2.3. Prestaciones comprensivas y uniformes
 - 2.4. Financiación equitativa: contribuciones generales, separadas de riesgos, según capacidad de pago
 - 2.5. Eficiencia
 - 2.6. Comparabilidad
 - 2.7. Libertad de elección por parte del consumidor
3. Escenario de la sanidad en España en 2020
 - 3.1. Visión 2020
4. La financiación del sistema sanitario
 - 4.1. La financiación sanitaria en los años 2012-2020
 - 4.2. La financiación territorial sanitaria
 - 4.3. El modelo de financiación territorial
 - 4.4. Financiación de proveedores
5. El buen gobierno del Sistema Nacional de Salud y sus instrumentos
 - 5.1. Líneas básicas para el buen gobierno de la sanidad pública en España
 - 5.2. Compromisos para avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública
6. La descentralización sanitaria y la coordinación sanitaria en España. El papel del Estado y de las comunidades autónomas
 - 6.1. La distribución de las competencias entre gobierno central y comunidades autónomas
7. El nuevo modelo de cuidados. Estrategia de salud. Cronicidad. Estratificación de pacientes: nuevo papel de la Atención Primaria y Especializada
8. La organización sanitaria y los incentivos: los profesionales sanitarios. Motivación e incentivos
9. Los ciudadanos, destinatarios de la asistencia sanitaria y responsables de su salud. Libertad de elección
10. La evaluación económica de las tecnologías sanitarias. El análisis coste-efectividad
 - 10.1. Metodología de la evaluación económica
 - 10.2. Medida de la efectividad
 - 10.3. El valor monetario de la efectividad
 - 10.4. El umbral de coste efectividad
11. Recomendaciones
 - 11.1. La financiación sanitaria
 - 11.2. Para las organizaciones sanitarias
 - 11.3. Los profesionales sanitarios
 - 11.4. Los ciudadanos, responsables de su salud

11.5. Para el establecimiento de prioridades

Referencias

“En un momento en el que el dinero escasea, mi consejo para los países es el siguiente: antes de buscar de dónde recortar el gasto de la asistencia sanitaria, hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia”.

Margaret Chan, Directora General de la OMS, (OMS, 2010).

Introducción

El sector sanitario es un sector económico muy importante y en auge, con elevado impacto sobre la actividad económica como demandante de productos de otros sectores y como generador de empleo. Es un sector innovador en el ámbito de la alta tecnología y de los medicamentos, e incluso de formas de organización, en continuo proceso de revisión y actualización en la búsqueda de una mayor calidad. Como productor de mejoras en la salud, promueve el bienestar directamente al producir tiempo sano (cantidad y calidad de vida asociada a la salud) del que disfrutamos, e incrementos de la productividad en toda la economía al devolver a las personas activas al mercado de trabajo, lo que genera una inversión en capital humano de primer nivel. Produce el bien máspreciado, la protección de la salud y su restauración cuando esta falta. La inversión en salud es socialmente muy rentable.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está siendo en nuestro país uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso prácticamente universal a la sanidad pública en España es un logro del que disfrutamos en todo tiempo, pero es un elemento de cohesión social y de protección de la salud que muestra todo su valor en momentos de crisis económica. En este sentido, las crisis económicas son elementos de importante riesgo para la salud, si bien a priori es complicado predecir sus efectos, que dependerán del nivel de renta y de aspectos institucionales de cada país (1, 2).

El sistema sanitario español vive momentos convulsos. La insuficiencia financiera pública ha hecho mella en los pilares del gasto social, la sanidad, la educación y los servicios sociales, que se ven amenazados por unas expectativas de crecimiento muy inferiores a las esperadas hasta el comienzo de la crisis económica de 2008. Los presupuestos sanitarios se ven reducidos año tras año. Hasta el acceso universal a la sanidad pública, la seña de identidad de nuestro SNS, un logro social indiscutible que se ha ido consolidando a lo largo de los 25 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, parece estar en cuestión (3-5).

En la actual situación, medidas puramente coyunturales no serán suficientes para consolidar el SNS, para que las severas restricciones presupuestarias que nos acompañarán los próximos años no se traduzcan en deterioros de la calidad asistencial y para avanzar en la evolución de un SNS dirigido a metas de eficiencia y equidad. Aunque la situación coyuntural puede estar impulsando la toma de decisiones urgentes,

como el *Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, la necesidad de repensar el SNS se hacía imperiosa desde hace tiempo (6, 7). Este ejercicio no puede estar dominado por la coyuntura económica actual, sino que ha de realizarse en función de los criterios que inspiran el SNS: universalidad, equidad, sostenibilidad financiera, eficiencia, calidad y participación.

La mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos es la clave de las reformas que nuestro modelo sanitario necesita. En un estudio reciente, la OCDE concluye que, por término medio, la esperanza de vida de la OCDE podría aumentar en más de dos años para 2017, manteniendo el gasto sanitario, si todos los países fueran tan eficientes como los mejores. A modo de comparación, suponiendo que no hay reforma, un aumento del 10% del gasto sanitario incrementaría la esperanza de vida en solo tres o cuatro meses en el periodo. No importa tanto el tipo de sistema sanitario de partida, sino cómo se gestiona, ni existe una reforma de los sistemas de salud de talla única. Los países deberían adoptar las mejores prácticas de los diferentes sistemas de atención de la salud que existen en la OCDE y adaptarlos a la medida de cada país. Al mejorar la eficiencia del sistema de atención de la salud, el ahorro del gasto público sería grande, próximo al 2% del PIB en promedio en la OCDE (1,7% en el caso de España) (8).

En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo, referido a la financiación de los sistemas de salud, calcula que entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por causa de la ineficiencia (9).

El objetivo del sistema sanitario es producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles. La salud debe ser el hilo conductor del sistema. En un proceso de reforma exitoso, al final de la década los indicadores de salud deberían haber mejorado a mayor ritmo que el actual, tanto en cantidad de vida -mortalidad y esperanza de vida- como en calidad de vida y en sus determinantes. Condición previa para la eficiencia en la asignación de recursos es la eficiencia en la gestión, es decir, desarrollar la actividad en los centros y servicios sin derrochar recursos y, además, seleccionar las actividades que promuevan la maximización de la salud.

En este trabajo seguiremos un enfoque de economía normativa, centrado en los criterios de eficiencia y equidad. Trataremos de concentrar la atención en los fundamentos y en las propuestas de cambio estructural que requiere el sistema sanitario, y evitaremos mencionar lo que ya está dicho en múltiples publicaciones internacionales y nacionales y la referencia a datos conocidos. Finalizamos con unas recomendaciones para el cambio en nuestro sistema sanitario.

1. Situación de la sanidad española a los 10 años de la descentralización completa de la gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública a las comunidades autónomas

1.1. El gasto sanitario y su evolución

El gasto sanitario en nuestro país viene mostrando una tendencia incesante al crecimiento, por encima de su crecimiento económico. El año 2010, último para el que existen datos comparados, el gasto sanitario en España alcanzó un 9,6% del PIB, ligeramente por encima de la media de los países de la OCDE (9,5% del PIB) (10), aumentó en algo más de un punto porcentual entre 2007 y 2009, de 8,5% en 2007 a 9,6% en 2009, y se mantuvo en 2010. Ello supone que se han recortado las diferencias en cuanto a esfuerzo relativo en comparación con otros países de la UE de mayor renta per cápita que el nuestro, de manera que nuestro esfuerzo es comparable al de Italia o el Reino Unido. Sin embargo, el ascenso observado en el año 2009 no se corresponde con una mayor cantidad de recursos destinados al ámbito sanitario, sino con una caída generalizada del PIB en términos reales del 3,7% en 2009, ante la cual el crecimiento del gasto sanitario fue mucho menor.

En términos absolutos, sin embargo, el gasto sanitario per cápita en España sigue siendo inferior a la media de la OCDE (3.078 frente a 3.223 \$ PPC en 2009), aunque la diferencia se ha venido reduciendo debido al mayor ritmo de crecimiento del gasto sanitario per cápita en España que, desde 2000 a 2009 ha sido de un 5,6% en promedio anual, más rápido que el promedio de la OCDE, que ha sido de un 4,7%. Este crecimiento ha sido, no obstante, errático, con crecimientos anuales en torno al 3%, a excepción del año 2003 (16,3%) -debido a una ruptura en la serie por adaptación a la metodología del Sistema de Cuentas de Salud que incluye desde entonces estimaciones de los cuidados de larga duración dispensados por el Sistema Nacional de Salud (SNS), además de la posible influencia del proceso final de traspaso de servicios sanitarios a las CC. AA.-, el año 2008 (6,2%), el 2009 (3,6%) y el 2010 (-0,6%). Si se exceptúa el año 2003, no puede concluirse que haya habido una tensión inflacionista media superior a la de los países de la OCDE. La Figura 1.1. muestra el crecimiento del gasto sanitario per cápita en términos reales y del PIB per cápita en la década 2000-2010 en Europa. Prácticamente todos los países presentan elasticidades renta del gasto sanitario per cápita superiores a la unidad.

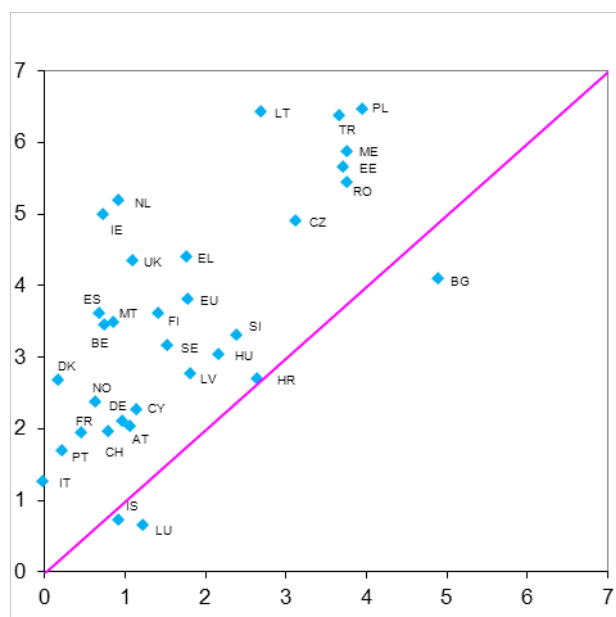


Figura 1.1 Crecimiento medio del gasto sanitario anual per cápita en términos reales (ordenadas) y del PIB (abscisas) en 2000-2010.

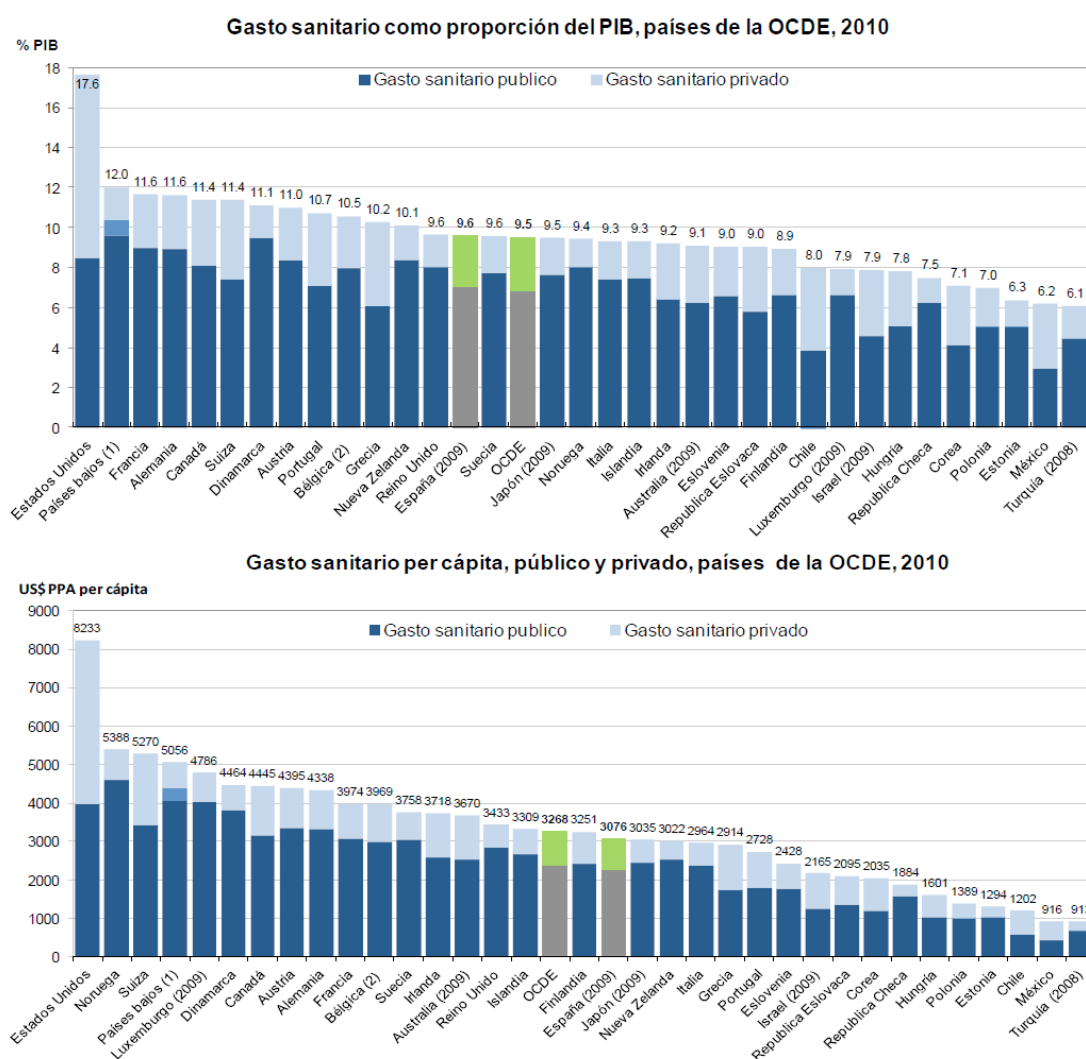
Fuente: OCDE Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO National Health Accounts.

La crisis económica, sin embargo, ha hecho frenar bruscamente la tendencia al crecimiento del gasto sanitario, que ha pasado a ser del 0% de media en la OCDE en 2010, con crecimiento negativo en 10 países, entre ellos España (10). Según los datos de la OMS, España habría visto reducir el gasto sanitario en 2011 al 9,44% del PIB (<http://www.who.int/countries/esp/es/#ld>).

El gasto sanitario público representó en 2010 el 74,2% del gasto sanitario total, un porcentaje ligeramente superior al promedio en la OCDE, que fue del 72,2%, pero claramente inferior al de países con SNS, como Suecia (81%), Noruega (85%), el Reino Unido (83,2%) y Japón (80,5%).

El 25,8% es gasto sanitario privado, e incluye el hasta ahora limitado copago farmacéutico en el sector público y, sobre todo, el seguro privado voluntario que utiliza aproximadamente un 15% de la población. Ha evolucionado en el tiempo hacia una mayor participación que en 1985 no llegaba al 20%. Sin embargo, se ha mantenido estable en términos del PIB a lo largo de la década, en un 2,4% del PIB (Figura 1.2.) (11).

El gasto sanitario seguirá presionado al alza por la introducción y el desarrollo de nuevas tecnologías, la presión de la demanda, los cambios demográficos, el nuevo patrón epidemiológico orientado hacia la cronicidad, o por las dificultades para aumentar la productividad propias de los servicios intensivos en capital humano (tesis de Baumol).



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre los gastos públicos y los gastos privados relacionados con las inversiones.
 2. Los gastos totales no incluyen las inversiones. Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012, Junio 2012.
 Datos en Dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA). Lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

Figura 1.2. Gasto sanitario comparado. Health Data 2010. OCDE 2012

Es necesario profundizar más en el conocimiento de las variables explicativas del incremento del gasto sanitario. Así, un análisis reciente pone de manifiesto la inexistencia de evidencia empírica sólida acerca de que el envejecimiento de la población sea uno de los principales determinantes del crecimiento del gasto sanitario, mientras que factores como el progreso tecnológico -el más importante impulsor (*driver*) del gasto sanitario-, la cercanía a la muerte y la descentralización territorial de la sanidad cobran cada vez mayor importancia en el desarrollo de modelos explicativos del gasto sanitario en España (12).

La tesis de la “enfermedad de los salarios”, expuesta por Baumol y Oates hace más de cuatro décadas (13), recientemente reafirmada (14), predice aumentos incesantes en el gasto en servicios personales como la sanidad, dada la falta de correspondencia entre la escasa elevación de la productividad propia de este tipo de servicios y los

incrementos salariales. Los servicios personales tienen características que hacen difícil incrementar la productividad por ser intensivos en el factor trabajo -existe una relación muy estrecha entre cantidad de trabajo y calidad del producto- y por la dificultad que tiene sustituir trabajo por capital, o trabajo más cualificado por trabajo menos cualificado.

La importancia relativa de los salarios en el conjunto del coste de estos servicios es muy superior al de otros servicios no intensivos en trabajo que pueden ofrecer salarios más elevados sin incrementar los costes. Si los servicios sanitarios han de buscar sus trabajadores en los mismos mercados que el resto de industrias, habrán de pagar salarios cada vez mayores, pero, al crecer su productividad menos que los salarios, el coste por unidad de resultados aumentará incesantemente en el tiempo. Por tanto, la presión al alza de los costes sanitarios responde a las características tecnológicas de los servicios prestados y no necesariamente a una gestión deficiente (enfermedad de los costes). Por ello, concluye Baumol que si la provisión educativa y sanitaria han de ser públicas, hay que entender que las transferencias de renta al sector público han de ser crecientes.

La contención salarial se convierte en el principal mecanismo de control del gasto sanitario público, lo que explica en parte la diferencia de gasto sanitario en términos del PIB entre países con sistemas sanitarios integrados del tipo SNS y otros con sistemas de Seguridad Social en torno a 2 puntos. Pero no puede considerarse un instrumento de racionalización del gasto si afecta negativamente a la productividad. La teoría predice que, ante una pérdida relativa de salarios, los profesionales sanitarios reaccionarán con comportamientos oportunistas, siempre a su alcance: generarán listas de espera, derivarán pacientes a actividad financiada mediante pago por acto (programas de autoconcertación), reducirán la actividad durante el tiempo de trabajo en el sector público, creando, además, malestar y aumentando el síndrome del trabajador quemado (*burn out*). Este es un resultado bien conocido de la economía de la salud que será analizado más adelante al estudiar la motivación de los profesionales, uno de los aspectos relevantes en nuestra propuesta de reformas.

Con ser un referente de comparación importante el gasto, sin embargo, ofrece una visión parcial, puesto que no indica qué obtenemos a cambio del mismo. ¿Cuál es el retorno de la inversión depositada en el sistema sanitario en términos de mejora de la salud y del bienestar de los ciudadanos? La esperanza de vida en España en 2010 era de 82,2 años, más de 2 años por encima del promedio en la OCDE (79,8 años) (15). Si esta variable fuera la medida exclusiva del resultado del esfuerzo sanitario, entonces el sistema sanitario español se mostraría como uno de los más eficientes del mundo, solo superado por Japón (83 años) y Suiza (82,6 años). Pero un indicador de salud tan amplio capta los efectos de muchos determinantes de la salud externos al sistema sanitario. Para poder medir la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto habrán de

utilizarse indicadores más vulnerables a los servicios sanitarios como, por ejemplo, la mortalidad evitable (MIPSE, mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable). Pero carecemos de información suficiente de este indicador, aunque sí hay consenso sobre las enfermedades que lo integran (16).

1.2. Los recursos humanos

“España tiene una densidad de médicos por habitante más alta que la mayoría de los países de la OCDE. En el 2010, el número de doctores por cada 1.000 habitantes en España era de 3,8, por encima del promedio de los países de la OCDE, que era de 3.1. Sin embargo, con un promedio de 4,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes, España queda muy por debajo del promedio de la OCDE, que es de 8,7” (10).

El desequilibrio comparativo en la composición de los recursos humanos sanitarios podría ser el resultado de la estructura contractual de los recursos humanos del SNS. Aparentemente, los médicos estarían realizando mucha actividad que en otros países está asignada a las enfermeras. La estructura funcional del SNS, la importancia relativa del hospital y el sistema de guardias, que lleva a contratar más personal médico y que sirve para complementar unas retribuciones bajas comparativamente con las de otros países, y el escaso desarrollo de atribuciones al personal de enfermería, han de ser revisados en un proceso de reforma. En otro caso, tendremos que aceptar un SNS con médicos mal retribuidos, y probablemente poco motivados, y enfermeras y otros profesionales sin desempeñar el papel que les corresponde.

1.3. Evaluación de la situación de la sanidad española

La sanidad española se encuentra entre las primeras del mundo en el *ranking* de sistemas sanitarios (17). Ofrece cobertura prácticamente universal, gratuita en el momento de uso, a excepción de los medicamentos no hospitalarios, con un gasto sanitario comparativamente bajo, con una esperanza de vida de las más altas del mundo y una mortalidad infantil de las más bajas, con tasas de donación y trasplante de órganos de las más elevadas, una satisfacción elevada del ciudadano con el sistema sanitario, etc.

En la edición del Barómetro Sanitario del año 2011 que realiza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), los resultados obtenidos revelan que la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público no ha dejado de aumentar (de 6,14 en 2005 a 6,59 en 2011, en una escala de 1 a 10). Valoran favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, ya que el 73,1% (el 73,9% en 2010, su valor más elevado desde 2005) consideran que funciona bastante bien o bien, aunque

precisaría algunos cambios. Además, por primera vez en la edición de 2010, la proporción de ciudadanos que consideran que el sistema funciona bastante bien supera a la de quienes manifiestan que aunque el sistema funcione se deberían introducir cambios fundamentales. Por último, tanto la proporción de personas que consideran que son necesarios cambios fundamentales (21,9%), como la de quienes manifiestan su descontento y reclaman que el sistema se rehaga por completo (4,1%) han crecido ligeramente en 2011, y en 2010 se han dado los porcentajes más bajos desde hacía 6 años.

Pero, por otra parte, los ciudadanos piensan que se hace un uso inadecuado de las prestaciones sanitarias públicas: el 41,2% considera que se hace un uso innecesario, el 29,6% que se hace un uso abusivo y solo un 21% piensa que se hace un uso adecuado y un 2,6% que el uso es insuficiente. Obtiene una puntuación muy baja la valoración de la información que facilitan los servicios sanitarios públicos a los ciudadanos en campañas dirigidas a informar sobre problemas de salud, trámites para ir al especialista o ingresar en un hospital, servicios que prestan, medidas o leyes que adoptan y sobre derechos y vías de reclamación (18).

Esta visión básicamente optimista desde la óptica de los ciudadanos oculta, sin embargo, problemas importantes de inequidad e ineficiencia. La mortalidad presenta diferencias geográficas notables; en la atención sanitaria se observan importantes variaciones en la práctica médica no explicadas por las diferencias en morbilidad sino por las diferencias en la oferta; el gasto sanitario crece por encima de lo presupuestado generando deuda históricamente; no hay incentivos para el comportamiento eficiente de los agentes; no existe un mecanismo reglado de determinación de prioridades, etc.

Estas son algunas de las holguras de ineficiencia detectadas en España: la eficiencia no es una prioridad; la presión asistencial se resuelve parcheando (autoconcertación); la actividad profesional no se incentiva adecuadamente, y la carrera profesional no discrimina según esfuerzo; las necesidades organizativas se resuelven con gestores-comisarios políticos, no con profesionales de la gestión; el exceso de demanda (azar moral) se aborda con tiempos de espera y racionamiento indiscriminado, produciendo insatisfacción sin éxito; la descoordinación asistencial entre Atención Primaria y Especializada y con los servicios sociales es la norma.

El reto para el SNS, con un coste de oportunidad creciente en los presupuestos públicos, es lograr la suficiencia financiera en un entorno de control férreo del déficit como el aprobado en los países europeos a medio plazo. La restricción presupuestaria impedirá hacer frente a nuevas necesidades de gasto en ausencia de un crecimiento económico sostenido e incluso en condiciones económicas favorables. Hay que buscar nuevas fuentes de financiación en el ámbito de los ingresos públicos y/o en la participación de los usuarios de los servicios, e introducir mejoras en la eficiencia que permitan producir

más salud a menor coste (19).

2. Las reglas del juego. Los principios de un buen sistema sanitario

Un sistema sanitario estable ha de hallarse sólidamente anclado en ciertos valores que lo definen (20, 21). El diseño del sistema sanitario futuro ha de buscar un fundamento normativo común a todos los agentes. Daniels, Light y Caplan (22) propusieron unos criterios con la idea de desarrollar un *benchmarking* de lo que se considera un sistema sanitario justo, a partir de una fundamentación ética: el *principio de igualdad de oportunidades*. La idea de igualdad en las oportunidades ha recibido gran atención en la literatura teórica sobre equidad y justicia distributiva (23-25). Aplicada al contexto de la salud, esta idea puede expresarse así: los ciudadanos deben tener iguales oportunidades para alcanzar similares niveles de salud, lo cual implica que las desigualdades que deben ser corregidas son las de dotaciones iniciales o recursos de los que cada agente vaya a disponer, aun cuando el nivel de salud final alcanzado pueda ser diferente, según el grado de eficiencia con la que opere el agente en la gestión de los recursos bajo su control.

El atractivo de este enfoque está en el respeto a la libertad individual de los agentes -la soberanía individual es un valor básico en nuestra sociedad-, quienes se responsabilizan de su propia salud. Sin embargo, no es fácil hacer operativo el principio. La pobreza, por ejemplo, conduce a la enfermedad por múltiples vías, de manera que las personas con menor capacidad económica son menos competentes para alcanzar ciertos niveles de salud, algo que reflejan sistemáticamente las estadísticas de desigualdades socioeconómicas en salud. Además, su aplicación requiere ser consistente con el acuerdo *ex ante* de dotar de capacidad a los individuos para que gestionen su salud. Pero nuestras sociedades normalmente exhiben altruismo *ex post*, es decir, nuestros servicios sanitarios atienden también a quienes no han gestionado debidamente su salud -hábitos de vida insanos, asunción excesiva de riesgos, etc.- en pie de igualdad con los demás. La corresponsabilidad de los ciudadanos con su propia salud, algo hoy reclamado por todos los sistemas sanitarios, es un corolario de este principio. Aquí puede surgir un argumento para contemplar la responsabilidad financiera de algunos agentes al acceder a los servicios sanitarios públicos a tenor de los riesgos autogenerados.

Un enfoque alternativo es la *igualdad de bienestar*, que propugna eliminar las diferencias en el estado de salud, que es el resultado final del proceso de producción de los servicios sanitarios. Se trataría de lograr los mismos valores de los indicadores de salud para todas las personas o comunidades, por ejemplo, entre CC. AA. Una versión acotada de esta idea consiste en corregir o aliviar las *desigualdades evitables* en salud, es decir, las vulnerables a la acción. Esta se ha convertido en el objetivo de algunos gobiernos de los países más avanzados como el Reino Unido, una vez comprobada la

persistencia de desigualdades en salud entre diferentes grupos sociales, tras varias décadas de acceso universal a los servicios sanitarios y de aplicar fórmulas de reparto financiero con ajustes poblacionales según necesidad relativa (26). El fondo creado con este fin (*the Health Inequalities Adjustment*) utiliza como base de reparto la variable índice de años potenciales de vida perdidos (IAPVP) por determinadas causas de mortalidad consideradas prioritarias en su plan estratégico. Esta es una buena reflexión para España, que mantiene grandes diferencias territoriales en materia de salud. Los mecanismos de financiación deberían contemplar la posibilidad de actuar directamente sobre situaciones de desigualdad en salud evitables.

La atención sanitaria tiene como función mantener a los individuos en un estado funcional lo más normal posible. La disfunción provocada por la enfermedad restringe el acceso a las oportunidades de la vida. La atención sanitaria, al salvaguardar nuestra capacidad funcional, protege nuestras oportunidades. De ahí surge la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos. Estamos obligados a proveer la atención sanitaria a quien la necesita para proteger la igualdad de oportunidades para obtener el éxito, dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad o estado de incapacidad (27). Este es probablemente el fundamento ético que justifica la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública en España y en la mayoría de los países desarrollados.

Podemos así, caracterizar un buen sistema sanitario en relación con su capacidad para satisfacer el principio mencionado. Las características siguientes pueden servir de guía para la valoración de nuestro sistema sanitario.

2.1. Acceso universal

Un buen sistema sanitario debe hacer accesible un conjunto razonable de servicios sanitarios efectivos y necesarios para todos, independientemente de las condiciones específicas de salud, grado de riesgo o capacidad de pago. Ello implica la inclusión universal en algún esquema asegurador cuyas características son la obligatoriedad y la independencia del estado ocupacional, de manera que se garantice la continuidad asistencial temporal.

Estas características se encuentran bien argumentadas en la literatura económica por problemas de selección adversa (28, 29) y han sido asumidas por la inmensa mayoría de los países desarrollados, y recientemente por EE. UU. (aseguramiento obligatorio), y en España desde la Ley General de Sanidad de 1986 y recientemente por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que estableció la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles “residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”.

Sin embargo, el Real Decreto Ley 16/2012 (30) regula de nuevo la condición de asegurado volviendo al antiguo criterio de Seguridad Social (trabajador cotizante o pensionista y sus beneficiarios) restringiendo la cobertura personal. El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto (31), concreta las condiciones de persona asegurada y de beneficiaria de esta a efectos del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS). Establece un nivel de ingresos anual de 100.000 euros por debajo del cual los residentes con nacionalidad española tendrán garantizado el derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública aunque no satisfagan los requisitos de afiliación mencionados. Para los no asegurados, se establecen unas primas aseguradoras en función de la edad. Este cambio hacia la universalización incompleta ha sido visto por analistas del sistema como un ataque al modelo universal (3-5). Algunos colectivos hasta ahora cubiertos (inmigrantes ilegales) sin medios económicos para hacer frente a la prima aseguradora han quedado fuera, lo que ha generado reacciones de sorpresa y disgusto en medios profesionales sanitarios y sociales.

Ciertamente, el debate sobre la naturaleza de la prestación sanitaria en España pudo haber quedado cerrado en falso en los acuerdos de financiación autonómica de 2001 y la legislación que los recogió. La interpretación de las condiciones de acceso como asegurado pertenecen al ámbito jurídico y han sido objeto de debate durante mucho tiempo (32-36). La posición doctrinal mayoritaria apuesta por la universalización sustentada en el artículo 43 de la Constitución (CE). Pero, tras el acuerdo de 2001 del CPFF sobre financiación territorial, quedó clara la posición del legislador de anclar el derecho en el artículo 41 de la CE (SS) como una prestación no contributiva de la Seguridad Social (SS), modificando el artículo 86 de la Ley de la SS. Sobre los potenciales efectos de esta decisión sobre la centralización de las decisiones en materia de sanidad y la pérdida de autonomía de las regiones en esta materia también se habló ampliamente entonces (37).

2.2. Minimización de barreras de acceso a la asistencia sanitaria

Hay cinco ejes del acceso como interpretación de la equidad en sanidad que deberían satisfacerse conjuntamente para garantizar el precepto de la Ley General de Salud (LGS) de acceso a la sanidad pública en condiciones de igualdad efectiva: acceso físico, es decir, recursos apropiados donde se necesitan y accesibles a los que los necesitan (compete a las CC. AA. la distribución física de los recursos); acceso legal, garantizando normativamente el derecho a la asistencia sanitaria pública (sirva lo ya comentado para España); acceso financiero, teniendo en cuenta que la gratuidad no implica coste cero para el usuario y que puede haber variables que afectan al coste: desplazamiento a la asistencia, participación en el pago de los medicamentos, y que generan desigualdad de acceso; acceso cultural, es decir, facilitar la utilización a la

gente de diferente cultura, lengua y extracción social, una barrera presente en España hoy tras la inmigración masiva reciente; y acceso a la calidad, que requiere minimizar las variaciones en la práctica médica (VPM) no explicadas por las diferencias en morbilidad que puedan llevar a diferente potencial de salud. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario. El acceso a una calidad similar inter- e intrarregional es uno de los objetivos del futuro inmediato en la política de equidad territorial en España, cuyo garante es el Gobierno central en un sistema descentralizado.

2.3. Prestaciones comprensivas y uniformes

Acceso equitativo a un conjunto apropiado de servicios sanitarios, sin restricciones en las prestaciones ni en su calidad. La igualdad de oportunidades no exige, sin embargo, unas prestaciones ilimitadas, que podrían estimular comportamientos de azar moral en los ciudadanos y posibilitar atenciones no efectivas, pues existen otros bienes sociales que se orientan al mismo fin (educación, etc.) que compiten por los fondos financieros. Lo que resulta imperativo es la delimitación explícita de las prestaciones y hacerla de manera controlable públicamente. La cartera común de servicios aprobada en España en el Real Decreto Ley 16/2012, que actualiza la cartera de servicios del SNS establecida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (38), establece 3 modalidades básicas de servicios: básica, cubierta enteramente por la financiación pública, suplementaria, sujeta a aportación del usuario y accesoria o no esencial, sujeta a aportación y/o reembolso del usuario. Además, se regula la cartera de servicios complementarios de las CC. AA., financiada con cargo a los recursos cada una de ellas, una vez garantizada la cobertura de la cartera común y garantizada la suficiencia financiera y el cumplimiento de los criterios de estabilidad financiera.

La necesidad de evitar los problemas de azar moral sugiere la introducción de mecanismos de racionamiento en forma de precios, listas de espera o de límites a la cantidad. Los sistemas sanitarios públicos tienden a utilizar poco los primeros para no generar problemas de acceso, mucho los segundos, creando insatisfacción y, hasta ahora, profusa pero implícitamente, los terceros. Hoy se reconoce la necesidad de establecer las prioridades más explícitamente mediante la definición y ordenación de las prestaciones (paquete asistencial) reconocidas como derecho a los ciudadanos.

Los criterios de inclusión en el paquete asistencial habrían de valorarse por su contribución relativa a la protección de la igualdad de oportunidades (p. ej., categorías completas de servicios: prevención, asistencia domiciliaria, servicios de salud mental, que pueden afectar al grado funcional). El criterio de la eficiencia contribuye a este objetivo, al ordenar prioridades en función de la efectividad y el coste de las prestaciones. Las prestaciones ineficientes no pueden contribuir a la igualdad de

oportunidades.

Como criterios de exclusión se contemplarían la ausencia de necesidad -siempre pendiente la difícil cuestión de quién la define- y la ausencia de, o no probada, efectividad. El problema de los servicios no provistos en el paquete asistencial es que puede acentuar la distribución desigual de la enfermedad y de la renta entre las clases sociales: los pobres están más enfermos y los más enfermos más pobres. Es un problema de selección de riesgos. Respecto a la asistencia suplementaria, cuanto más extensa sea, mayor discriminación habrá en el sistema.

2.4. Financiación equitativa: contribuciones generales, separadas de riesgos, según capacidad de pago

La idea de la financiación sanitaria según la *capacidad de pago* encuentra su justificación teórica en las teorías más conocidas de la justicia (39). La alternativa a la capacidad de pago es el *principio del beneficio*, que hace recaer el peso de la financiación sobre quien se beneficia de la asistencia.

El riesgo individual no puede ser la base de la financiación sanitaria. En un sistema sanitario de financiación pública como el SNS, en cada momento los más sanos financian a los más enfermos. No se debería cargar el coste sobre los más enfermos, lo que sugiere la minimización de franquicias, copagos, periodos de carencia, etc.

El copago puede ser eficiente como instrumento para combatir el azar moral en servicios de demanda elástica, y para ampliar los ingresos financieros en servicios de demanda inelástica. La idea de introducir el copago como estrategia de contención de costes podría resultar injusta, al desplazar costes de sanos a enfermos (*cost shifting*), e ineficiente, si pospone la utilización de los servicios impidiendo la prevención y la detección precoz, o si se establece sobre servicios de demanda-precio inelástica.

En una revisión de estos y otros argumentos sobre participación del pago de los servicios en España (40, 41) Puig y Rodríguez sugieren las siguientes recomendaciones: 1) Modificar el diseño del copago farmacéutico incluyendo los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria. 2) Introducir un copago fijo en las visitas y en las urgencias. 3) Introducir tasas por servicios complementarios cubiertos y precios públicos por prestaciones actualmente no cubiertas. 4) Modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad. 5) Implementar mecanismos de protección de los más débiles económicamente y los más enfermos, con establecimiento de límites máximos y exenciones en función de la renta y del estado de salud. El criterio es que el copago y otras formas de contribución no deben empobrecer al paciente.

Las propuestas de introducir impuestos finalistas para incrementar la financiación sanitaria,

sugeridas por algunos en España y EE. UU. mediante la utilización de impuestos “al pecado” (*sin taxes*) o a los hábitos no saludables (tasa sobre la grasa, tasa sobre bebidas azucaradas...), pueden ser una fuente adicional de recursos financieros, aunque también pueden ser injustas desde la perspectiva de la igualdad de oportunidades con responsabilidad (24, 42), si no se distingue, en los denominados riesgos autocreados, entre decisiones libres e informadas y otras. Por ejemplo, el hábito de fumar es una adicción habitualmente adquirida en edades jóvenes con capacidad limitada de decisión y, además, es usual entre personas de categoría socioeconómica baja y menos frecuente en otras categorías sociales más receptivas a mensajes de educación sanitaria porque su nivel educativo les ha hecho más competentes para ello. No se debería penalizar el consumo de tabaco indiscriminadamente y sí contemplar las diferencias en la responsabilidad mediante los ajustes necesarios.

2.5. Eficiencia

No es ético derrochar recursos que podrían lograr más. Un sistema sanitario será mejor si establece mecanismos para minimizar los factores de riesgo, la incidencia de la enfermedad y los accidentes (prevención y promoción) y, en caso de ocurrencia, su tratamiento más coste-efectivo. Este es el foco de las propuestas de incorporación sistemática de los principios de la evaluación de tecnologías sanitarias (*Health Technology Assessment*) y de la Medicina Basada en la Evidencia (*Evidence-based Medicine*) (43, 44) a las decisiones clínicas. La evaluación económica de servicios han de hacerla agencias independientes de evaluación y mediante procesos abiertos, democráticos, de toma de decisiones.

La determinación de prioridades precisa de criterios explícitos. El análisis comparado destaca como criterios de determinación de prioridades de intervenciones consideradas necesarias la efectividad, la relación coste-efectividad y la relevancia para el sistema sanitario público. España no ha desarrollado un mecanismo explícito de ordenación de criterios para la determinación de prioridades en las decisiones sanitarias. Los criterios de efectividad y eficiencia, sin embargo, han pasado a ser lugar común en la regulación de la actividad sanitaria sujeta a priorización. Recientemente, en la elaboración del contenido de la cartera de servicios (Real Decreto Ley 16/2012) se dice que se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo.

Las implicaciones de una atención sanitaria basada en algún mecanismo de determinación de prioridades son múltiples. Requieren perfeccionar los sistemas de información sobre efectividad de los procedimientos, homologar criterios de actuación

mediante la elaboración de guías de práctica clínica y profundizar en la evaluación de tecnologías sanitarias. Afecta, además, a los derechos ciudadanos. No todo lo que existe y es autorizado públicamente debe ser financiado también públicamente. En consecuencia, define un área dejada a la responsabilidad individual.

2.6. Comparabilidad

La atención sanitaria ha de compararse con otros servicios públicos con elevado impacto sobre la igualdad de oportunidades, como la educación, y con otros servicios que protegen nuestra libertad, como la defensa y la justicia. Un presupuesto sanitario global ayuda a establecer la comparación con el esfuerzo en otros servicios. En principio, no hay un nivel deseable de gasto sanitario para un país. La organización del sistema es más relevante que una cifra concreta de porcentaje del PIB.

2.7. Libertad de elección por parte del consumidor

Un sistema sanitario es mejor si respeta más la elección autónoma e informada de los individuos. La libertad de elección añade valor en sí misma. La mejora en la capacidad de elección es garantía de mayor eficiencia y calidad de los servicios. En tal sentido, se requiere una buena información al consumidor para facilitar el ejercicio de la elección. Este criterio, como los anteriores, puede entrar en conflicto con otros. Así, la elección de planes de seguro de diferente contenido prestacional puede afectar negativamente a la igualdad de acceso.

3. Escenario de la sanidad en España en 2020

El horizonte 2020 está próximo. No parece probable que se haya abierto un debate hacia un modelo de competencia entre compradores -aseguradoras- en un plazo de tiempo tan breve para un cambio tan drástico lo que, además, tampoco está en los programas políticos. Por eso nos centraremos en la visión de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que al final de la década ha evolucionado hacia la sostenibilidad a largo plazo manteniendo su estructura actual de financiación y producción mayoritariamente públicas.

3.1. Visión 2020

A finales de la década el SNS ha logrado eliminar buena parte de las holguras de ineficiencia sin afectar a los pilares básicos de equidad en el acceso en que se asienta. La salud es la guía fundamental del sistema. Existe una estrategia de salud que define los objetivos de salud para la sociedad y establece las prioridades explícitamente. El SNS mantiene su estructura jurídica actual, descentralizada, con servicios regionales de

salud autonómicos que adoptan formas jurídicas diversas, desde organismos autónomos hasta entes públicos de derecho privado, pero con una tendencia hacia una menor presencia del derecho público en la contratación de personas y bienes, con un mecanismo de coordinación, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que ha ampliado sus competencias.

Hay una mayor colaboración del sector privado, con más espacio para la concertación. Los criterios de buen gobierno se han extendido por la red sanitaria. La estructura funcional del SNS se basa en la Atención Primaria de salud, que sigue siendo la puerta de entrada al sistema, que ha desarrollado nuevas formas de organización, con una mayor asunción de competencias de derivación e incluso de compra de servicios especializados, con una extensión de formas de trabajo en equipo (cooperativas, entidades de base asociativa...) que manejan presupuestos globales prospectivos y se alejan de la estructura estatutaria en los contratos de los profesionales hacia fórmulas de cooperación. Los hospitales han desarrollado sistemas de gestión clínica avanzados. Hay una mayor integración vertical de la asistencia sanitaria. El modelo asistencial de crónicos ha ido sustituyendo al tradicional de agudos, con cambios organizativos que redistribuyen la actividad entre profesionales sanitarios, con un papel mayor de la enfermería. La cartera de prestaciones está bien definida y es bien conocida por los ciudadanos. La planificación sanitaria sigue criterios de coste-efectividad, con la preservación y mejora de la salud como resultado perseguido, ampliando la perspectiva de lo que añade valor a la sanidad. Los profesionales sanitarios realizan la gestión clínica de sus unidades en un entorno de mayores márgenes para la decisión, con retribuciones mejores y mecanismos de incentivos monetarios y no monetarios. Los ciudadanos se responsabilizan de su salud y colaboran con el sistema sanitario teniendo incentivos para ello. Mantiene un control sobre el crecimiento del gasto que le sitúa alineado con los sistemas del tipo SNS, es decir, no se plantea un cambio significativo en el presupuesto sanitario en términos del PIB.

Las claves de esta evolución podrían encontrarse en el grado de implicación de los ciudadanos en su sistema sanitario. Nuestro escenario prevé una implicación muy superior a la actual en todos los ámbitos: responsabilidad individual de la propia salud, participación ciudadana en la gestión sanitaria, y colaboración con los profesionales sanitarios y con los responsables de la planificación sanitaria.

En las páginas que siguen tratamos de desarrollar esta visión en detalle en los aspectos de financiación, coordinación sanitaria, oferta y demanda sanitarias, los modelos de asistencia, los ciudadanos en el SNS, la organización sanitaria, los profesionales sanitarios, y la evaluación económica de las tecnologías sanitarias. Se trata de ofrecer un enfoque económico poniendo el énfasis en las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos descritos en la visión del SNS para 2020.

4. La financiación del sistema sanitario

4.1. La financiación sanitaria en los años 2012-2020

La restricción financiera, no obstante, puede comprometer seriamente el proceso de reforma. El Gobierno de España ha planteado una reducción en el gasto sanitario público para la legislatura de 7.200 millones de euros, algo más del 7%. A su vez, las proyecciones a largo plazo sobre sostenibilidad de las finanzas públicas asociadas al envejecimiento de la población (Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2013-2016) prevén un crecimiento del gasto sanitario público al ritmo del PIB, estabilizándose en el 6,5% del PIB en el año 2020. Pero las medidas adoptadas en los últimos años han reducido el gasto sanitario público al 6,3% del PIB en 2012 y se prevé que alcance el 5,4% del PIB en 2016. Y aunque la previsión de crecimiento del PIB en términos reales en la segunda parte de la década está por encima del 2,5% anual, el objetivo supondría un crecimiento sostenido del gasto sanitario público en la segunda parte de la década superior al 2%, si bien ello dependerá del ritmo efectivo de crecimiento de la economía, algo hoy muy incierto. No parece, por tanto, claro que podamos establecer escenarios financieros en este momento. Quizás debamos plantear como escenario alternativo la congelación del gasto sanitario público a los niveles resultantes de la reducción establecida para la legislatura actual. En tal caso, la situación se haría difícilmente sostenible para la estructura actual del sistema sanitario público. En este escenario, la acción sobre los ingresos públicos y sobre la productividad del sistema sanitario público se hace imperativa. Además, habría que revisar la cartera de servicios básica.

La cuestión de la financiación de la sanidad pública en España consiste en diseñar el modelo que satisfaga los criterios de suficiencia, equidad y autonomía. La asignación de recursos financieros correctamente diseñada es un mecanismo de incentivos que puede contribuir a la mejora de la eficiencia. Analizamos aquí la cuestión de la financiación territorial, la financiación de centros y servicios y la participación de los ciudadanos en la financiación sanitaria.

4.2. La financiación territorial sanitaria

En la financiación territorial sanitaria los dos aspectos relevantes son la corresponsabilidad fiscal y la estimación de la necesidad relativa. La primera ha ido aumentando en los modelos de financiación que se han venido aprobando en los últimos años con la cesión de tributos y de la capacidad normativa a las CC. AA.

En la determinación de la necesidad relativa, es destacable la heterogeneidad de las variables de ajuste a la población en cada uno de los Estatutos de Autonomía de las CC. AA. ya reformados, lo que añade dificultades para su estimación.

Así, en Cataluña se establecen los costes diferenciales y variables demográficas, en particular, un factor de corrección que será en función del porcentaje de población inmigrante, además de la densidad de población, la dimensión de los núcleos urbanos y la población en situación de exclusión social.

En Andalucía, el principio de la suficiencia financiera se establece atendiendo fundamentalmente a la población real efectiva y, en su caso, protegida, y su evolución, así como otras circunstancias que pudieran influir en el coste de los servicios que se presten.

El Estatuto de Aragón establece que se atenderá a su estructura territorial y poblacional, especialmente el envejecimiento, la dispersión, y la baja densidad de población, así como los desequilibrios territoriales. En las Islas Baleares, los principios de solidaridad, equidad y suficiencia financiera, se aplicarán atendiendo al reconocimiento específico del hecho diferencial de la insularidad, para garantizar el equilibrio territorial, y a la población real efectiva, así como a su evolución. Y, en Castilla y León, para determinar la financiación que corresponde a la Comunidad se ponderarán adecuadamente los factores de extensión territorial, dispersión, baja densidad y envejecimiento de la población de la Comunidad. Con esta dispersión de variables es difícil encontrar una medida de necesidad relativa que logre el consenso.

1.4.3. El modelo de financiación territorial

El Consejo de Política Fiscal y Financiera alcanzó finalmente un acuerdo para la reforma del sistema de financiación de las CC. AA. en julio de 2009 que dio lugar al modelo actualmente vigente (Ley 22/2009) (45). El nuevo sistema se orienta hacia el criterio de necesidad, perfeccionándolo mediante una mejor adecuación de la financiación a las necesidades reales de gasto, revisando los criterios de ajuste de la población. Aumenta, además, la autonomía y la corresponsabilidad fiscal, considera explícitamente la nivelación de los servicios públicos fundamentales y crea fondos específicos para la convergencia real entre las CC. AA.

Aunque no es posible hacer una valoración completa del nuevo sistema en el breve periodo de aplicación transcurrido, un repaso a sus elementos estructurales permite observar los cambios en el diseño que introduce en relación con el modelo anterior. Estos se resumen en seis:

- Ampliación de la participación de las CC. AA. en los tributos cedidos.
- Garantía de igual financiación por unidad de necesidad o habitante ajustado, para los servicios públicos fundamentales, mediante el Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales, que se calcula anualmente de acuerdo con la evolución de los recursos y las necesidades de los ciudadanos.
- Suficiencia global y respeto *al statu quo* en la financiación de todas las competencias

que han sido transferidas mediante el Fondo de Suficiencia Global.

- Incorporación por parte del Estado de recursos adicionales para la mejora de las prestaciones del estado de bienestar por las CC. AA. en el marco de la estabilidad presupuestaria.
- Convergencia en la financiación de las necesidades de los ciudadanos independientemente de su comunidad autónoma de residencia, al tiempo que se incentiva la autonomía, el desarrollo económico y la capacidad fiscal en todas y cada una de las CC. AA. mediante los fondos de convergencia autonómica: el Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación.
- Los requerimientos de estabilidad macroeconómica y presupuestaria exigen que los recursos y fondos adicionales deban compatibilizarse con los objetivos de estabilidad.

1.4.3.1. Una primera valoración del modelo de financiación

La reforma se asienta sobre el modelo de 2001 a partir de una actualización a 2007 de la restricción inicial. El espacio fiscal de las CC. AA. se amplía notablemente y se dota de mayor capacidad normativa respecto de los tributos cedidos.

La autonomía se incrementa en tres aspectos: cuantitativo, en competencias normativas y en participación en la gestión tributaria. Cuantitativamente, se amplía el espacio fiscal de las CC. AA., elevándose al 50% la cesión a las mismas del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) (antes el 33%), y en el impuesto sobre el valor añadido (IVA) (antes el 35%), y al 58% en los impuestos especiales de fabricación (antes el 40%). Con esta ampliación, el peso de los recursos tributarios en el global de la financiación de las CC. AA. se eleva al 90%, un aumento de 20 puntos porcentuales. Además, el peso de los impuestos en los que las CC. AA. tienen competencias normativas aumentará por encima del 50% del total de sus recursos.

Se incrementan las competencias normativas en los tributos cedidos parcialmente: en el IRPF (mínimos personales y familiares, escala autonómica, deducciones de la cuota). En el IVA y los impuestos especiales el Gobierno se compromete a hacer el esfuerzo necesario para que las CC. AA. puedan también participar en las operaciones destinadas directamente a los consumidores finales.

En la participación en la gestión tributaria se refuerza la colaboración entre administraciones tributarias de las CC. AA. y la Agencia Estatal de Administración Tributaria (fomento de canales de información para la lucha contra el fraude...).

Respecto a la financiación de las competencias transferidas, que el modelo de 2001 mantuvo separada en tres bloques -servicios comunes, sanidad y servicios sociales-, con ponderaciones de la población diferentes en cada bloque para estimar la necesidad relativa, se modifica en el nuevo modelo, al integrarse las ponderaciones y las variables

no poblacionales en una noción única de población ajustada o unidad de necesidad. Habrá que analizar la influencia de esas ponderaciones, pues podrían compensarse algunas entre sí de manera que estemos más cerca de la variable población protegida que lo que el modelo parece pretender. No obstante, el nuevo sistema introduce cambios en la estimación de la necesidad relativa más fundados y acordes con algunos de los resultados de trabajos recientes (46).

El nuevo sistema opta por la garantía de igualdad en la financiación de los servicios públicos fundamentales. Aunque inicialmente el acuerdo no concreta cuáles son los servicios públicos fundamentales cuya necesidad haya de cubrirse, en la revisión del tratamiento de la población como variable y en las ponderaciones de los diferentes grupos etarios, se justifican las relativas a la población de 0 a 16 años y mayores de 65 para mejor representación de las necesidades de gasto en materia de educación y servicios sociales, respectivamente, y la población protegida equivalente, con 7 grupos de edad, para representar mejor las necesidades de gasto en sanidad. En consecuencia, se amplía a los servicios sociales la consideración de servicios públicos fundamentales, que anteriormente eran educación y sanidad.

Entendemos que el sistema interpreta el objetivo de equidad como “igualdad de oportunidades para el bienestar (salud)”, al garantizar la igualdad en la financiación para los servicios públicos fundamentales para igual necesidad, que las CC. AA. deberán hacer efectivo con la gestión eficiente de los mismos. Esto otorga a las CC. AA. una responsabilidad en la gestión de los servicios a sus ciudadanos que puede producir resultados diferentes en la salud según se gestionen.

El objetivo de equidad se define también como convergencia entre CC. AA. en la financiación de las necesidades independientemente de la comunidad de residencia. Requiere, a su vez, reducir las diferencias actuales en la financiación por unidad de necesidad. Se crean para ello dos fondos de convergencia autonómica: el Fondo de Competitividad, que tendrá en cuenta la capacidad y el ejercicio de las competencias normativas de las CC. AA. desincentivando en lo posible la competencia fiscal a la baja, y que se repartirá anualmente entre las CC. AA. con financiación per cápita inferior a la media o a su capacidad fiscal; y el Fondo de Cooperación, complementario al sistema, que tiene como objetivo la convergencia en los niveles de vida de los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia, que se destinará a las CC. AA. de menor renta y a las que registren una dinámica poblacional especialmente negativa. Los fondos de convergencia vienen a posibilitar la incorporación de variables exógenas de necesidad no contempladas en el sistema y, por tanto, son complementarios al mismo. Conceptualmente, sin embargo, podrían desvirtuar el sistema, cuyo diseño debería reducir al mínimo la necesidad de fondos adicionales, limitándola a situaciones excepcionales.

La actualización de la restricción inicial y la incorporación de elementos dinámicos es una fortaleza del nuevo sistema. La actualización anual de las variables de necesidad y la revisión quinquenal de los elementos estructurales del sistema son una garantía adicional para la estabilidad del mismo.

El resultado del funcionamiento del modelo hasta ahora está muy condicionado por la enorme brecha entre el gasto y el ingreso público provocada por la crisis financiera. La suficiencia anterior, posibilitada por las diferencias positivas entre la recaudación real y la normativa, muy ligadas a los tributos cedidos relacionados con el sector inmobiliario, ha sido sustituida por una insuficiencia financiera que amenaza la sostenibilidad del sistema sanitario público, que incrementa la deuda de las CC. AA. a los proveedores sanitarios, sin haber logrado terminar con las disparidades injustificadas en la financiación por unidad de necesidad que, en algunos casos, se han visto aumentadas (47).

4.4. Financiación de proveedores

En la definición de los modelos de financiación a proveedores, centros y profesionales hay que destacar: a) el grado de integración de actividades y servicios, b) si el pago es prospectivo o retrospectivo, y c) la manera de reflejar mejor los resultados del proveedor (48).

En el caso de los hospitales, la historia ha llevado desde los pagos retrospectivos a los presupuestos globales prospectivos con objetivos de actividad mediante la firma de contratos-programa o contratos de gestión. Posteriormente, hay una tendencia a sustituir los presupuestos globales prospectivos por pagos prospectivos basados en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Este método captura la composición de la actividad (*case-mix*), aunque puede generar incentivos perversos, como la tendencia a aumentar el número y complejidad de GRD, produciéndose menos casos por GRD y, en consecuencia, una dificultad adicional para fijar precios estables año a año. No favorece la coordinación entre niveles asistenciales ni el control de costes del hospital.

En un modelo integrado de atención como el que se propugna en este trabajo, el pago por caso o episodio de asistencia (*episode-based payment*) podría ser un sistema de financiación adecuado. Permite pagar por el valor añadido por la asistencia. Cubre los costes de todo el proceso asistencial a un paciente en diferentes niveles asistenciales, lo que mejora la coordinación entre niveles. La cuestión es desarrollar el sistema de contabilidad analítica que permita seguir al paciente. Los modernos sistemas de costes basados en actividad (ABC) y costes basados en procesos (CBP) podrían servir de modelo alternativo a los GRD (49, 50).

Tratándose de servicios integrados, el pago por capitación ajustada por riesgo

poblacional (edad, sexo, estado de salud, etc.) puede ser el mecanismo adecuado, siempre que quede a salvo la selección de riesgos y se pueda controlar la calidad, no solo los costes de la atención. Los objetivos de resultados en este caso han de ser explícitos y evaluables. El desarrollo de los sistemas de información implantados en los servicios de salud regionales en la última década hace posible ahora iniciar medidas de pagos en el margen por resultados.

Todos estos métodos de pago pueden suplementarse con incentivos ligados a resultados de calidad (*Pay for Performance -P4P-*). La cuestión relevante es la elección de las variables de resultados a utilizar, sus posibilidades de medición y la ponderación que haya de darse a cada una.

5. El buen gobierno del Sistema Nacional de Salud y sus instrumentos

Los cambios estructurales que el SNS necesita han de encontrar un contexto organizativo apropiado sólidamente fundado en valores. El concepto de “buen gobierno” va mucho más allá de la ausencia de corrupción, mala gestión, nepotismo, etc. Buen gobierno implica, por supuesto, buenos resultados, pero no solo eso: exige que el proceso de toma de decisiones responda a todo un conjunto de reglas (participación democrática, transparencia, rendición de cuentas, respeto a las leyes, etc.). Estas reglas, a su vez, están basadas en valores éticos, de ética personal-cívica y de ética política; en definitiva, en virtudes cívicas (51).

El desarrollo más reciente de los principios del buen gobierno sanitario lo ofrece el trabajo de la Comisión de Buen Gobierno Sanitario del Consejo de Europa¹ en la premisa de que una buena gobernanza tiene una influencia positiva en todas las funciones del sistema sanitario, de manera que mejora su desempeño y, en última estancia, los resultados de salud. Para la Comisión, la buena gobernanza de los sistemas de salud se basa en valores fundamentales: derechos humanos, cumplimiento de las leyes y democracia; en principios a los que responde la sanidad pública: universalidad, equidad y solidaridad; en atributos que son específicos del buen gobierno: rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, seguridad, y dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos; y en aspectos éticos: una cultura de integridad, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención del fraude y la corrupción.

Todos estos valores, principios, atributos y aspectos éticos tienen implicaciones muy directas en el gobierno y organización de lo público y piden organizar y gestionar la sanidad con las fórmulas e instrumentos que mejor los pueden garantizar de acuerdo con la experiencia (política basada en la evidencia de lo que funciona). Avanzar en esta

¹ Consejo de Europa. Comité Europeo de Salud (Doc 06.1 CDSP(2009)28E)

dirección implica abrir para la sanidad española una línea de innovación en la forma de hacer política sanitaria en sintonía con las aspiraciones de ciudadanos y profesionales y con la cultura democrática de los países más avanzados. Ello supone un cambio respecto a la situación actual, un programa de reformas profundas, un replanteamiento estratégico de la sanidad pública. En España se han producido recientemente algunas propuestas de recomendaciones para un código de buen gobierno de la sanidad pública, entre otras la de la sanidad pública vasca, con algunas líneas básicas y compromisos y vías de avance que adaptamos a continuación².

5.1. Líneas básicas para el buen gobierno de la sanidad pública en España

5.1.1. Visión y valores

Basar en los valores de la ética pública democrática la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública, tomando como referente las recomendaciones del Consejo de Europa.

5.1.2. Pacto por la sanidad

Para la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública y lograr una sanidad pública de calidad y eficiente, hay que impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad (partidos políticos, profesionales, agentes económicos y sociales, pacientes y ciudadanos) basado en los valores de la ética pública democrática, tomando como referente compartido común los valores, principios y atributos del buen gobierno, buscando acuerdos y consenso en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar la sanidad pública, gobierne quien gobierne.

5.1.3. Nueva estrategia organizativa

Para orientar los servicios sanitarios hacia niveles más altos de calidad, efectividad y eficiencia, hay que rediseñar, de acuerdo con los valores y principios compartidos de buen gobierno, la organización y el funcionamiento de toda la sanidad pública, tanto los servicios regionales de salud y sus organizaciones (hospitales, Atención Primaria, etc.), como la red de servicios de Salud Pública, incluyendo en ello una atención especial a los enfermos crónicos, y una coordinación eficaz entre servicios sanitarios y sociales.

² Adaptado de las Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (2011). El Consejo Asesor, presidido por el autor, realizó sus trabajos a lo largo del año 2010 y presentó sus recomendaciones a la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco en marzo de 2011.

5.1.4. Salud Pública

Revitalizar la salud pública, impulsando la prevención, protección y promoción de la salud, y haciendo de la buena salud, y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de todas las políticas públicas.

5.2. Compromisos para avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública

5.2.1. Un sistema sanitario centrado en el ciudadano

La sanidad pública ha de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de ciudadanos y pacientes en relación con la sanidad, planificando, gobernando y gestionando esta a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces. Dos ámbitos de acción resultan especialmente relevantes: 1) la libertad de elección, ampliando al máximo el acceso y la transparencia en la información, las posibilidades de elección y de control, y 2) la integración de los servicios, desarrollando servicios específicos de atención a los ancianos, a los enfermos crónicos, a los enfermos mentales y a los dependientes en general, coordinándolos eficazmente con los servicios sociales y construyendo el sistema sociosanitario necesario, tanto por razones de solidaridad y justicia social, como por su contribución decisiva a la calidad y la eficiencia del conjunto de la sanidad pública.

5.2.2. La política de salud

Hay que desarrollar la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) (53) para llevar la preocupación por la salud más allá de los Departamentos de Salud, integrando la prevención, la protección y la promoción de la salud en todas las políticas públicas y en las prioridades de los gobiernos estatal, regionales y locales, buscando para ello el compromiso de las diferentes estructuras de gobierno y de todas las organizaciones sociales (54).

5.2.3. Autonomía de gestión

Las exigencias de gestión de las organizaciones sanitarias reclaman un elevado grado de autonomía. Habría que dotar a las organizaciones sanitarias de toda la autonomía que precisen para responder adecuadamente a su misión y poder prestar sus servicios con la mayor calidad y eficiencia. Son numerosas y variadas las experiencias que se han desarrollado a lo largo de estos años en los que claramente se marca la tendencia a abandonar modelos centralizados, unitarios y totalmente jerarquizados, para derivar hacia modelos organizativos con mayor grado de autonomía. Esta tendencia conlleva

necesariamente dos exigencias que van estrechamente relacionadas con la autonomía que se pretende impulsar: la definición de órganos de gobierno con capacidad de decisión en los centros y la profesionalización de los directivos sanitarios públicos.

El nivel de autonomía de las organizaciones de servicios puede alcanzar distintos grados de desarrollo y además ninguna norma vigente impediría que la profundidad o las características de la autonomía de cada centro se ajustasen a sus especificidades, pudiendo dar como resultado una distribución asimétrica del grado de autonomía de cada organización de servicios. En este sentido sería recomendable ir virando con prudencia hacia formas organizativas que permitan un funcionamiento más ágil de las distintas organizaciones de servicios y que esta revisión se base en la experiencia, en el día a día que se vive en cada institución, así como en la implementación de experiencias piloto que permitan calibrar y escalonar adecuadamente el alcance y los efectos del cambio de modelo.

5.2.4. Órganos colegiados de gobierno

Para ensanchar la capacidad de decisión autónoma de los centros sanitarios, habría que implantar en todas las organizaciones sanitarias órganos colegiados de gobierno -consejos de gobierno-, con funciones de consejos de administración, máxima autoridad de la organización ante la que responde el director gerente, y con el mandato de cumplir la misión de la organización y velar por los intereses de los ciudadanos en relación con el servicio sanitario público, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos y las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Las competencias y responsabilidades de los órganos colegiados de gobierno deberán ser similares a las que corresponden a patronatos y consejos de administración, para lo cual, dentro del marco corporativo común del Servicio Regional de Salud (SRS) tendrán competencias sobre todos los aspectos de organización y funcionamiento de las organizaciones que gobiernan, de modo que estas tengan toda la autonomía necesaria para un funcionamiento ágil y eficiente. Serán responsables de: 1) definir la estrategia de la organización, 2) controlar y evaluar sus resultados, 3) asegurar la consideración de las necesidades locales, teniendo en cuenta a la población y a los profesionales sanitarios, 5) garantizar la aplicación de las normas de buen gobierno, 6) participar en el nombramiento del equipo directivo, evaluar sus resultados y proponer su revocación, y 7) velar por el buen funcionamiento del gobierno clínico de la organización (calidad y seguridad de la atención).

Los miembros de los consejos de gobierno de las organizaciones sanitarias tendrán el mandato, y asumirán el compromiso, de cumplir la misión de la organización en cuyo consejo sirven, velando por los intereses de los ciudadanos en relación con el servicio sanitario público, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los

presupuestos, la política y los objetivos sanitarios del Departamento de Salud.

En la composición de los consejos deberían distinguirse tres tipos de miembros: 1) miembros corporativos o internos, pertenecientes al SRS o al Departamento de Salud; su función en los consejos sería llevar a los mismos las líneas estratégicas corporativas y sus normas e indicaciones, 2) miembros que representen a la población local a la que sirven las organizaciones sanitarias y, por ello, deberían ser concejales propuestos por los ayuntamientos, y 3) miembros cuya pertenencia al consejo sea a título personal individual, nombrados por su contribución potencial al gobierno de la organización, dada su experiencia, formación y trayectoria cívico-profesional.

5.2.5. Profesionalización de la gestión

La eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión requieren la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, diferenciando su papel del de los políticos responsables últimos de la sanidad pública. Para ello la sanidad pública debería dotarse, en sus diferentes niveles y especializaciones, de directivos profesionales para la gestión de todas sus organizaciones y servicios; seleccionando y nombrando a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, por procedimientos en los que exista concurrencia pública, participación de los respectivos órganos colegiados de gobierno y, en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente.

Estos directivos deberían contar con una regulación específica para su selección, atribuciones, condiciones de empleo y cese, reconocimiento de trayectoria directiva, código de conducta y evaluación de resultados, adaptada a cada situación. La estabilidad, legitimidad y autoridad que precisa la dirección pública profesional requiere, además del cumplimiento estricto por parte de estos profesionales de las leyes y las normas obligatorias para todos, de su adhesión a un código de conducta específico que, entre otros puntos, incluya la lealtad a los valores del servicio público, la explicitación de todo tipo de conflictos de interés, el compromiso estricto de neutralidad político-partidaria en el desempeño de sus funciones, así como de lealtad a la Administración de cada momento, sometimiento a los principios de legalidad, transparencia e imparcialidad en la toma de decisiones, estilo de trabajo abierto y participativo, compromiso con la promoción personal y profesional de los trabajadores, austeridad y eficiencia en el uso de los recursos, rendición de cuentas (realizada con carácter periódico y sistemático, tanto a instancias internas como externas), y compromiso con la innovación y la gestión del conocimiento para el desarrollo individual y corporativo. La evaluación de los resultados obtenidos de la actividad encomendada a los directivos se establecerá como práctica común, con el objetivo de incentivar la excelencia profesional y sancionar el incumplimiento; para ello los SRS se

deberían dotar de un procedimiento objetivo de medición de resultados y hacer esta evaluación determinante en la política de fidelización de los directivos.

5.2.6. Buenas prácticas de gestión

En términos generales podemos entender por buenas prácticas los procedimientos, acciones y esquemas organizativos que funcionan para alcanzar sus objetivos satisfactoriamente (calidad, eficiencia, satisfacción de las partes interesadas, etc.), cumpliendo con todas las especificaciones y normas. La expresión buenas prácticas tiene una cierta connotación de referente o de modelo de buen hacer, lo que implica una relación directa, de causa-efecto, entre su utilización y el logro de buenos resultados (replicabilidad). En este sentido, una característica relevante de las buenas prácticas es su transferibilidad y validez para circunstancias y objetivos similares a aquellos en los que funcionan (55).

La aplicación del concepto de buenas prácticas a los servicios sanitarios públicos añade a la complejidad de su carácter de gestión pública la multidimensionalidad y complejidad propia del sector salud y sus servicios, derivada de lo que significa el binomio salud-enfermedad en la vida de las personas, de la sofisticación tecnológica y organizativa de la medicina moderna, de la incertidumbre que rodea a los procesos y decisiones clínicas, de los dilemas éticos presentes en casi todas sus decisiones, etc. Por ello, en los servicios sanitarios públicos los estándares de buenas prácticas abarcan un amplísimo listado de actividades y procedimientos que van desde las guías de práctica clínica y los códigos de conducta hasta los listados de comprobación (*check lists*) en los quirófanos, pasando por todo tipo de normas menores y estándares en los que se basa el buen funcionamiento de los centros sanitarios (citación, seguridad microbiológica, etc.).

Desde una visión de las políticas públicas que tiene el buen gobierno como horizonte de referencia, el objetivo de implantar una cultura de buenas prácticas en los servicios sanitarios públicos significa la búsqueda continua y la implementación de los procedimientos que mejor responden a los principios del buen gobierno (transparencia, rendición de cuentas *-accountability-*, prevención, detección y actuación frente a conflictos de interés, incumplimientos y otras conductas contrarias a las leyes y normas y a la ética de la gestión pública en sanidad), tanto por su valor moral normativo, en tanto que referentes de comportamiento, como por la evidencia empírica existente de que son los que mejor contribuyen a la eficiencia y calidad en los servicios.

En tal sentido, hay que promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles (gobierno, gestión, práctica clínica), impulsando la existencia y el cumplimiento de reglas y códigos de conducta específicos para todos los responsables y profesionales de la sanidad (miembros de los órganos colegiados de gobierno, gestores ejecutivos, responsables de unidades, clínicos, etc.), con especial atención a la

prevención de conflictos de interés y a la ejemplaridad ética en el desempeño de las responsabilidades, con transparencia y rendición de cuentas, siguiendo el ejemplo de los mejores servicios de salud y los referentes internacionales de la responsabilidad social corporativa.

La regulación explícita de los *conflictos de interés* es un instrumento imprescindible en una organización que quiera ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de una normativa sobre conflictos de interés, obligatoria para todo su personal, que defina los diversos tipos de tales conflictos y establezca pautas claras de conducta al respecto, tomando como referente las existentes en los sistemas sanitarios de otros países. Una referencia a la cuestión de los conflictos de interés entre profesionales sanitarios y la industria, con referencia a la situación internacional y a España, puede verse en Ruano (56).

Los *Códigos de Conducta* son instrumentos cada vez más utilizados en todo tipo de organizaciones por su contribución a adecuar los comportamientos y decisiones, individuales y colectivos, a buenas prácticas y estándares éticos, favoreciendo una cultura de integridad. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de un código de conducta general, obligatorio para todo su personal, e impulsar códigos de conducta más específicos para las actividades profesionales o las responsabilidades de gestión que así lo requieran.

La corrupción en todas sus variantes (fraude, soborno, nepotismo, clientelismo, etc.) es la antítesis del buen gobierno; muchos organismos internacionales (Consejo de Europa, OCDE, etc.) recomiendan estrategias e instancias activas contra la corrupción en el sector público, incluida la sanidad; así, tanto en los EE. UU. (Medicare), como en Europa (NHS británico, Department of Health, 2002) (57) cuentan con unidades especiales para la prevención, detección e investigación de casos de fraude y corrupción. Siguiendo estas recomendaciones y ejemplos, la sanidad pública debiera dotarse de un servicio/unidad responsable de desarrollar su política antifraude y corrupción y llevar a cabo todas las acciones que ello requiera, entre otras: un “plan de prevención del riesgo de fraude y corrupción”, una “guía de actuación en caso de sospecha de corrupción”, procedimientos para denunciar, procesar y actuar en casos de corrupción, información y formación sobre estas cuestiones, etc. Un ejemplo excelente de código de conducta en los servicios sanitarios es el de Alberta, Canadá (<http://www.albertahealthservices.ca/pub-code-of-conduct.pdf>).

5.2.7. Transparencia

Adoptar procedimientos para que la toma de decisiones a todos los niveles de la sanidad pública esté bien informada y sea transparente y abierta a la consulta y la participación cívica, política y de expertos, a fin de mejorar con ello la calidad de las normas. Para

ello, entre otras medidas, las decisiones de importancia estarán basadas en libros blancos o informes, abiertos a consulta pública, en los que se analicen los problemas, alternativas y políticas que se proponen, de forma que la lógica de estas sea pública y pueda recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad. Para facilitar la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, hacer pública “por defecto”, accesible y utilizable en internet, toda la información disponible que no desvele datos personales.

5.2.8. Participación de los profesionales

Es necesario implicar activamente a los médicos y a todos los profesionales sanitarios en la sostenibilidad de la sanidad pública, en la elaboración de políticas de salud, en la gestión y en la toma de decisiones, potenciando o creando estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional, así como buscando la revitalización de las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades y retos de la medicina del siglo XXI.

En el ámbito de las organizaciones sanitarias (hospitales, comarcas, etc.) el sistema de asesoramiento y participación profesional es crítico, porque el *input* profesional tiene aquí un impacto directo en los servicios y contribuye a implicar y motivar a los profesionales con su organización, al ver que su opinión cuenta en las decisiones del día a día.

La importancia del buen funcionamiento de las juntas facultativas técnico-asistenciales o comisiones técnicas, comisiones de calidad, etc., requiere evaluar su desempeño y su papel en la práctica, a fin de revitalizar y fortalecer su contribución a la calidad de los servicios, a la participación de los profesionales y a la buena marcha general del conjunto de la organización sanitaria. En la normativa interna de las organizaciones sanitarias debe estar especificado el listado de temas en los que sea preceptivo recabar la opinión y asesoramiento de las juntas facultativas técnico-asistenciales o comisiones técnicas y de las diferentes comisiones de calidad.

En todo caso, un tema central del asesoramiento profesional habrá de ser la gestión clínica (implicación de los profesionales en la gestión de los recursos, favorecer la continuidad asistencial, mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios clínicos, etc.), atendiendo especialmente a todos los aspectos de calidad de la práctica profesional.

Para fortalecer el asesoramiento profesional, tanto a nivel central como a nivel de todas las organizaciones dándole mayor visibilidad y, sobre todo, haciendo que sea un componente formal del proceso de toma de decisiones, se recomiendan, entre otras, las siguientes iniciativas concretas: dar difusión y publicidad de los informes a través de

internet e intranets; que los informes y actas de las reuniones de estos órganos colegiados profesionales sean puestos en la página de internet de la organización; esta medida es crítica para la efectividad, legitimación, fortalecimiento y visibilidad del asesoramiento profesional sanitario; abrir a consulta profesional todos los documentos sobre políticas y proyectos que afecten a la actividad clínica, dando respuesta a los mismos; valorar la participación profesional del personal médico, de enfermería, farmacia, etc., en estos órganos como mérito para su reconocimiento y promoción profesional y a efectos de carrera profesional.

5.2.9. Participación ciudadana

Entendemos por participación ciudadana las prácticas políticas a través de las que la ciudadanía (organizada) puede incidir sobre alguna dimensión de aquello que es público, subrayando su valor como herramienta que contribuye a la profundización e intensificación del buen gobierno de los sistemas públicos.

La participación ciudadana en la sanidad, al nivel que más importa al paciente, requiere la existencia de una amplia posibilidad de elección dentro de la sanidad pública y, sobre todo, la existencia en la misma de una cultura organizativa y profesional en la que el paciente tenga en todo momento la información que precisa para tomar sus propias decisiones y el control de todo aquello que concierne a la atención a su salud. Además, en una sanidad centrada en la persona-paciente, el papel activo y la participación del ciudadano en la misma tiene que incluir la potenciación del autocuidado y la autonomía del paciente, la responsabilidad de su propia salud, pero también de la sostenibilidad del conjunto del sistema sanitario. Todo ello exige que la sanidad pública ofrezca activamente a sus pacientes y a los ciudadanos el apoyo y los instrumentos de todo tipo (educativo, de información, “paciente experto”, cultura profesional de atención personalizada, etc.) que esta reorientación requiere.

A escala institucional, la participación ciudadana en el gobierno de la sanidad pública se ejerce fundamentalmente a través del proceso político democrático por el que se elige y controla a los gobernantes; esta participación se hace más próxima y operativa con la creación de consejos de gobierno y la presencia en los mismos de representantes de los ayuntamientos y de consejeros a título personal vinculados a la comunidad local.

Además, una buena respuesta de los servicios sanitarios públicos a los pacientes y ciudadanos exige la existencia institucional de un sistema para que las quejas, denuncias, sugerencias y reclamaciones tengan mecanismos eficaces y rápidos de respuesta.

Colocar al paciente y a la población en el centro de la sanidad pública requiere que esta refuerce proactivamente los instrumentos que le permiten la identificación de

necesidades, de demandas y preferencias de los pacientes, cuidadores, familiares y ciudadanos en general, así como monitorizar el grado de satisfacción con los servicios, poniendo esta información a disposición de la sociedad con la mayor transparencia. En este sentido, recomendamos que se realicen de manera periódica y sistemática encuestas de opinión enfocadas a los distintos tipos de usuarios y de servicios con el fin de asegurar que el diseño de estos servicios y de los procesos asistenciales tomen en consideración al paciente y a sus cuidadores en todos sus elementos (adecuación, información, comodidad, etc.).

Adicionalmente, la participación ciudadana como mecanismo que favorece el buen gobierno debe tener en la ciudadanía organizada en torno al tercer sector un cauce reglado de participación. En este sentido, debería existir un sistema estable y permanente de participación, con a) un marco regulador de la participación (normativa destinada a institucionalizar, ordenar, facilitar o promover la participación), que incluya regulación de derechos de petición, de iniciativa, de intervención, etc.; y b) órganos consultivos estables de participación, mediante los que se facilite la interlocución con el sector a través de la agrupación de estas asociaciones, evitando su fragmentación, y promover nuevos canales (tipo web 2.0) para que participen pacientes, cuidadores y asociaciones.

El éxito de las políticas sanitarias depende críticamente, entre otros elementos, de su capacidad para lograr un amplio apoyo en sectores claves de la sociedad, de la Administración, de los profesionales sanitarios, de los agentes sociales y de los partidos políticos. En definitiva, de reclutar una masa crítica de personas y organizaciones implicadas e identificadas con sus valores y con los objetivos de las reformas que se proponen.

Para todo ello es preciso un nuevo estilo de hacer política, es decir, buena política y política de más calidad: más basada en valores, más abierta a la consulta, más rigurosa, más apoyada en la evidencia de lo que funciona, más transparente y, en definitiva, democrática y pegada a las necesidades e intereses de la población a la que sirve.

6. La descentralización sanitaria y la coordinación sanitaria en España. El papel del Estado y de las comunidades autónomas

Se sabe poco sobre los efectos de la descentralización de los servicios relacionados con la salud. Hay poca evidencia de que los países con sistemas sanitarios descentralizados tengan mejores resultados sanitarios. Según una de las predicciones más importantes de la doctrina del federalismo fiscal, la descentralización permitiría mejorar tanto la eficiencia asignativa como la eficiencia de gestión en la provisión de bienes y servicios públicos locales. Para el caso de los servicios sanitarios públicos, tales ganancias de eficiencia se podrían manifestar en una mejora en la calidad y asignación de los recursos

sanitarios, y en último término de la salud poblacional (58).

Cantarero y Pascual (59-60) ponen de manifiesto que la proporción de gasto sanitario local en el total como proxy de la descentralización sanitaria está asociada a un incremento en la salud poblacional (una reducción de la mortalidad infantil y un aumento de la esperanza de vida) durante la década de los noventa en los 15 países de la Unión Europea y también en España.

La descentralización sanitaria tiene dimensiones políticas, fiscales y administrativas. La cuestión central es hasta qué punto la política sanitaria se decide a nivel central o local. Son aspectos relevantes quién determina el paquete de servicios financiados públicamente, quién establece los estándares del sistema, o quién decide el mecanismo de financiación del sistema sanitario en su totalidad (58). En España, quien decide sobre estas cuestiones es el gobierno central, con participación de las CC. AA. en los órganos de decisión, el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) en el modelo de financiación, y el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) en las materias sanitarias objeto de coordinación. Sin embargo, el grado de discrecionalidad a la hora de asignar presupuestos a sanidad por parte de las CC. AA. es muy elevado.

El modelo sanitario español podría verse como un acuerdo *ex ante* en virtud del cual las CC. AA. reciben dotaciones similares suficientes para poder ofrecer los servicios aprobados para todo el Sistema. Para ello se define el modelo de financiación, basado en las necesidades relativas y en garantías de asignación financiera mínima, y se regulan las prestaciones del Sistema y las condiciones de la cartera de servicios. Pero el resultado *ex post* podrá ser diferente dependiendo de la gestión que cada territorio haga y de la evolución territorial de las variables que afectan al modelo, tales como los ingresos fiscales o la evolución de las necesidades sanitarias de sus residentes.

6.1. La distribución de las competencias entre gobierno central y comunidades autónomas

El gobierno central es responsable de la coordinación general y de la legislación básica; del modelo de financiación; del establecimiento del paquete de prestaciones; de la política farmacéutica; de la salud internacional; de la formación de pre- y posgrado y de los aspectos centrales de las políticas y de la normativa en materia de recursos humanos.

Por su parte, las CC. AA. poseen facultades de planificación sanitaria y una amplia capacidad para organizar territorialmente sus servicios de salud. Según la Constitución, en sanidad y seguridad social la responsabilidad del Estado y de las CC. AA. es compartida, aunque en grado variable, lo que no ha dejado de ser motivo de disputas. En cualquier caso, el CISNS, órgano de carácter consultivo dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se constituyó como instrumento de coordinación

entre el Gobierno del Estado y las CC. AA. Una mejor coordinación exige un mayor papel para el CISNS.

Cada servicio regional de salud recibe la financiación de su parlamento, vía el departamento de salud, el cual distribuye los recursos financieros que ha obtenido mediante ingresos de la comunidad autónoma fruto de la aplicación del mecanismo de asignación del modelo de financiación autonómica. El modelo de financiación autonómica sigue un criterio de igualdad de oportunidades de acceso a la sanidad pública en todas las CC. AA., a partir de una estimación normativa de la necesidad relativa de fondos para atender conjuntamente a los servicios públicos fundamentales (sanidad, educación y servicios sociales) basada en un criterio per cápita ajustado principalmente por edad. Sin una restricción inicial de asignación de fondos para la sanidad pública, cada comunidad autónoma decide la cantidad a asignar a sanidad según sus preferencias y posibilidades. El sistema de financiación autonómica permite teóricamente ajustar capacidad y necesidad de financiación, pero las decisiones autónomas de las CC. AA. pueden dar como resultado asignaciones diferentes. Ciertamente, hay factores que pueden influir en que asignaciones diferentes den lugar a resultados similares en salud, como las diferencias en los precios de los recursos entre CC.AA., y viceversa. Los datos sugieren una tendencia divergente en el gasto de las CC. AA. con un coeficiente de variación creciente (Figura 6.3.).



Figura 6.3. Evolución del coeficiente de variación del gasto sanitario público per cápita de las CC. AA. (1992-2010).
Fuente: Cantarero D y C Blázquez. Sistema sanitario español: análisis del gasto actual. MADGS. Doc. de trabajo N° 2/2010. Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.

En general, se reconoce que la descentralización de la gestión del Sistema Nacional de Salud ha facilitado su modernización y enriquecimiento con el desarrollo de formas de

gestión más eficientes. Las CC. AA. han establecido líneas de prioridad diferentes con logros también diferentes, con distintos grados de avance en materia sanitaria. La igualdad, la equidad y la cohesión social son compatibles con la diversidad nacida como consecuencia del Estado autonómico. Las divergencias normativas son el resultado inevitable del Estado autonómico, y pueden considerarse enriquecedoras, incluso en el ámbito del ejercicio de los derechos.

La cuestión es si el grado de desigualdad que la descentralización genera es indeseable o da como resultado un impulso competitivo creador que estimula la mejora permanente por comparación. Son constatables sin duda las desigualdades históricas territoriales en la asignación y distribución de recursos, por ejemplo, en las diferencias en el gasto per cápita, como lo son las diferencias en los indicadores de salud (Figura 6.4.).

Tasa de Mortalidad ajustada por edad, por 100.000 habitantes

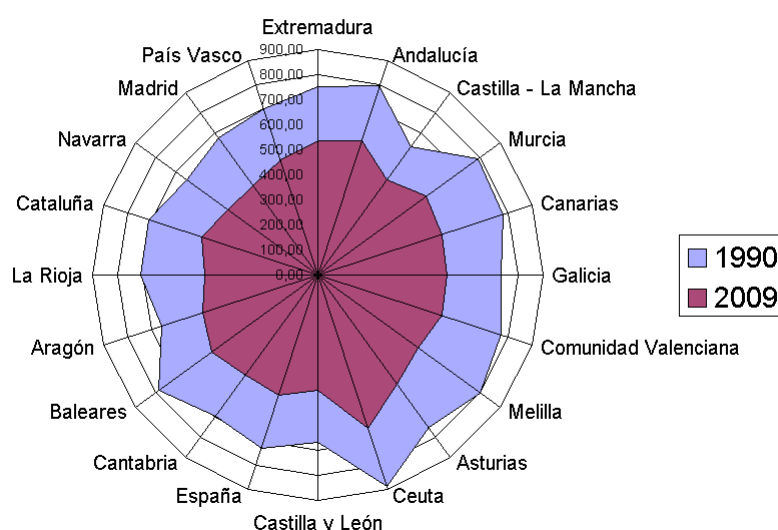


Figura 6.4. Tasa de mortalidad ajustada por edad por cada 100.000 habitantes.

Fuente: Martínez López J. Mortalidad por todas las causas en las comunidades autónomas de España. Consultado en <http://reflexionsanitaria.blogspot.com.es/search/label/Comunidades%20Aut%C3%B3nomas>, en abril de 2012.

7. El nuevo modelo de cuidados. Estrategia de salud. Cronicidad. Estratificación de pacientes: nuevo papel de la Atención Primaria y Especializada

La proyección de la población de España a corto plazo (periodo 2011-2021) (61) pone de manifiesto una población más envejecida en 2021. Se estima que en ese periodo el número de personas mayores de 64 años se incrementará en 1,4 millones, en un contexto de decrecimiento demográfico total de 0,5 millones. La prevalencia de problemas crónicos está por encima del 50% en el grupo etario de 45 a 64 años y supera

el 80% en mayores de 65 años. De estos, la mitad sufre más de un problema crónico. La tasa de dependencia, el cociente entre la población que no está en edad de trabajar (menores de 16 y mayores de 64 años) y la población potencialmente activa (con edad comprendida entre 16 y 64 años), tendrá un crecimiento sostenido, pasando de un 49,4% en 2011 a alcanzar el 57,3% en 2021, lo que a su vez generará tensiones financieras en el sistema de pensiones. En este escenario, la demanda sanitaria cambiará su composición hacia la atención a pacientes crónicos. Actualmente, atender a las personas que padecen enfermedades crónicas es el principal reto del sistema sanitario. La atención a los pacientes crónicos explica un importante porcentaje del gasto sanitario. El 10% de los pacientes consumen el 70% del gasto sanitario en EE. UU. (62). Más de tres quintas partes del gasto sanitario lo consume la atención a enfermos pluripatológicos (63).

El sistema sanitario actual, diseñado para la atención de agudos, debe adaptarse al nuevo patrón epidemiológico de las enfermedades crónicas. La historia de las enfermedades y la atención sanitaria han evolucionado desde el inicio del siglo XX, cuando la atención estaba centrada en la lucha contra las enfermedades infecciosas (tuberculosis, neumonía, gripe y otras agravadas por deficientes condiciones de salubridad) y la salud pública, con grandes avances en la mejora de la salud en términos de mortalidad, hacia un modelo de atención a las enfermedades agudas no infecciosas (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular...) tratadas de manera episódica (curar), con mejoras notables no solo en supervivencia sino también en calidad de vida a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. Desde finales de este siglo, sin embargo, el patrón epidemiológico está dominado por las enfermedades crónicas (diabetes, artritis, enfermedades respiratorias, obesidad, enfermedades mentales...) que precisan de una atención continuada e integrada (curar y cuidar) (64).

Esto está propiciando un cambio notable en la tecnología, con nuevas modalidades de atención: los nuevos sistemas de monitorización a distancia, los telecuidados, la telemedicina, los sistemas de información de apoyo a la decisión clínica, la tarjeta sanitaria electrónica, el apoyo tecnológico a la prevención y promoción de la salud, etc. Hay muchas aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que ya vienen siendo introducidas, como la historia clínica electrónica y compartida, la receta electrónica, el apoyo a la decisión clínica en línea, el diseño, aplicación y evaluación automatizada de planes de cuidados y de gestión de casos. Algunas tecnologías permitirán una reorganización de la atención centrada en el paciente: la historia de salud continua del paciente, la atención colaborativa de equipos profesionales virtuales, los sistemas y dispositivos de comunicación paciente-profesionales, y de ayuda al autocuidado (mensajes, alertas, sensores biomédicos, cuestionarios virtuales). Además, los avances tecnológicos posibilitan la atención sistemática a las necesidades de información y cambio conductual de los pacientes:

información, consejo y seguimiento personalizado, multicanal y estratificado según riesgo (portal del paciente, centro de contactos, nuevos canales de comunicación para la mejora de salud), redes de salud 2.0 (portales de salud, «wikis», foros interactivos, etc.) (65).

Sin embargo, lo anterior no es todavía una realidad en España. El sistema sanitario se encuentra insuficientemente preparado para hacer frente a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas. Existen dificultades de acceso a los dispositivos, dificultades de coordinación entre servicios para pacientes crónicos y falta de formación suficiente para tratar a estos pacientes. En un nuevo modelo de crónicos “el paciente aparece, es tratado por el equipo interdisciplinar, dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento, es activo y recibe apoyo continuo del sistema, es sociosanitario, continúa en la pantalla del radar con monitorización remota e historia clínica electrónica” (64)

La provisión eficiente de estos servicios parte de la elaboración de un modelo de gestión de crónicos. El más conocido, el de Kaiser Permanente, de estratificación de riesgos, se resume en la Figura 7.5. Distribuye la población en tres niveles según la complejidad de la enfermedad (baja, media y alta). Cada una asigna un papel diferente a los pacientes y a los profesionales, tanto de salud como de servicios sociales.

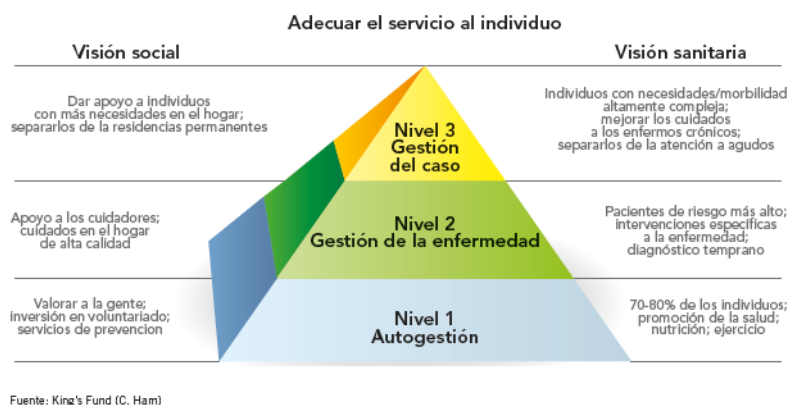


Figura 7.5. Modelo de estratificación de riesgos de Kaiser Permanente. Fuente: King's Fund (66).

Este modelo, seguido en varios países, tiene entre sus objetivos asistenciales reducir la hospitalización innecesaria, el llamado síndrome de la puerta giratoria, con múltiples ingresos en servicios diferentes. La evaluación de este modelo en el Reino Unido nos informa de avances en la autogestión en los pacientes del primer nivel, así como de la gestión de la enfermedad (*disease management*), en los pacientes de segundo nivel, que ha llevado a una cierta aceleración de las mejoras a largo plazo en la atención de los mismos. En el tercer nivel, los pacientes más graves y con mayor necesidad de atención y que concentran el mayor coste, susceptibles de serles asignado un gestor de caso, la gestión de casos (*case management*) es bien valorada por los pacientes y cuidadores,

pero no ha logrado todavía reducir el uso del hospital (66). Este último es un resultado preocupante. Hay experiencias recientes de aplicación de modelos de crónicos en España en varias CC. AA., siendo la pionera la Comunidad Autónoma Vasca (67).

Una característica de los modelos de crónicos es que otorgan un papel mucho más activo a los pacientes de complejidad baja como gestores de su propia salud y definen nuevos roles para los profesionales sanitarios en los grados de complejidad mayores como gestores de casos y cuidadores. En particular, la enfermería está llamada a nuevas responsabilidades de cuidado de los pacientes y su seguimiento. Otra nota característica es que la visión integral del paciente es incompatible con el modelo compartimentado de Atención Primaria y Especializada. Aquí la estrategia debe encaminarse a fortalecer una Atención Primaria ágil, tan ágil que reduzca de forma sustancial la entrada en el sistema por la puerta falsa de urgencias, y que se encuentre coordinada con una atención especializada flexible para adaptarse a la demanda. Los mecanismos contractuales y de financiación han de diseñarse para que puedan integrar los niveles asistenciales en el nuevo modelo.

8. La organización sanitaria y los incentivos: los profesionales sanitarios. Motivación e incentivos

La economía se ocupa de los incentivos de los agentes para actuar en los procesos de asignación de recursos. No existe una buena información sobre la eficiencia en la asignación (eficiencia económica) ni sobre la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios públicos en España. Se conoce el volumen de actividad, pero se desconoce el resultado en salud. La mortalidad y los indicadores a ella asociados, como la esperanza de vida, no dependen en exclusiva de los servicios sanitarios, sino también de factores socioeconómicos.

Los estudios al respecto sugieren que estamos lejos de la frontera de eficiencia y que actuando sobre las holguras de ineficiencia se podría lograr una mejor relación coste-efectividad del sistema sanitario. Los males del sistema se encuentran bien analizados y en parte están ligados al carácter rígido de las organizaciones públicas, que encuentran enormes dificultades para incorporar incentivos a los agentes, sean demandantes o proveedores, y para evitar comportamientos oportunistas. El sistema sanitario tampoco sería eficiente dejado al libre juego de las fuerzas del mercado, debido a los numerosos fallos de mercado presentes en los servicios sanitarios, tales como la incertidumbre, las externalidades y la información imperfecta y asimétrica (68, 69).

Las asimetrías de información definen un conjunto de relaciones a las que aplica el problema de agente-principal (Figura 8.6.).

EQUILIBRIO GENERAL

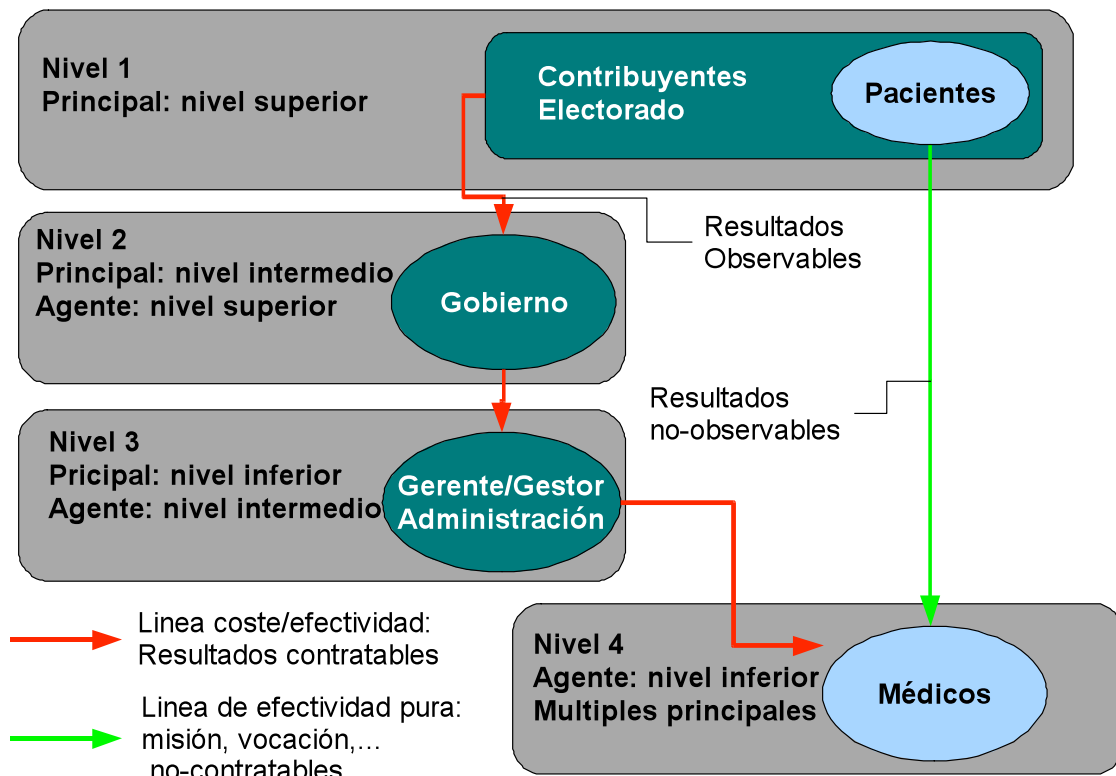


Figura 8.6. Relaciones de agencia en el sistema sanitario público

En el nivel más elevado, los contribuyentes (el electorado) son el principal y el gobierno el agente. El gobierno trata de maximizar algunos objetivos observables por la ciudadanía, como reducir los tiempos de espera o mejorar las infraestructuras sanitarias, adquirir tecnología, controlar el gasto sanitario o ensanchar la cartera de servicios. En el nivel inferior se encuentra la conocida relación de agencia médico-paciente, en la que el agente médico podría inducir demanda de los pacientes al incorporar sus objetivos particulares a los orientados hacia la salud de aquellos, un resultado contrastado en sistemas de pago por acto. En los niveles intermedios aparecen las relaciones entre gestores y políticos y entre gestores y profesionales sanitarios. La primera podría considerarse inexistente en España, dándose la integración entre ambos al tratarse de gestores políticos en la mayoría de los casos. Esta es una de las debilidades más acusadas de nuestro sistema sanitario.

La relación de agencia entre gestores y profesionales sanitarios es de gran interés para el futuro de la mejora de la eficiencia de la gestión sanitaria. Los profesionales son agentes de los gestores, cuyos objetivos pueden no coincidir. Lograr la identidad entre gestores y profesionales, es decir, aunar los objetivos de los médicos con los de la organización, es una vía para lograr organizaciones sanitarias eficientes.

Los recursos humanos son el *input* principal del sistema sanitario. Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, un elevado nivel intelectual, la relevancia de su desempeño es enorme, son agentes de sus pacientes, y de sus gerentes y consejeros de salud, tienen derechos de propiedad ilimitados sobre su actividad porque sus contratos son necesariamente incompletos, quedando a su discreción buena parte de las decisiones de actuación y, por tanto, de gasto. No obstante, muchos sienten insatisfacción en su desempeño en el sistema sanitario público. Y es que el sector público tiene dificultades para desarrollar mecanismos de incentivos apropiados.

Los incentivos hoy existentes, como la carrera profesional, no son efectivos debido a su incapacidad para discriminar el desempeño, la esencia misma de un sistema de incentivos. Igualmente, las medidas de control de las listas de espera que utilizan los programas de autoconcertación (conocidos coloquialmente como peonadas), pueden contener incentivos perversos que pueden llevar a ampliar los tiempos de espera a medio plazo.

La clave de la eficiencia en la gestión se encuentra en el desarrollo de un sistema de incentivos adecuado (70). Proponemos cambios en el sistema de incentivos de los profesionales del sistema sanitario público, a partir de un modelo de agencia, con agentes intrínsecamente motivados (es decir, que obtienen satisfacción por el hecho de realizar su trabajo). Se trata de invertir en una nueva clase de capital -capital motivacional- que no requiere exclusivamente de incentivos monetarios, sino de inversiones en otros ámbitos de interés para los profesionales.

Reconociendo que los incentivos exclusivamente monetarios pueden minar la motivación profesional (*crowding out*), se busca encontrar los elementos de mantenimiento y fortalecimiento de la motivación (*crowding in*). Los profesionales sanitarios muestran un gran interés por otros incentivos como el reconocimiento a su esfuerzo y el tiempo para docencia e investigación. La inversión en capital motivacional, término propuesto por el premio Nobel de Economía Akerlof (71), puede reducir las necesidades financieras de la organización para los incentivos monetarios, además de lograr una mayor eficiencia en la gestión de recursos, al desarrollarse en un marco de personal motivado. Esta es una línea importante de trabajo que viene desarrollando el sector privado con éxito (experiencia de Irizar) y que puede resultar muy prometedora en la gestión de servicios públicos como la asistencia sanitaria (72, 73).

Hemos explorado empíricamente la existencia de motivación intrínseca de los médicos, su percepción de la misión y la identidad, así como los efectos *crowding out* en la organización (incentivos perversos) y los efectos *crowding in* (cómo motivar e incentivar). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a médicos en hospitales públicos (16 entrevistas).

Los resultados ponen de manifiesto que los médicos tienen motivación intrínseca en tareas relacionadas con dos misiones: la atención directa a los pacientes (en forma de empatía hacia el paciente, mejorar la calidad de la asistencia y aliviar el dolor y el sufrimiento), y la mejora continua de su cualificación técnica, sus habilidades y su conocimiento científico (investigación, cualificación para nuevas tecnologías y actualización de conocimientos acerca de los tratamientos). Con respecto a la identidad, entendida como compartir metas entre profesionales y responsables de la organización, dos notas características caracterizan a los entrevistados: implicación, entendida como sentirse parte de la organización, y sentir la organización como suya.

Los mecanismos que producen expulsión de la motivación intrínseca en los entrevistados son la carrera profesional en su diseño actual, los programas de autoconcertación (peonadas), el control unilateral de la Administración en la determinación de objetivos y la falta de participación en las tareas de planificación.

Por su parte, los mecanismos que pueden incentivar la motivación intrínseca (*crowding in*) son más flexibilidad y tiempo para poder ofrecer una atención más personalizada a los pacientes; reconocimiento profesional, tiempo y medios para investigación, formación y docencia, más autonomía para establecer objetivos y organizar el trabajo, gestionar sus servicios (gestión clínica) y participación en las decisiones que afectan a la organización y a sus servicios.

Los médicos se sorprenden del escaso compromiso de la Administración con la formación continua de sus profesionales, dejada en su mayor parte a la industria. La actualización de conocimientos es una obligación y una de las misiones declaradas por los profesionales sanitarios. Un sistema de recalificación periódica impulsaría la actualización y promovería planes de formación continuada de calidad.

Por último, existe un conflicto entre los médicos y los gestores relacionado con el horizonte temporal de su visión. Los gestores tienen objetivos a corto plazo (legislatura), mientras que los médicos tienen objetivos a largo plazo (carrera profesional). La solución a esta asimetría de visiones puede encontrarse en la profesionalización de la gestión desligada de la política.

9. Los ciudadanos, destinatarios de la asistencia sanitaria y responsables de su salud. Libertad de elección

Junto a los incentivos a los profesionales, el sistema sanitario debe diseñar incentivos para los usuarios. Como aquéllos, estos también tienen derechos de propiedad sobre los recursos sanitarios. Los pacientes están llamados a desempeñar un papel mucho más relevante en el Sistema Nacional de Salud (SNS) desarrollado de final de la década. Asumirán una mayor responsabilidad en la gestión de su propia salud, serán más

competentes para adoptar estilos de vida sanos y asumirán, a su vez, mayores riesgos de su comportamiento incurriendo en costes o recibiendo incentivos por el cuidado de su salud.

Los mecanismos de racionamiento para evitar los efectos del azar moral están limitados en España. Actualmente, la utilización de precios se reduce al ámbito concreto de la farmacia extrahospitalaria, recientemente modificada y extendida al colectivo de pensionistas en 2012. Los tiempos de espera, o racionamiento en términos de tiempo, son valorados por los ciudadanos como ineficiencias del sistema, y es imposible separar en la información sobre tiempos de espera la parte correspondiente al mecanismo disuasorio de la demanda no necesaria (sin entrar en la controvertida cuestión de la definición de necesidad y de quién debe definirla) de la correspondiente a la gestión ineficiente.

Por último, la delimitación de prestaciones, estableciendo topes a lo que el sistema puede ofrecer a tenor de las disponibilidades presupuestarias. La denominada cuarta garantía, la eficiencia, exige la evaluación económica de las prestaciones de la cartera de servicios, para ofrecer aquellas que muestran una adecuada relación coste-efectividad y, dentro de estas, las que superen un test de impacto presupuestario aceptable, y dejar de ofrecer las que no la tienen.

Los mecanismos de racionamiento habrán de ir combinados con una respuesta del sistema sanitario al usuario en forma de información ágil para la decisión. Es decir, información sobre resultados y procesos, tiempos de espera mínimos en problemas graves, asignación, cuando la precise, de un gestor del caso, reducción de visitas por razones administrativas y otros. En definitiva, haciendo más atractivo al paciente el consumo eficiente que el comportamiento de azar moral. Ello requiere usuarios bien informados, competentes y comprometidos con la promoción y cuidado de su propia salud, bien formados en la utilización de los servicios. Esta es una tarea a realizar a largo plazo conjuntamente en los ámbitos de la sanidad y la educación.

Además, la fiscalidad puede alterar comportamientos de los ciudadanos que afectan a su salud. Deberían evaluarse propuestas de penalización fiscal de consumos nocivos para la salud e incentivos positivos al consumo saludable, a fin de reducir la necesidad de atención sanitaria.

Los ciudadanos, al igual que los profesionales, también pueden alejarse de comportamientos oportunistas con incentivos distintos *al palo y la zanahoria*. Podemos avanzar en la eficiencia del sistema con usuarios responsables de la utilización de los servicios. El paternalismo liberal (74), que consiste en orientar a los ciudadanos en la dirección correcta desde la perspectiva del planificador para que actúen libremente en beneficio de su salud y se responsabilicen de su propio bienestar, es un ejemplo de

incentivo diferente al racionamiento. Un mecanismo que se propone útil es la regulación por defecto. Un ejemplo puede ser el de la legislación española relativa a la donación de órganos. Por defecto, se considera a todos los ciudadanos donantes, salvo manifestación expresa en contra.

En cuanto a la cuestión de los tiempos de espera, en un estudio (75) nos propusimos analizar cuáles deben ser los criterios clínicos y sociales en razón de los cuales deben ser priorizados los pacientes en listas de espera quirúrgicas programadas. Utilizamos un modelo de elección discreta (MED) a una muestra representativa de la población general. Los resultados revelaron que los problemas de salud del paciente, el coste de la intervención y el tiempo de espera son los tres considerandos más importantes a la hora de priorizar a los pacientes. Conforme a lo esperado, la gravedad de la enfermedad se presenta como el atributo de mayor importancia, y llama la atención la menor importancia de la mejora de la salud esperada tras la intervención. Estos resultados indican que la priorización de pacientes de acuerdo solamente al tiempo de espera no tendría en cuenta los aspectos considerados importantes por la población. Esta es solo una muestra de la importancia que tiene conocer las preferencias sociales acerca del establecimiento de prioridades. El nuevo SNS debería incorporar a los ciudadanos en estos procesos.

10. La evaluación económica de las tecnologías sanitarias. El análisis coste-efectividad

“En todo momento histórico hay una situación social que tiene un estatus privilegiado como situación social, porque es la que se adopta en ausencia de una decisión específica en contrario” Kenneth J Arrow, (Elección social y valores individuales. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid. 1974, p 242).

En un mundo de recursos escasos estamos obligados a establecer prioridades en la introducción y uso de las tecnologías sanitarias: nuevos programas de salud pública, nuevos medicamentos y nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que compiten por los recursos adicionales. El campo de nuevas actuaciones es inmenso para la inversión en salud: la prevención, la medicina predictiva, la individualización de los tratamientos, las nuevas formas de organización impuestas por los cambios en las enfermedades, la e-salud y los sistemas de información sanitaria para aumentar la transparencia. Políticamente, sin embargo, el *statu quo* tiene preeminencia sobre los cambios y la innovación, que tienen costes añadidos de decisión. La sanidad no es una excepción y muchos de sus problemas detectados no son abordados en tiempo y forma adecuados por el peso de la inercia y por la resistencia al cambio de los agentes.

“El objetivo marco de la provisión sanitaria debería ser lograr un valor elevado para los pacientes, entendiendo por valor los resultados en salud por unidad monetaria asignada.

Esto es lo que importa a los pacientes y puede aunar los intereses de todos los actores del sistema -pacientes, financiadores, clínicos y proveedores-, pues la mejora en el valor beneficia a todos y mejora la sostenibilidad del sistema” (Porter, 2010) (76).

Medir el valor es crucial para mejorar el sistema sanitario. La cuestión de la medida del valor, es decir, de los resultados y costes, el numerador y el denominador de la ecuación de valor, respectivamente, no es sencilla. Los resultados son multidimensionales y específicos para cada problema de salud, mientras que los costes han de referirse a todo el proceso de atención al paciente, no a los servicios recibidos en un solo nivel asistencial. Es el conjunto de servicios que se administran a un paciente o a un grupo de pacientes el que logra los resultados en su salud, lo que implica múltiples servicios y actividades interrelacionadas. La responsabilidad del resultado es, en consecuencia, compartida por todos los servicios implicados. De ahí la importancia creciente de la atención integrada (*integrated care*) como guía para la buena gestión de los pacientes crónicos, por lo general pluripatológicos. Los resultados, tales como la recuperación sostenida, las recidivas, o los problemas inducidos por los tratamientos, solo pueden medirse a largo plazo. Sin embargo, cada proveedor tiende a medir solo aquello que queda bajo su control directo.

Porter (76) describe los múltiples resultados asociados al éxito del tratamiento de un problema de salud, algunos de los cuales compiten entre sí (seguridad a corto plazo frente a funcionalidad a largo plazo, por ejemplo), en tres estadios jerarquizados: 1) mejora o mantenimiento de la salud, 2) proceso de recuperación, y 3) sostenibilidad de la salud. Cada estadio presenta a su vez dos niveles. El primero tendría la supervivencia como primer escalón, que a su vez puede medirse a diferentes horizontes temporales (en cáncer, por ejemplo, suele medirse la supervivencia a 1, 5 y 10 años), y el segundo nivel, el estado de salud alcanzado medido por la ganancia en el grado funcional o la liberación de la enfermedad. En el estadio dos, los resultados hacen referencia al proceso de recuperación, y el primer nivel es el tiempo requerido para la recuperación y la vuelta al grado funcional normal o alcanzable, lo que a su vez puede dividirse en las diferentes fases del proceso asistencial. El ciclo asistencial es un aspecto crítico para los pacientes (tiempo de espera, cuya reducción reduce ansiedad y puede contribuir a la mejora en el grado funcional y a reducir complicaciones). El segundo nivel es la desutilidad del tratamiento en términos de incomodidad, recidivas, complicaciones y errores y sus consecuencias. El estadio tres -la sostenibilidad de la salud- se refiere, en su primer nivel, a la recurrencia del problema original o a las complicaciones a largo plazo, y en el segundo nivel, a los problemas de salud originados como consecuencia del tratamiento. Cuando estos ocurren, todos los resultados han de ser reconsiderados. En general, puede esperarse que las mejoras en alguna dimensión de los resultados benefician a los demás. Por ejemplo, un tratamiento sin demora puede mejorar la recuperación. Pero puede haber conflicto entre resultados, como los efectos de

tratamientos muy agresivos sobre la calidad de vida del paciente a corto plazo o el riesgo de complicaciones.

Desde el punto de vista social, no individual, la norma a considerar es la eficiencia, no la efectividad. Para ser eficiente una prestación debe ser efectiva y segura, pero además debe haber demostrado que vale lo que cuesta, porque el presupuesto dedicado a esa prestación impedirá dedicar los recursos a otras alternativas. Tanto la financiación (macro) como la adquisición y utilización de un servicio sanitario (meso y micro) deberían apoyarse en criterios transparentes guiados por el concepto de la eficiencia (balance coste-efectividad) (77).

Obviamente, no debe ser el único criterio, pero sí debe contemplarse como un criterio relevante. Y ello no solo por ser una norma racional, y más en un momento de presupuestos menguantes, sino por añadir transparencia al proceso y ayudar a la generación de una cultura de evaluación dentro del mismo, que puede y debe transmitirse a lo largo de los ámbitos clínico y de gestión del sistema (78). Esta norma general no es únicamente susceptible de ser aplicada a nuevas prestaciones, sino también a las ya existentes. Es decir, tendremos que ser capaces de utilizar la información ya disponible y si fuera necesario generar nueva para identificar los servicios y situaciones en los que desinvertir suponga un ahorro de recursos sin merma de la calidad asistencial, o incluso con ganancia de la misma. Debemos aclarar que estamos refiriéndonos a desinversiones en medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios con escaso valor clínico, bien porque no son efectivos, bien porque el balance beneficio-riesgo no compensa su utilización, bien porque son innecesarios o bien porque, aun siendo efectivos, no son eficientes (existen alternativas con mejor balance entre valor y coste social). Si identificamos (algunas ya lo están claramente) las situaciones en las que es posible desinvertir atendiendo a las premisas anteriormente expuestas, no solo es posible ahorrar de manera inteligente, sino reducir la atención sanitaria de calidad dudosa o inapropiada.

10.1. Metodología de la evaluación económica

La evaluación económica de tecnologías es el mecanismo de medida de la eficiencia social de estos programas. El análisis coste-efectividad mide los costes sociales y los efectos en salud de las alternativas de acción y ofrece resultados en términos comparables de coste por unidad de salud lograda, estableciendo ordenaciones de alternativas que pueden orientar la toma de decisiones. El reto para nuestro sistema sanitario es la incorporación de una cultura de evaluación. La economía ha desarrollado instrumentos de medida de costes y efectos. Ciertamente, en España faltan medidas de salud y de costes unitarios, generalmente admitidos, para realizar la evaluación de tecnologías y en ello están empeñados los economistas de la salud.

Entre los métodos de evaluación económica cuyo fundamento teórico es la metodología coste-beneficio, es decir, el criterio de eficiencia, se encuentran el análisis coste-efectividad (ACE) y su versión más desarrollada, el análisis coste-utilidad (ACU), donde los resultados se miden en unidades homogéneas de salud (79-84). El ACU tiene como característica principal que mide los beneficios sanitarios en unidades de años de vida ajustados por calidad (AVAC, ampliamente conocidas por su acrónimo inglés, QALY, *Quality Adjusted Life Years*). Los análisis de la razón incremental coste-efectividad, *Incremental Cost Effectiveness Ratio* (ICER), las elipses de confianza trazadas en el plano coste-efectividad y las curvas de aceptabilidad orientan a los responsables políticos en la distribución de la financiación entre distintos programas, con el fin de conseguir un mayor nivel de salud para la sociedad en un contexto de recursos limitados. Este es el procedimiento utilizado para establecer prioridades en la política sanitaria en algunos países avanzados, como el Reino Unido (85), aunque no está exento de críticas (86).

10.2. Medida de la efectividad

En la medida de los resultados, la economía de la salud ha desarrollado medidas de preferencias sobre estados de salud que permiten obtener un numerario de salud, el año de vida ajustado por calidad (AVAC o QALY).

Las unidades de resultado son medidas de preferencias sobre estados de salud, que permiten establecer la utilidad para los individuos del perfil de salud a lo largo de su vida. El resultado de los cambios en dichos perfiles de salud es la medida de la efectividad de las intervenciones sanitarias sobre estos individuos. Concretamente, los QALY son una medida de salud que combina los componentes básicos que definen la salud, esto es, cantidad y calidad de vida. Los QALY se obtienen multiplicando la esperanza de vida por un peso que refleja la calidad. La idea que subyace a los QALY es que los años de vida no deben entrar sin ponderación en el cálculo de los beneficios de salud, sino que deben ser ajustados o ponderados por la calidad con que se viven esos años (81). Un QALY es el valor de un año de vida en estado sano, y se supone que todos los QALY son del mismo valor intrínseco. Su fundamento utilitarista significa que entre dos procedimientos de igual coste, la sociedad preferirá aquel que añada más QALY, con independencia de quién los gane. Hay múltiples cuestiones metodológicas en la elaboración de QALY, entre las que destacan la caracterización de la medida de preferencias sobre estados de salud y el tipo de funciones de utilidad subyacentes al QALY. Nuestro objetivo aquí es menos ambicioso. Se trata de conocer el estado de la medida de la salud para la evaluación económica en España y la posibilidad de desarrollar medidas de efectividad para que la evaluación económica sea una realidad.

Para lograr una medida de salud es preciso utilizar en primer lugar un instrumento de medida de la calidad de vida asociada a la salud (CVAS) que contenga las dimensiones

relevantes, básicamente físicas, emocionales y sociales, y permita combinar los diferentes niveles de cada dimensión para definir estados de salud. En segundo lugar, aplicar alguna técnica de medición de preferencias sobre los estados de salud que permita conocer la deseabilidad relativa de cada uno, para ordenarlos en una escala 0-1, donde 1 significa el mejor estado de salud y 0 la muerte.

Un instrumento de CVAS muy utilizado para obtener medidas de efectividad es el EQ-5D, desarrollado por el Grupo EuroQol, un conjunto de investigadores multidisciplinar creado con ese propósito hace 25 años (87). El EQ-5D es un cuestionario genérico, sencillo, autoadministrado y con poca carga cognitiva para el individuo, basado en preferencias, para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud que contiene una página con un sistema descriptivo y otra página con una escala visual analógica (EVA) que, a modo de termómetro, determina entre 0 y 100 el estado de salud que el individuo percibe en ese día, siendo 100 el mejor estado de salud imaginable y 0 el peor. Consta de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con tres niveles: 1) “ausencia de problema”, 2) “algún problema” y 3) “problema extremo”. Así, un determinado estado de salud queda descrito con 5 dígitos permitiendo la clasificación de 243 estados de salud. Recientemente, para mejorar la sensibilidad a los cambios en el estado de salud, se ha elaborado una nueva versión de 5 niveles por dimensión, EQ-5D-5L, que da lugar a 3.125 posibles estados de salud. En la actualidad, el grupo EuroQol trabaja en la elaboración de un conjunto de valores para los estados de la nueva versión del instrumento a partir de una combinación de técnicas de medida de preferencias, la Equivalencia Temporal y Métodos de Elección Discreta, con objeto de ofrecer una metodología común para todos los países.

España es pionera en la práctica de la obtención de valores del nuevo EQ-5D y recientemente se ha desarrollado un conjunto de valores de los estados de salud del EQ-5D-5L representativos para la población española, a partir de las técnicas mencionadas, de acuerdo con las directrices del EuroQol (88). Esta es una buena noticia para las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, que podrán contar con una unidad de salud para medir la efectividad de las tecnologías objeto de evaluación, en su papel de garantes de la calidad de las técnicas y procedimientos de la cartera básica de servicios. Este es un logro de enorme valor para la incorporación sistemática de la evaluación económica a las decisiones sanitarias de inversión y desinversión. Hasta ahora, la mayoría de las evaluaciones económicas realizadas en España han venido utilizando valores obtenidos en el Reino Unido hace casi dos décadas u otras ajenas a nuestra realidad, y quizás ello explique la escasa relevancia de la evaluación económica en las decisiones de priorización de las instituciones sanitarias en España hasta ahora, pese a la exigencia de la aplicación del criterio de eficiencia en la regulación de la cartera de servicios desde 1995 y la normativa posterior. Estudios similares se habían hecho en

España (89) pero sin pretensión de representatividad.

Dos cuestiones de interés para el futuro de la investigación sobre la medida de la efectividad son la ampliación del contenido de las ganancias en salud y la ponderación de los QALY. La unidad de medida QALY capta algunos de los elementos comentados más arriba sobre lo que es valor en sanidad, pero no todos. Capta las ganancias en salud, pero no los procesos, que son muy relevantes para los usuarios (tiempo de espera, desutilidad del tratamiento en términos de incomodidad), y solo parcialmente otros efectos (recidivas, complicaciones, errores y sus consecuencias...). Si 1 QALY es del mismo valor intrínseco para todos, ganar 10 QALY es indiferente si los gana una sola persona o si 10 personas ganan 1 QALY cada uno, independientemente de la edad o de su estado de salud inicial.

Hay mucho debate sobre si deberían ponderarse los QALY para contemplar situaciones excepcionales. Las ponderaciones de los QALY han sido propuestas durante mucho tiempo para completar la evaluación económica de la eficiencia, fundada en el utilitarismo (maximizar la suma de QALY) para incorporar criterios de equidad. Pero recientemente el NICE ha incorporado este tipo de consideraciones en tratamientos a enfermos terminales y un estudio realizado en España (90) sugiere que los QALY para tratamientos al final de la vida son más valorados que los que afectan a problemas de salud temporales, y también que la gente discrimina entre diferentes ganancias en salud en tratamientos al final de la vida, otorgando mayor valor a los cuidados paliativos que al alargamiento de la vida.

10.3. El valor monetario de la efectividad

El análisis coste-utilidad compara los costes adicionales de una tecnología frente a otra, que sirve de comparador, con los QALY adicionales. El resultado es el índice incremental coste-efectividad (ICER), que se expresa en términos de coste adicional por QALY ganado. Este es un índice útil para ordenar tecnologías que logran mejoras en la salud según el criterio de eficiencia, pero no permite saber si la ganancia en efectividad compensa el coste. Esta información es cada vez más necesaria en un mundo en el que las decisiones de autorización de precios de nuevas tecnologías (medicamentos incluidos), tratan de establecerse en términos del valor que añaden (*value-based pricing*). Para ello hace falta conocer el valor monetario que la sociedad otorga al QALY. Son muy escasos los estudios de valoración monetaria de los QALY. En un estudio reciente en 10 países (91, 92) con muestras muy pequeñas, se obtuvieron para España valores de entre 50.000 y 107.000 euros (entre 90.000 y 178.000 euros en valores descontados). Multiplicando el número de QALY por su valor monetario, al comparar con los costes incrementales, puede obtenerse un valor actual neto que, de ser positivo, informa sobre la eficiencia de la alternativa que se evalúa.

10.4. El umbral de coste efectividad

En ausencia de estudios sobre valoración monetaria, es habitual que los decisores utilicen umbrales de coste-utilidad para aceptar o no una tecnología como eficiente. La cuestión de dar un valor monetario al ICER es un juicio de valor que corresponde a quienes se encuentran legitimados socialmente para la toma de decisiones, es decir, los responsables políticos. El NICE ha hecho explícitos valores umbral de coste-utilidad para sus recomendaciones sobre autorizar o no una nueva tecnología sanitaria, que comenzó en 30.000 libras en 2001 pero que, a la vista de las decisiones adoptadas de incorporación de tecnologías, se ha reducido a 20.000 libras, con rangos de entre 20.000 y 30.000 libras para decisiones de inversión con otros beneficios añadidos como la innovación. La única vez que el Departamento de Salud británico hizo explícito el umbral fue en 2004 y lo estableció en 36.000 libras en un proceso de acuerdo sobre riesgo compartido con las empresas farmacéuticas. En Estados Unidos se ha utilizado la cifra de 50.000 dólares, entendiendo que se trata tan solo de una referencia orientativa y, en todo caso, de un suelo -lo que está por debajo de 50.000 por QALY debería aprobarse- y no de un techo. No se ha valorado la actualización de la cifra según la inflación. En España, la cifra de 30.000 euros se convirtió en una referencia y se propuso como umbral para el coste por año de vida ganado (no por QALY), y sigue siendo una referencia en los estudios de evaluación en España (aplicada al coste por QALY). Habría que reabrir este debate en nuestro país y llegar a establecer un umbral de coste por QALY si se pretende utilizarlo como guía para definir el techo de lo que se considera eficiente.

La noción de resultados más amplia de la utilizada habitualmente en los análisis de evaluación económica está afectando a las guías de evaluación económica de tecnologías sanitarias en algunos países, como Estados Unidos, que ha prohibido la utilización de umbrales coste/QALY para establecer el corte de lo que debe o no ser financiado por el sector público (93). Sin embargo, pese a sus limitaciones, sigue siendo la medida de elección para ordenar prioridades.

11. Recomendaciones

A modo de resumen y conclusión de este recorrido por los temas principales de la sanidad pública en España y nuestra visión para el final de la década, se han extraído las siguientes recomendaciones.

Prerrequisitos del sistema sanitario. Un sistema sanitario estable ha de hallarse sólidamente anclado en ciertos valores que lo definen. El fundamento normativo del Sistema Nacional de Salud común a todos los agentes es el principio de igualdad de oportunidades. La atención sanitaria, al salvaguardar nuestra capacidad funcional, protege nuestras oportunidades. De ahí surge la obligación de hacer de la sanidad un

servicio accesible a todos dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como raza, género, religión, edad o estado de incapacidad.

Un sistema sanitario centrado en el ciudadano. La sanidad pública ha de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades, demandas y preferencias de ciudadanos y pacientes en relación con la sanidad, planificando, gobernando y gestionando ésta a partir de la consideración de que los ciudadanos y los pacientes son sus auténticos propietarios, destinatarios y jueces. Dos ámbitos de acción resultan especialmente relevantes: 1) la libertad de elección, ampliando al máximo el acceso y la transparencia en la información, las posibilidades de elección y de control, y 2) la integración de los servicios, desarrollando servicios específicos de atención a los ancianos, enfermos crónicos, enfermos mentales y dependientes en general, coordinándolos eficazmente con los servicios sociales y construyendo el sistema sociosanitario necesario, tanto por razones de solidaridad y justicia social, como por su contribución decisiva a la calidad y la eficiencia del conjunto de la sanidad pública.

Pacto por la sanidad. Para la reorientación al buen gobierno de la sanidad pública y lograr una sanidad pública de calidad y eficiente, hay que impulsar un nuevo contrato social con todos los sectores de la sociedad (partidos políticos, profesionales, agentes económicos y sociales, pacientes y ciudadanos) basado en los valores de la ética pública democrática, tomando como referente compartido común los valores, principios y atributos del buen gobierno, buscando acuerdos y consenso en torno a reglas del juego democrático para gobernar y gestionar la sanidad pública, gobierne quien gobierne.

Política de salud. El objetivo del sistema sanitario es producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles. La salud debe ser el hilo conductor del sistema. Recomendamos revitalizar la salud pública, impulsando la prevención, la protección y la promoción de la salud, haciendo de la buena salud, y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de todas las políticas públicas.

Sector público y sector privado. El sistema sanitario del futuro se caracterizará por una mayor colaboración entre los sectores público y privado en relación de complementariedad.

Acceso universal. El derecho a la asistencia sanitaria pública en España está fundado en el aseguramiento obligatorio desde el Real Decreto 16/2012 y ya no alcanza a toda la población residente. Los grupos que no tienen derecho a la asistencia sanitaria pública y tampoco recursos financieros han quedado en una situación muy comprometida, que las CC. AA. tratan de paliar de diversas maneras. Hay CC. AA. que simplemente han ignorado la norma y garantizan el derecho a la asistencia, otras que han asignado fondos de sus presupuestos de ayuda internacional para hacer frente a los gastos sanitarios de los inmigrantes ilegales, etc. Estas diferencias afectan a derechos ciudadanos, así como

a la movilidad geográfica en busca de trabajo, etc. Sería recomendable que hubiera un tratamiento común del SNS hacia estas cuestiones, en vez de soluciones asimétricas por comunidad autónoma.

Acceso a la asistencia sanitaria pública. Hay cinco ejes de acceso que el Sistema Nacional de Salud debería alcanzar para ser equitativo. Acceso físico, legal, financiero, cultural, y acceso a la calidad, que requiere minimizar las variaciones en la práctica médica (VPM) no explicadas por las diferencias en morbilidad que puedan llevar a diferente potencial de salud. Cuanto más comprensivo y uniforme en la calidad, más justo será el sistema sanitario. Se hace imprescindible completar la información sobre las VPM en España para poder implantar políticas de acceso a una calidad similar, tanto a escala individual como geográfica.

Coordinación del Sistema Nacional de Salud. Las CC. AA. han de coordinarse con el Gobierno para garantizar la equidad del SNS, evitando desigualdades inaceptables en el acceso. La gestión del SNS descentralizado requiere un sistema de información integrado, facilitar la movilidad de recursos y pacientes cuando sea preciso, y el intercambio de conocimiento. Esto se hace especialmente relevante en materia de salud pública.

11.1. La financiación sanitaria

Financiación estable. La incertidumbre en la financiación atenaza la acción de los gestores y dificulta la innovación. En cualquiera de los escenarios financieros posibles, sea el de reducción del gasto sanitario, el de congelación o el de crecimiento, la estabilidad financiera debería ser la norma a fin de facilitar la labor de los agentes tanto públicos como privados.

Fuentes de financiación. En el escenario de recursos limitados que se espera para la sanidad pública en España, la incorporación de financiación finalista al presupuesto sanitario a las fuentes ya existentes, como el céntimo sanitario de las gasolinas, impuestos adicionales sobre el tabaco y el alcohol, tasas sobre las grasas y sobre el azúcar, o sobre otros consumos que se consideran perjudiciales para la salud, podrían contribuir a completar la financiación, además de ir alineadas con la política de salud de fomento de hábitos de vida saludables. Además, la contribución de los usuarios puede atenuar la carga financiera de la sanidad pública.

Participación de los ciudadanos en la financiación sanitaria. El copago puede ser eficiente como instrumento para combatir el azar moral en servicios de demanda elástica. Siguiendo el principio de que el copago y otras formas de contribución no deben empobrecer, deberíamos considerar la introducción de copagos en las visitas y en las urgencias y en prestaciones actualmente no cubiertas, y modulándolos en función de

criterios clínicos y de coste-efectividad.

Financiación autonómica. La desaparición de la financiación finalista para la sanidad en el modelo vigente de financiación autonómica puede estar en la base de las desigualdades en los presupuestos per cápita de las CC. AA. Se hace necesario un debate nacional sobre la idoneidad de establecer mínimos de gasto sanitario per cápita en las CC. AA. suficiente para poder ofrecer la cartera de servicios básica y complementaria en condiciones de igualdad efectiva.

Financiación de proveedores sanitarios. Hay que ensayar métodos de pago a proveedores que estimulen la eficiencia y la coordinación entre niveles asistenciales, es decir, pago por resultados en vez de pago por actividad. La financiación por episodios de enfermedad y los presupuestos capitativos ajustados pueden facilitar el desarrollo del sistema orientado hacia la cronicidad.

11.2. Las organizaciones sanitarias

Las organizaciones sanitarias públicas muestran signos de agotamiento debido a su tradicional rigidez que dificulta la utilización de incentivos para el comportamiento eficiente. La estructura funcional de su personal, el sometimiento al derecho público en la contratación y a la estructura administrativa de los gobiernos, no facilitan la flexibilidad necesaria para el desarrollo de la actividad sanitaria.

Integración de niveles asistenciales. La estructura actual de separación entre Atención Primaria y Especializada hace muy difícil el tratamiento integrado de los pacientes crónicos. El modelo asistencial de crónicos requiere una integración de niveles asistenciales sanitarios y de servicios sociales, en su caso. Los mecanismos contractuales y de financiación han de diseñarse para que se pueda integrar los niveles asistenciales en el nuevo modelo.

Autonomía. Habría que dotar a las organizaciones sanitarias de toda la autonomía que precisen para responder adecuadamente a su misión y poder prestar sus servicios con la mayor calidad y eficiencia, ir virando con prudencia hacia formas organizativas que permitan un funcionamiento más ágil de las distintas organizaciones de servicios y que esta revisión se base en la experiencia, en el día a día que se vive en cada institución, así como en la implementación de experiencias piloto que permitan calibrar y escalar adecuadamente el alcance y los efectos del cambio de modelo.

Órganos colegiados de gobierno. Para ensanchar la capacidad de decisión autónoma de los centros sanitarios, habría que implantar en todas las organizaciones sanitarias órganos colegiados de gobierno, -consejos de gobierno-, con funciones de consejos de administración, máxima autoridad de la organización ante la que responde el director

gerente, y con el mandato de cumplir la misión de la organización y velar por los intereses de los ciudadanos en relación al servicio sanitario público, cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, los presupuestos y las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Profesionalización de la gestión. La eficacia, legitimidad y autoridad en la gestión requieren la profesionalización y estabilidad contractual de los gestores, diferenciando su papel del de los políticos responsables últimos de la sanidad pública. Para ello, la sanidad pública debería dotarse, en sus diferentes niveles y especializaciones, de directivos profesionales para la gestión de todas sus organizaciones y servicios, seleccionando y nombrando a los directores gerentes y a todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, por procedimientos en los que haya concurrencia pública, participación de los respectivos órganos colegiados de gobierno y, en su caso, el asesoramiento profesional correspondiente.

Conflictos de interés. La regulación explícita de los conflictos de interés es un instrumento imprescindible en una organización que quiera ofrecer a la sociedad garantías de transparencia, integridad y buenas prácticas. Por ello, la sanidad pública debería dotarse de una normativa sobre conflictos de interés, obligatoria para todo su personal, que defina los diversos tipos de conflictos de interés y establezca pautas claras de conducta al respecto.

Códigos de conducta. Los códigos de conducta son instrumentos cada vez más utilizados en todo tipo de organizaciones por su contribución a adecuar los comportamientos y decisiones, individuales y colectivos, a buenas prácticas y estándares éticos, favoreciendo la cultura de integridad. Por ello, la sanidad pública debiera dotarse de un código de conducta general, obligatorio para todo su personal, e impulsar códigos de conducta más específicos para las actividades profesionales o responsabilidades de gestión que así lo requieran.

11.3. Los profesionales sanitarios

No es posible llevar a cabo una reforma sanitaria sin contar con los profesionales sanitarios. Sus contratos son necesariamente incompletos, de manera que queda en su mano buena parte de la capacidad de decisión.

Régimen laboral. La estructura actual estatutaria no promueve la eficiencia. Aunque es posible encontrar argumentos en favor de la funcionarización, el resultado del debate frente a la laboralización otorga clara superioridad a ésta. Hay que revisar el sistema de contratación y sustituir gradualmente el funcionariado por los contratos laborales. Habría que propiciar los cambios en la regulación a la mayor brevedad porque sus efectos solo se producirán a medio y largo plazo. Paralelamente, es posible avanzar en

propuestas de cambio voluntario en el régimen de contratación incentivando el trabajo cooperativo con renuncia al régimen estatutario (cooperativas de profesionales, unidades de base asociativa, etc).

Incentivos a los profesionales sanitarios. Con el objetivo de rescatar o potenciar la motivación intrínseca de los profesionales, proponemos realizar cambios en el sistema de incentivos de los profesionales del sistema sanitario público con la inversión en una nueva clase de capital -capital motivacional- que complemente los incentivos monetarios con inversiones en otros ámbitos de interés para los profesionales.

Participación de los profesionales. Es necesario implicar activamente a los médicos y a todos los profesionales sanitarios en la sostenibilidad de la sanidad pública, en la elaboración de políticas de salud, en la gestión y en la toma de decisiones, potenciando o creando estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional, así como buscando la revitalización de las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades y a los retos de la medicina del siglo XXI.

11.4. Los ciudadanos, responsables de su salud

Participación ciudadana. La participación ciudadana en la sanidad requiere la existencia de amplias posibilidades de elección dentro de la sanidad pública y, sobre todo, la existencia en la misma de una cultura organizativa y profesional en la que el paciente tenga en todo momento la información que precisa para tomar sus propias decisiones y el control de todo aquello que concierne a la atención a su salud. Además, en una sanidad centrada en la persona-paciente, el papel activo y la participación del ciudadano en la misma tiene que incluir la potenciación del autocuidado y la autonomía del paciente, la responsabilidad de su propia salud, pero también de la sostenibilidad del conjunto del sistema sanitario.

11.5. El establecimiento de prioridades

Medir el valor. El objetivo de la provisión sanitaria debería ser lograr un valor elevado para los pacientes, entendiendo por valor los resultados en salud por unidad de coste. Esto es lo que importa a los pacientes y puede aunar los intereses de todos los actores del sistema -pacientes, financiadores, clínicos y proveedores-, pues la mejora en el valor beneficia a todos y mejora la sostenibilidad del sistema (76).

Cultura de evaluación económica. Desde el punto de vista social, la norma a considerar es la eficiencia, no la efectividad. El reto para nuestro sistema sanitario es la incorporación de una cultura de evaluación económica. Para ser eficiente, una prestación debe ser efectiva y segura, pero además debe haber demostrado que vale, desde un punto de vista social, lo que cuesta. Tanto la financiación como la adquisición

y utilización de un servicio sanitario deberían apoyarse en criterios transparentes guiados por el concepto de la eficiencia.

Desinvertir puede ser eficiente. Esta norma general no es únicamente susceptible de ser aplicada a nuevas prestaciones, sino también a las ya existentes. Es decir, tendremos que ser capaces de utilizar la información ya disponible, y si fuera necesario generar nueva, para identificar los servicios y situaciones en los que desinvertir suponga un ahorro de recursos sin merma de la calidad asistencial, o incluso con ganancia de la misma.

Medida de la efectividad para la evaluación económica. En España recientemente se ha desarrollado un conjunto de valores de los estados de salud del EQ-5D-5L representativos para la población española. Recomendamos a las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias la utilización de las medidas tipo AVAC o QALY, ya disponibles en España, para medir la efectividad de las tecnologías objeto de evaluación.

Costes unitarios. Es también necesario contar con una relación de costes unitarios aplicable a la evaluación económica de tecnologías sanitarias en España. Las bases de datos existentes no son suficientes. Hay que desarrollar una base de datos de costes unitarios siguiendo criterios de contabilidad analítica avanzados (costes basados en procesos).

Umbral de coste-efectividad. Aunque la cifra mágica de 30.000 euros por QALY se viene considerando como un umbral aceptable para guiar las decisiones respecto a la eficiencia de una determinada tecnología sanitaria, no tiene una justificación suficiente. Es preciso acordar un umbral de coste-efectividad que facilite la toma de decisiones sobre qué tecnologías son consideradas eficientes. Se trata de un juicio de valor y por tanto el umbral debe ser establecido por los agentes legitimados para ello, es decir, las autoridades sanitarias.

REFERENCIAS

1. Dávila CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. Gaceta Sanitaria 2009; 23 (4): 261-265.
2. Cabasés JM, Oliva J. El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario. Cuadernos Económicos, FUNCAS, 2011.
3. López Fernández LA, Martínez Millán JI, Fernández Ajuria A, March Cerdá JC, Suess A, Danet Danet A, Prieto Rodríguez MA. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit 2012; 26 (4): 298-300.
4. Beltrán Aguirre JL. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Análisis crítico en

- relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas. Revista Aranzadi Doctrinal, ISSN 1889-4380, Nº. 3, 2012 , págs. 191-207
5. Asociación de Economía de la Salud (2012). Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012. Disponible en www.aes.es
 6. Asociación de Economía de la Salud (2008). Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad. Disponible en www.aes.es
 7. Bernal E, Campillo C, González B, Meneu R, Puig-Junoy J, Repullo JR, Urbanos R (2011). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Disponible en www.aes.es.
 8. OECD. “Health care systems: Getting more value for money”, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2. Economics. 2010.
 9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mundial. La financiación de los sistemas de salud. 2010.
 10. OECD. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2012. España en comparación. 2012.
 11. García Calatayud ML, Relaño Toledano JJ. Private health expenditure - data sources and estimation methods. Country case study: Spain. Room document presented at the Workshop on Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework, 12 June 2009. OECD Conference Centre, Paris, France.
 12. Martín JJ, López del Amo MP, Cano MD. Revisión de la literatura de los determinantes del gasto sanitario. En: Cabasés JM (ed). La Financiación Sanitaria Autonómica. Madrid: Fundación BBVA 2010.
 13. Baumol WJ. Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. American Economic Review 1967; 57 (3): 415-426.
 14. Hartwig J. What drives health care expenditure? Baumol’s model of “unbalanced growth” revisited. Journal of Health Economics 2008; 27: 603-623.
 15. Sistema Nacional de Salud de España 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. En: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
 16. Gispert R, Barés M de A, Puigdefàbregas A. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit 2006; 20 (3): 184-93.
 17. García Armesto S, Abadía Taira MB, Durán A, Hernández Quevedo C, Bernal Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición 2011; 12 (4): 1-269.
 18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario 2011. 2012.
 19. Mladovsky PH, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thompson S,

- McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy Summary 5. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. 2012.
20. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 3rd edition. Oxford University Press 1989.
 21. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: EUDEMA 1989.
 22. Daniels N, Light D, Caplan RL. Benchmarks of Fairness for Health Care Reform. New York: Oxford University Press 1996.
 23. Fleuerbay M, Maniquet F. [HYPERLINK "http://www.worldscibooks.com/economics/8287.html"](http://www.worldscibooks.com/economics/8287.html) \n _blankEquality of Opportunity. The Economics of Responsibility, World Scientific Publishing. 2012.
 24. Roemer J. Equality of Opportunity. Cambridge (Mass.). Harvard University Press 1998.
 25. Arneson RJ. Equality and equal opportunity for welfare. Philosophical Studies 1989; 56: 77-93.
 26. Oliver A, Cookson R. Towards multidisciplinary research into health inequalities. Health economics 2000; 9 (7): 565-66.
 27. Daniels N. Just Health Care. Cambridge, England: Cambridge University Press 1985.
 28. Mas-Colell A. Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud. En: López Casanovas G (director). Análisis Económico de la Sanidad. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat y Seguretat Social 1994.
 29. Mas-Colell A. La información como factor determinante en la Economía de la Salud. En: Fundación BBV: La Formación de los Profesionales de la Salud. Escenarios y factores determinantes. Bilbao, 1997.
 30. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE martes 24 de abril de 2012.
 31. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
 32. Bardají G, Viñas M. "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". En: López-Casanovas (dir.) y A. Rico Gómez (coord.). Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBVA 2001.
 33. Tornos Más J. Sistema de Seguridad Social *versus* Sistema Nacional de Salud, Revista de Derecho y Salud 2002; vol. 10, núm.1.
 34. Beltrán JL. Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad. Revista Derecho y Salud 2002; 10, n.º 1, enero-junio: 15-28.
 35. Beltrán Aguirre JL. ¿Sistema nacional de salud o asistencia sanitaria de la seguridad social? Derecho y Salud 2007; vol. 15: 27-39.

36. Cabasés JM. La financiación sanitaria en el sistema nacional de salud descentralizado. *Derecho y Salud* 2002; 10: 29-37.
37. Cabasés JM. El nuevo modelo de financiación sanitaria. En: González Fidalgo *et al.* Coordinación e incentivos en sanidad. Asociación de Economía de la Salud. Oviedo, 2001.
38. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
39. Rawls J (1971). *A theory of Justice*. Harvard U. Press. Versión castellana: *Teoría de la Justicia*. FCE. México, 1978.
40. Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. *Gac Sanit* 2012; 26: 78-9.
41. Puig-Junoy J. ¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias. Barcelona: Los Libros del Lince 2012.
42. Roemer J. *Theories of distributive Justice*. Cambridge, Masschusetts: Harvard University Press 1996.
43. Bos M. Evidence-Based Medicine in The Netherlands. En: Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Medicina Basada en la Evidencia (MBE): Evaluación Tecnológica y Práctica Clínica. Madrid: Jarpyo Editores 1997: 21-28.
44. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-25.
45. Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.
46. Cabasés JM (coord.). *La financiación del gasto sanitario en España*. FBBVA 2010.
47. Umpierre M, Utrilla A. La adecuación de la financiación sanitaria a la evolución de las necesidades y al gasto por comunidades autónomas. Un análisis de las repercusiones de los modelos de financiación en el periodo 1999-2009. Ponencia: Congreso de Economía Pública. Santiago de Compostela, 2012.
48. Charlesworth A, Davies A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. Nuffield Trust. Research Report. 2012.
49. Moreno K. An adaptation of Activity-Based-Costing (ABC) to calculate unit costs in Mental Health Care in Spain. *European Journal of Psychiatry* 2007; 21 (7): 117-123.
50. Moreno K, Montesino M. Economic impact of TVT surgery for urinary incontinence in an ambulatory regimen compared with hospital admission: a study of the minimization of costs in a public hospital in Navarra Health Service (Spain). *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2007; 41 (5): 392-397.
51. Cabasés JM, Freire JM. Texto inicial para el debate y consenso sobre los temas principales del buen gobierno y sus instrumentos. Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca. 2010.

52. Consejo de Europa. Recommendation CM/Rec (2010) 6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. (Adopted by the Committee of Ministers on 31 March 2010 at the 1081st meeting of the Ministers' Deputies).
53. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE de 5 de octubre).
54. González López-Valcárcel B, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64: 497-9.
55. Acedo K y Freire JM. Implementación de buenas prácticas de gestión pública. Comité Asesor del Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca Documento de Trabajo (mimeo). 2011.
56. Ruano A. El conflicto de intereses económicos de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). 2011.
57. Department of Health, Government of UK (2002). Code of Conduct For NHS Managers.
58. Jiménez Rubio D. La evaluación de las políticas de descentralización sanitaria: Retos para la investigación futura. En: Cabasés JM (coord.). La financiación del gasto sanitario en España. FBBVA 2010.
59. Cantarero D, Pascual M. Decentralisation and health care outcomes: An empirical analysis within the European Union, Documento de Trabajo de FEDEA. 2006: Disponible en: <http://www.fedea.es/pub/eee220.pdf>
60. Cantarero D, Pascual M. Analysing the impact of fiscal decentralization on health outcomes: empirical evidence from Spain. *Applied Economics Letters* 2008; 15: 109-11.
61. INE. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España a Corto Plazo (2010-2020). Metodología. Madrid, septiembre de 2010.
62. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the Money — Controlling Expenditures by Improving Care for Patients Needing Costly Services. *N Engl J Med* 2009; 361: 1521-1523.
63. Agency for Healthcare Research and Quality. United States Medical Expenditure Panel Survey 2006. Rockville, United States: Agency for Healthcare Research and Quality.
64. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Elsevier – Masson 2008.
65. Fernández Díaz JM. Tecnologías de la información al servicio de la gestión de las enfermedades crónicas. En: Bengoa R y Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Cap. 7. Barcelona: Elsevier – Masson 2008.
66. Ham C. Reorienting the English NHS to Chronic Care: what has been tried and what has worked? International Congress: Transforming Health Systems for

- Chronic Patients: The Challenge of Implementation. Bilbao, June 2nd 2010.
67. Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo (2010). Estrategia para abordar la cronicidad en Euskadi.
 68. Arrow J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963; 53: 941-973. Traducción española en *Información Comercial Española*, n.º 574, Junio, 1981.
 69. Greenwald B, Stiglitz JE. Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets. *Quarterly Journal of Economics* 1986.
 70. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (Supl. 1): 143-55.
 71. Akerlof GA, Kranton RE. Identity and the Economics of Organizations. *Journal of Economic Perspectives* 2005; 19:1-, winter: 9-32.
 72. Berdud M, Cabasés JM. Incentives beyond the money and motivational capital in health care organizations. Documento de trabajo. Departamento de Economía. Universidad Pública de Navarra. D.T. 1201. 2012.
 73. Berdud M, Cabasés JM, Nieto J. Incentives Beyond the Money: Identity and Motivational Capital in Public Organizations. Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra (D.T.1214). 2012.
 74. Thaler R, Sunstein C. Un pequeño empujón (Nudge). Ed. Taurus 2009.
 75. San Miguel F, Sánchez-Iriso E, Cabasés JM. Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta. *Gac Sanit* 2008; vol. 22, n.º 2: 90-97.
 76. Porter ME. What is value in Health Care? *N Engl J Med* 2010; 363: 2477-2481.
 77. Asociación de Economía de la Salud. Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación con la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el sistema nacional de salud. Abril 2008. Disponible en www.aes.es.
 78. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit* 2011; 25 (4): 333-8.
 79. Drummond M, Stoddart G, Torrance G. Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención a la Salud. Madrid: Díaz de Santos 1991.
 80. Drummond MF, Sculper MJ, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3rd Edition). UK: Oxford University Press 2005.
 81. Gold M, Siegel J, Russell L, Weinstein M (Eds.). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York-Oxford: Oxford University Press 1996.
 82. Cabasés JM. Análisis Coste-Beneficio. Serie Informes Técnicos, n.º 7. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1994.

83. Buti M, San Miguel R, Brosa M, Cabasés JM, Medina M, Casado MA, Fosbrook L, Esteban R. Estimating the impact of hepatitis C virus therapy on future liver-related morbidity, mortality and costs related to chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology* 2005; 42 (5): 639-645.
84. San Miguel R, López-González AM, Sánchez-Iriso E, Mar J, Cabasés JM. Measuring health-related quality of life in drug clinical trials: is it given due importance? *Pharmacy World & Science* 2008; 30 (2): 154-160.
85. National Institute for Clinical Excellence. Guide to the Methods of Technology Appraisal. April 2004.
86. Birch S, Gafni A. Economists' dream or nightmare? Maximising health gains from available resources using the NICE guidelines. *Health Economics Policy Law* 2007; 2: (2): 193-202.
87. Brooks R and the-Euro-Qol-Group. Euro-Qol: the current state of play. *Health Policy* 1996; 37: 57-72.
88. Ramos-Goñi JM, Errea M, Rivero-Arias O, Cabasés JM. EQ-5D-5L valuation project for the Spanish population – a descriptive overview and preliminary results. Paper presented to the EuroQol Plenary Meeting, Rotterdam. 2012.
89. Badia X, Monserrat S, Roset M, Herdman M. Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: the visual analogue scale and the time trade-off. *Quality of Life Research* 1999; 8: 303-310.
90. Pinto Prades JL. Trying to estimate a monetary value for the QALY. *Journal of Health Economics* 2009; 28: 553-562.
91. Donaldson C (coord.). European Value of a QALY. EUROVAQ Project. Final Report. 2010.
92. Donaldson C, Baker R, Mason H, *et al.* The social value of a QALY: raising the bar or barring the raise? *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 8.
93. Neumann PJ, Weinstein MC. Legislating against Use of Cost-Effectiveness Information. *NEJM* 2010; 363: 1495-97.