

# Sanidad

Luis Garicano<sup>1</sup>  
London School of Economics y FEDEA

La Ley de Economía Sostenible no hace referencia al sistema sanitario. Sin embargo, asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario es crucial para la sostenibilidad del estado del bienestar. El sistema, en la actualidad, no provee ni a los pacientes, ni a los médicos, ni a los administradores los incentivos para tomar las decisiones adecuadas.

## 1 El problema: el sistema sanitario español no es sostenible a futuro

El sistema sanitario parte de una buena situación. La esperanza de vida de los españoles es la más alta de Europa (1,3 años superior al promedio)<sup>2</sup>, los resultados clínicos están al nivel de los países más avanzados (mismas tasas de supervivencia al cáncer que en Suecia, Francia o Alemania<sup>3</sup>) y su coste es de los 4 más bajos en EU-15 en términos de gasto total sobre el PIB y el segundo más bajo si lo comparamos en términos de gasto per cápita<sup>4</sup>.

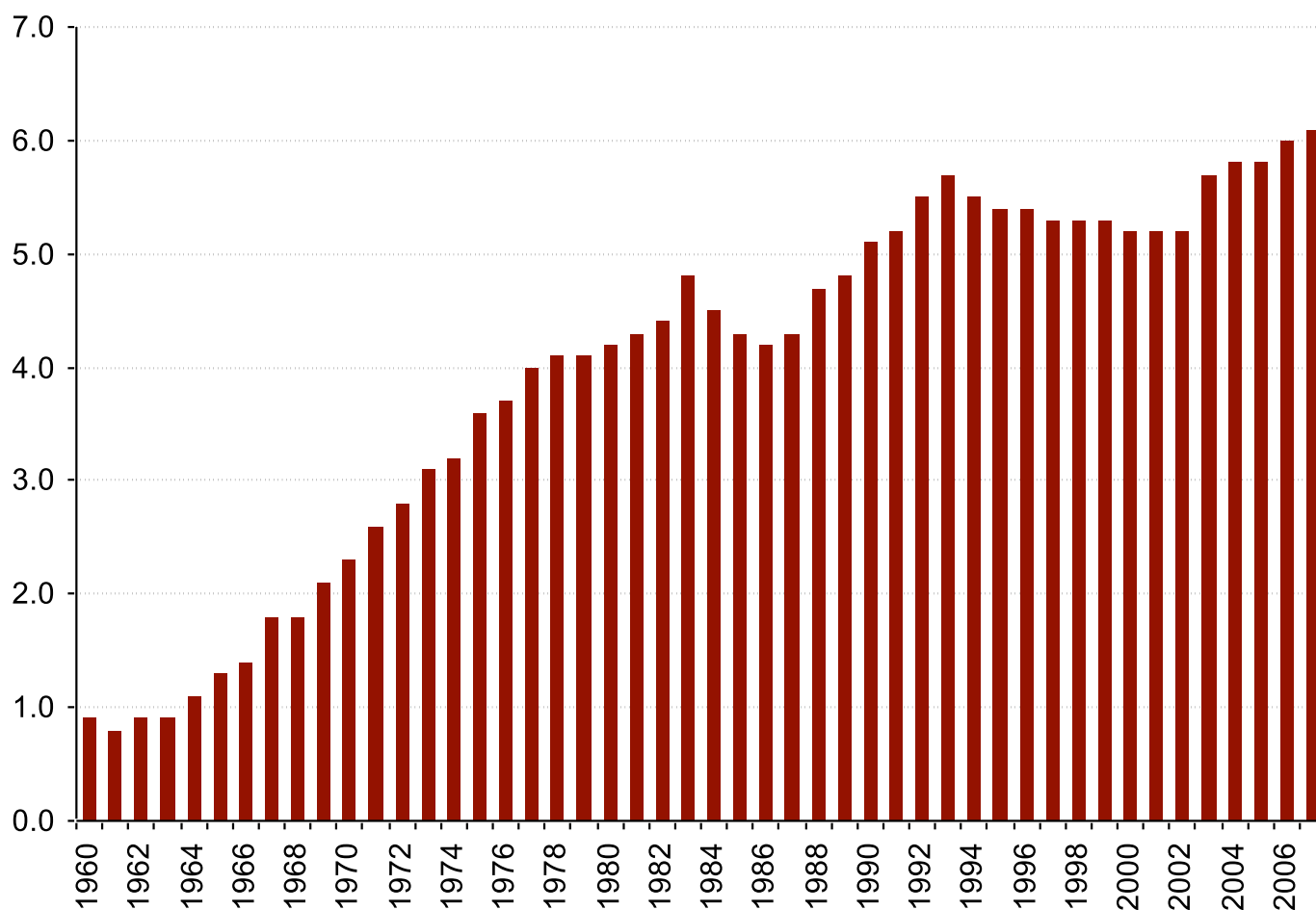
Sin embargo, el sistema se encuentra en una encrucijada. Bajo el modelo actual, el sistema no es sostenible ni a corto ni a medio o largo plazo. A corto plazo el déficit de financiación acumulado por la sanidad entre 2003 y 2007 supuso unos 11.000 millones de euros (un 20% del presupuesto total de sanidad en 2007<sup>5</sup>). En el 2009, las CC.AA. esperan que el gasto real haya superado su presupuesto en un 10-15%, cifra que podría doblarse en el año 2010.

En 10 años, la demanda de servicios sanitarios habrá aumentado considerablemente: 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años<sup>6</sup>, lo que supone que más de 10 millones de personas tendrán un coste sanitario entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población<sup>7</sup>; 6 de cada 10 españoles padecerán una enfermedad crónica<sup>8</sup>; finalmente, los nuevos tratamientos y tecnologías habrán fomentado una mayor demanda, al hacer posibles nuevas intervenciones y tratamientos.

Los recursos sanitarios no serán suficientes si continuamos con el modelo de productividad actual. La saturación es ya muy alta. En atención primaria, los pacientes son asignados con un promedio de aproximadamente 6,5 minutos al médico de familia<sup>9</sup>, las tasas de ocupación en los hospitales públicos superan el 80%<sup>10</sup> y las listas de espera siguen siendo el único suspenso que recibe la Sanidad (70% de la población la considera su principal causa de insatisfacción<sup>11</sup>). Esto supone que con los niveles de productividad actuales, en 10 años podrían faltar entre 15.000 y 20.000 médicos en determinadas especialidades<sup>12</sup>. Además, los costes de los tratamientos se dispararán en los próximos años alcanzando niveles muy superiores a los actuales.

El resultado será un crecimiento acelerado del gasto sanitario, que en 10 años podría verse duplicado<sup>13</sup>: más del 50% del gasto público de las CC.AA. se destinará a la sanidad. Como consecuencia, el déficit de financiación del sistema sanitario crecerá de forma considerable como consecuencia de la brecha entre el crecimiento del gasto sanitario y el crecimiento del PIB, alcanzando más de 50.000 millones de euros en 2020.

## Gasto Público en Salud (% PIB)



Fuente: OECD HEALTH DATA 2009, Nov. 09

## 2 Las Reformas Necesarias

La clave de una reforma en profundidad que asegure la sostenibilidad del sistema es realizar actuaciones sobre la demanda, la oferta y la innovación para alinear los incentivos e incrementar la responsabilidad de pacientes, profesionales y gestores.

### La demanda

Los pacientes deben adquirir una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema. En 2006 un español acudía al médico más de 8 veces al año, lo que supone un 40% más que el promedio del EU-15<sup>14</sup>. El gasto farmacéutico per cápita en España es un 40% superior al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal<sup>15</sup>. El 70% de las recetas se concentran en un 20% de la población que está exenta de pago (pensionistas), que han pasado de 40 a 55 recetas por año entre 2000 y 2004 (frente a las 7 de la población activa<sup>16</sup>). El mismo segmento de edad en sistemas donde se debe contribuir con un 30% del coste (por ejemplo, todos los funcionarios públicos en MUFACE), consume un 40% menos<sup>17</sup>.

Responsabilizar a los usuarios requiere la introducción de copagos en atención primaria y urgencias y la revisión del actual modelo de copago farmacéutico que se ha ido desactualizando con el paso del tiempo. Estas medidas no tienen que tener una finalidad recaudadora, sino mejorar la calidad de la atención primaria induciendo a un mejor uso de la misma y con más tiempo de atención al paciente por parte del médico. En particular, sería necesaria la introducción de un pago fijo por visita en atención primaria y en urgencias para filtrar la entrada no necesaria de pacientes en las puertas del sistema.

La mayoría de países europeos con sistemas de bienestar establecidos utilizan el copago en la asistencia (primaria, especializada e incluso hospitalaria) con esquemas que varían de forma importante en cuanto a contribución del usuario y los conceptos gravados. Por ejemplo, en Francia, cada paciente aporta un 30% del coste de la visita de atención primaria más 1€ por consulta, con un máximo de 50€ al año por este último concepto. La contribución en especialistas es de un 20-25% y el precio es de unos 15€ por día de hospitalización. El sistema exige de pago a personas con pocos recursos y enfermos crónicos<sup>18</sup>. En Suecia, los pacientes pagan una tasa fija de 11 a 17€ para atención

primaria (tope de 100€ anuales) y de 22 a 33€ por cada urgencia, así como de 15 a 30€ por tratamiento y día de hospitalización. Las exenciones incluyen grupos de renta baja y jóvenes con menos de 20 años<sup>19</sup>.

## La Oferta

La reforma de la oferta debe girar en torno a tres principios básicos: (1) transparencia; (2) descentralización; (3) incentivos.

**Transparencia:** la mayoría de países europeos han evolucionado en el objetivo de hacer más transparente y, en ocasiones, público el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios (hospitales, centros de primaria, etc.), con resultados muy positivos. Suecia elabora anualmente un “benchmark” de hospitales con métricas de calidad clínica, satisfacción de pacientes, tiempos de espera y eficiencia, y hace pública una comparativa del desempeño en cada región<sup>20</sup>. En Alemania, los hospitales reportan un amplio conjunto de indicadores de calidad a una agencia independiente, y desde 2007 hacen públicos una parte de ellos<sup>21</sup>. En España, el Instituto de Información Sanitaria, dependiente de la Agencia de Calidad del SNS, recopila un conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, que se publican de forma agregada para todo el país<sup>22</sup>. A partir de este año, se espera que comiencen a ser publicados a nivel de región<sup>23</sup>. Es necesario avanzar más y elaborar informes comparativos que sean suficientemente específicos (a nivel de hospital y, si es posible, de servicio clínico o profesional) y periódicos para que los gestores sanitarios puedan identificar oportunidades de mejora “en tiempo real”.

**Descentralización:** un modelo organizativo que otorgue mayor autonomía de gestión a los profesionales fomentará una mayor responsabilización sobre los resultados e involucración de los profesionales en la gestión de los centros. En el Reino Unido, los hospitales han pasado a convertirse en fundaciones (“Foundation Trusts”) a los que se dota de personalidad jurídica y autonomía de gestión. Los Trust asumen los riesgos relativos a su gestión, debiendo cumplir determinados objetivos en materia de calidad, y siendo remunerados en base a la consecución de dichos objetivos (“Payment by results”<sup>24</sup>). En Francia, la reforma sanitaria planteada por Francia recientemente (Ley Bachelot de 2008. “Hôpital, patients, santé et territoires”) diseña una nueva estructura organizativa a nivel de establecimiento de salud reforzando la autonomía de gestión en cada centro, estableciendo mecanismos estrictos de medición del desempeño y comités de evaluación<sup>25</sup>. En España, un modelo de estas características se ha impulsado en Cataluña con las Entidades de Base Asociativas (EBAs). En general es necesario que los centros de provisión de servicios sanitarios tengan contratos de compra de servicios que aseguren una mayor autonomía en la gestión, a cambio de la consecución de unos compromisos de calidad clínica, calidad de servicio y eficiencia más exigentes.

**Incentivos:** la descentralización debe ser complementada y potenciada con el refuerzo de los esquemas de incentivos y con mecanismos estrictos de gestión de consecuencias. El Sistema Nacional Sueco ha establecido mecanismos que incentivan la eficiencia de los centros de atención a través de contratos trienales. En ellos, se define el nivel de actividad que debe ofrecer cada proveedor, así como la remuneración asociada, si bien se da libertad a cada entidad para la gestión de su actividad y sus recursos<sup>26</sup>. La reforma francesa refuerza la figura del director de hospital como responsable último de la gestión y que cuenta con el apoyo de un directorio constituido, entre otros, por médicos y profesionales de la organización. El directorio es el encargado de elaborar el Proyecto Médico cuyo cumplimiento se evalúa y a su consecución se asocian esquemas de incentivos<sup>27</sup>. En España, varias regiones han optado por implantar un esquema de fijación de objetivos en cascada para todos los proveedores, cuyo cumplimiento está asociado a una remuneración extraordinaria para todos los profesionales<sup>28</sup>. En definitiva, cualquier reforma con posibilidades de éxito debe asociar los incentivos a cada profesional y cada servicio.

## La Innovación

La aparición constante de nuevos tratamientos y tecnologías que mejoran la calidad de vida suele conllevar un aumento de los costes de los tratamientos. Por ejemplo, se espera que el coste de los tratamientos oncológicos pase de 20.000€ per cápita en la actualidad a 70.000€ en unos años<sup>29</sup>. Es necesario establecer mecanismos que garanticen la evaluación coste-beneficio del tratamiento a incorporar y la existencia de mecanismos adecuados para su financiación. Por ejemplo, en el Reino Unido, el NICE (1999)<sup>30</sup> es una organización independiente constituida por profesionales sanitarios, pacientes e investigadores, que actúa tanto en salud pública, como en tecnologías sanitarias (incluye medicamentos) y en prácticas clínicas. Su objetivo es realizar recomendaciones a las áreas de salud para incorporar o no los nuevos tratamientos a su cartera de prestaciones financiada públicamente. Las áreas tienen que adoptar obligatoriamente en su cartera las recomendaciones positivas del NICE e incluir su financiación en su presupuesto anual; para las negativas, queda a discreción de las áreas unilateralmente financiarlas o no. Para sus evaluaciones, el NICE utiliza un criterio denominado coste por QALY (coste de ganar un año de vida saludable) y la barrera de aprobación está entre las 20.000 y 30.000 libras por año de vida sana. En nuestro país también existen diversos organismos que abordan parcialmente algunas de las funciones que engloba el NICE. Por ejemplo, a nivel nacional la Agencia del Medicamento es el referente en materia de garantías de calidad, de seguridad, de eficacia, de información y de accesibilidad de medicamentos y productos sanitarios. A nivel regional también se está avanzando en desarrollar mecanismos sistemáticos de evaluación de coste-eficiencia de las prestaciones y medicamentos, pero hasta el momento los avances son desiguales.

## Conclusión

La magnitud de la situación a la que nos enfrentamos y de las barreras a superar hace necesario establecer un punto de encuentro entre todos los agentes clave del Sistema Sanitario. Esta necesidad de acuerdo es especialmente relevante y exigible a las distintas administraciones que tienen la responsabilidad última sobre la gestión del Sistema. Parece como absolutamente crítica la necesidad de fomentar un espíritu de consenso que impulse la coordinación de esfuerzos entre administraciones con el objetivo de asegurar, a futuro, un sistema sanitario público universal y equitativo, que mantenga o incluso mejore la calidad del sistema sanitario actual.

**1** El texto está basado en un informe elaborado por FEDEA y la consultora McKinsey y del que el autor es co-autor. “Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario.” Ver <http://www.cambioposible.es/sanidad/>.

**2** OECD. Health Data- Frequently requested data. Junio 2009. “Life expectancy total population at birth”.

**3** Eurocare. Survival analysis. 1995-1999.

**4** OECD. Health Data- Frequently requested data. Junio 2009. “Total expenditure %GDP”. “Total expenditure per capita US\$ PPP”. -Ministerio de Sanidad y Consumo; Gasto público en Sanidad; Distribución por subsectores de gasto. 2002-2007. “CCAA de gestión transferida” -Ministerio de Sanidad y Consumo. Recursos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para Sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. 2002-2007

**5** OECD. Health Data- Frequently requested data. Junio 2009. “Total expenditure %GDP”. “Total expenditure per capita US\$ PPP”.

**6** INE. Proyecciones de la población a largo plazo. 2001. “Proyecciones de población. Base Censo 2001”.

**7** McKinsey & Company. McKinsey Retirement Health Model.

**8** Coalición de ciudadanos con enfermedades crónicas. La enfermedad crónica: una nueva realidad en el mundo y en España. “Condiciones crónicas: el problema global”. “La enfermedad crónica en España: cifras más relevantes”.

**9** Estimación a partir de las siguientes fuentes: INE. Encuesta Nacional de salud. Utilización de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. 2006. “Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Media y desviación típica. Población que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas”. Organización Médica Colegial de España. Demografía Médica: apuntes para la eficiencia del sistema sanitario. “Tabla 1.6. médicos asistenciales en el servicio nacional de salud, por CCAA (años 2004, 2005 y 2006)”.

**10** INE. Indicadores hospitalarios. 2005. “Indicadores básicos de los centros hospitalarios según la finalidad de los mismos”.

**11** Harvard University School of Public Health. Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Abril 2006. “Tabla 5. ¿Cuáles son los problemas más importantes del sistema español de asistencia sanitaria?”.

**12** Dra. Barber Pérez, Patricia. Dra. González López-Valcárcel, Beatriz. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España. Marzo 2009. “Estructura poblacional estimada y proyecciones a medio y largo plazo por especialidad”.

**13** Estimación a partir de las siguientes fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. Tablas de Gasto Sanitario. 2007. “Gasto consolidado del sector comunidades autónomas. evolución 1999-2005”. INE. Contabilidad Regional de España. Base 2000. “Producto interior bruto a precios de mercado y sus componentes (oferta)”.

**14** OECD. Health Data- Frequently requested data. Junio 2009. “Healthcare activities: Doctor’s consultations”. “Life expectancy total population at birth”.

**15** Puig-Junoy, Jaime. La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones. “Tabla 1. El gasto en medicamentos en la UE-15”.

**16** Perona Larranz, José Luis. Comentarios críticos de Dña. Geli i Fàbrega, Marina y de D. Inclán Iribar, Gabriel María. Mitos y paradojas de la sanidad en España: una visión crítica. Círculo de la Sanidad. 2007. “Tabla IV. Recetas por persona protegida en el SNS. Activos y pensionistas”.

**17** Puig-Junoy, Jaime. La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones. “Tabla 3. Consumo y gasto de medicamentos por persona en el año 2003 en el SNS y en MUFACE”.

**18** Sandier, Simone; Paris, Valérie; Polton, Dominique. Healthcare Systems in Transition. France. 2004. “Healthcare expenditures: Out-of-pocket payments”.

**19** Glengård, Anna et al. Healthcare Systems in Transition. Sweden. 2005. “Healthcare expenditures: Out-of-pocket payments”.

**20** Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR). Quality and Efficiency in Swedish Health Care, Regional Comparisons 2007.

**21** Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (BQS), [www.bqs-online.com](http://www.bqs-online.com).

**22** Instituto de Información Sanitaria. Indicadores Clave el Sistema Nacional de Salud. 2007. MUFACE”.

**23** Recortes de prensa.

**24** Departamento de Salud del Reino Unido. [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/NHSfoundationtrust/DH\\_072544](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/NHSfoundationtrust/DH_072544).

**25** Bachelot-Narquin, Roselyne. Ley “Hôpital, patients, santé et territoires”. Francia. 2008.

**26** Glengård, Anna et al. Healthcare Systems in Transition. Sweden. 2005. “Payment of hospitals”.

**27** Bachelot-Narquin, Roselyne. Ley “Hôpital, patients, santé et territoires”. Francia. 2008.

**28** Agencia Valenciana de Salud. [www.san.gva.es](http://www.san.gva.es).

**29** Dr. Gascón, Pere. Jefe del servicio de oncología médica del Hospital Clínic de Barcelona. Simposio Internacional de Oncología Traslacional. Marzo 2009.

**30** National Institute for Health and Clinical Excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

---

# Luis Garicano

Director de la Catedra McKinsey en la Fundacion de Estudios de Economía Aplicada. Es Doctor en Economía por la Universidad de Chicago, Master en Estudios Económicos Europeos por el Colegio de Europa de Bruselas y licenciado en Economía y Derecho por la Universidad de Valladolid. Actualmente es Catedrático de Economía y Estrategia en la London School of Economics. También es Director del programa de Organización Industrial del Center for Economic Policy Research (CEPR) de Londres y del programa de Firm Capabilities del International Growth Center (IGC) en Londres. Entre otros reconocimientos, Luis Garicano ha sido galardonado con el premio Banco Herrero 2007 que se otorga a los jóvenes economistas más destacados de España, así como con una Catedra de Excelencia del Banco de Santander en la Universidad Carlos III. A lo largo de su trayectoria académica ha sido catedrático en la Universidad de Chicago y profesor invitado en instituciones como MIT (Massachusetts Institute of Technology), London Business School y Pompeu Fabra. Es autor de numerosos artículos de investigación publicados entre otros en la American Economic Review, el Journal of Political Economy, el Quarterly Journal of Economics, la Review of Economics and Statistics y el Journal of Labor Economics y el Journal of Economic Theory..

<http://www.garicano.com>