

## Documento de Debate

### Asociación de Economía de la Salud

## LA SANIDAD PÚBLICA ANTE LA CRISIS

### RECOMENDACIONES PARA UNA ACTUACIÓN PÚBLICA SENSATA Y RESPONSABLE

La llegada de la crisis económica y la necesidad de cuadrar las cuentas públicas para cumplir con los compromisos europeos han desencadenado una oleada de ajustes en las políticas de gasto público, que alcanzan de lleno (aunque no sólo) a la sanidad española. Por otra parte, la urgencia por reducir el déficit público ha tenido como consecuencia hasta el momento la aprobación de recortes indiscriminados (en las retribuciones, en el número de empleados, en la actividad sanitaria) que no están basadas en criterios clínicos ni de eficiencia, y que ignoran por completo el impacto tanto económico como en términos de resultados en salud que tendrán a medio y largo plazo.

Los abajo firmantes entendemos que, en el contexto actual, **la sanidad pública debe apretarse el cinturón** para contribuir a que el déficit público se reduzca. Ello no debe impedir que se articulen mecanismos de financiación de las deudas ya contraídas con proveedores, y para ello proponemos la aprobación de un **plan plurianual de refinanciación** que comprometa tanto al Estado como a las Comunidades Autónomas. Sin embargo, y al margen de que haya que cubrir estas necesidades perentorias, **no es posible seguir manteniendo** en el futuro **el ritmo de crecimiento del gasto público sanitario** de la pasada década. Así, creemos que seguir defendiendo aumentos del gasto sanitario ante la presente coyuntura económica es irreal y poco conveniente. El amparo que proporcionan las cifras de gasto de otros países (más elevadas que las nuestras) a quienes piden más recursos para la sanidad, no es tal si pensamos que: a) el sistema de protección social que un país puede sustentar está en relación directa con la recaudación que proporciona su sistema fiscal, y que b) lo realmente importante, más allá del montante total de recursos invertidos, es lo que se obtiene a cambio de ellos.

No obstante, entendemos también que los recortes que hayan de llevarse a cabo en el Sistema Nacional de Salud (SNS) deben guiarse por la sensatez y no por el pánico, y que han de apurar los márgenes de mejora de la eficiencia del sistema que se conocen y reclaman desde hace tiempo. **No es aceptable que**, para evitar la adopción de decisiones de priorización explícita y responsable, **se establezcan recortes uniformes y lineales** a despecho de la aportación de cada una de las “unidades” afectadas. Además, defendemos que los recortes que se pongan en práctica se acompañen de las reformas necesarias para que, en el largo plazo, pueda preservarse un SNS eficaz, equitativo, solvente y menos vulnerable ante futuras crisis. Teniendo en cuenta estos objetivos, proponemos una **“guía de actuación pública”** basada en los siguientes puntos:

## 1. EFECTIVIDAD Y COSTES COMO CRITERIOS DE LEGITIMACIÓN.

La credibilidad del ajuste presupuestario y la solvencia a medio plazo de la sanidad pública dependen sobre todo de la capacidad de evolucionar rápidamente hacia una **financiación selectiva** de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías. El primer criterio a aplicar es el de la **efectividad clínica** tanto en intervenciones preventivas como diagnósticas y terapéuticas, ya sean fármacos, aparatos u otras tecnologías médicas. El segundo es un criterio implícito o explícito para valorar lo que puede ser razonable pagar por un año de vida ajustado por calidad –AVAC–; esto es, la **relación coste-efectividad**.

## 2. DESINVERTIR EN LO QUE NO AÑADE SALUD.

Cuando el presupuesto disminuye o no aumenta, no sólo hay que prestar atención a que lo nuevo sea útil y asequible, sino a lo que se va a eliminar para financiar las innovaciones. Se requiere reorientar las prioridades de financiación, lo que comúnmente se etiqueta como “desinversión”. Entendemos por **desinversión** el proceso explícito mediante el cual se dejan de financiar parcial o completamente medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios con **escaso valor clínico**. Distinguimos dos áreas de actuación: las intervenciones de valor dudoso y la mala calidad de los servicios prestados. En el primer grupo se incluyen intervenciones **inefectivas** (como la prescripción de estatinas en prevención primaria de muerte por cardiopatía isquémica); aquéllas en las que el **balance beneficio-riesgo** se desplaza netamente hacia el segundo (cualquier cirugía electiva en paciente no elegible); las **prescindibles por innecesarias** (entre otras, un tercio de los tratamientos antibióticos en Atención Primaria); las **potencialmente “cosméticas”** (como la operación estética de varices); las **eficaces con alternativas más coste-efectivas** que deberían ser consideradas en primer lugar (por ejemplo, la mitad de los tratamientos de osteoporosis); y las **intervenciones efectivas pero con relación beneficio-riesgo incierta para el caso de los pacientes “medios”** (como las cirugías de cadera, rodilla o cataratas). En el segundo grupo (mala calidad de los servicios prestados) se incluyen los efectos adversos evitables derivados de la prestación de servicios médicos (infecciones hospitalarias, errores de medicación, etc.).

## 3. URGE MONTAR EL “HISPA-NICE”.

Para que sea creíble el paso hacia una cobertura selectiva de prestaciones, pruebas diagnósticas y medicamentos según la evidencia científica, se precisa un cambio estructural en el procedimiento y criterios de financiación y de fijación y revisión de precios, siguiendo el ejemplo del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) británico. Es necesario crear una **Agencia Evaluadora** de ámbito estatal, con autonomía y distanciada de los Gobiernos central y autonómicos, cuyo objetivo sería **informar las decisiones sobre financiación, desinversión y reinversión: definiendo/delimitando las indicaciones médicas** sobre la base de criterios de eficacia, seguridad, y coste-efectividad; **estableciendo la frecuencia y la duración de determinadas intervenciones** —también a la luz de esos mismos criterios—; y planteando programas en los cuales la **financiación de determinadas prestaciones sea temporal**, en función de que se recaben o no pruebas científicas de su efectividad en un período razonable.

#### **4. PRIORIDAD CLÍNICA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA.**

La ineludible necesidad de priorizar, con criterios implícitos o explícitos, seguramente alcanza su mayor visibilidad en la gestión de las listas de espera. La respuesta habitual de la sanidad pública ante el problema de las listas de espera ha consistido en aumentos de la oferta, lo que en muchos casos ha supuesto que el problema, lejos de resolverse, se agrave al incentivar el hacer más sin considerar el valor relativo de tales incrementos. Tampoco resulta adecuado su manejo con criterios de logística de almacenes/gestión de stocks, ni es admisible la escasa transparencia con la que se lleva a cabo. Una gestión adecuada de las listas de espera exige que se establezcan **prioridades** entre los pacientes **en función de su gravedad y de los beneficios esperados** de la actuación clínica, con criterios similares a los desarrollados en otros sistemas comparables. Asimismo, siempre es conveniente, pero ahora resulta inexcusable, su **sistemática revisión y monitorización**, siendo inaceptable el compromiso de informar sobre meros agregados de cifras anual o semestralmente.

#### **5. REFORMAR EL INEQUITATIVO Y OBSOLETO SISTEMA DE COPAGOS.**

Mientras casi nadie cuestiona nuestro copago farmacéutico, a pesar de que requiere reforma urgente, hay un rechazo apriorístico a evaluar la conveniencia de introducir otros copagos en el sistema sanitario. Por ello recomendamos: 1) **modificar el diseño del copago farmacéutico**, eliminando la arbitraria distinción entre activos y pensionistas, e incluir los medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria; 2) modular los copagos en función de criterios clínicos y de coste-efectividad con **copagos evitables** siempre que sea posible; y 3) implementar **mecanismos de protección de los más débiles** económicamente y los más enfermos. Este último punto podría consistir en la fijación de un límite máximo de contribución al trimestre o al año en función de la renta familiar, con exención total de las rentas más bajas, ya sean procedentes del trabajo o la pensión, y tratamiento especial de los casos de enfermedad crónica o multipatología. El copago y otras formas de contribución no deben empobrecer, por lo que el límite debería suponer un porcentaje reducido de la renta familiar.

#### **6. RETRIBUIR SEGÚN RESULTADOS Y ESFUERZOS ES JUSTO Y MOTIVADOR.**

La red asistencial pública debería **vincular la forma y fórmula de pago** a los profesionales sanitarios **con los objetivos de salud** del sistema o, en su defecto, con el esfuerzo para conseguirlos. Una parte de las retribuciones debería tender a quedar fuera de las negociaciones colectivas y basarse en una evaluación de esfuerzo y rendimiento. Por otra parte, la retribución variable vinculada a objetivos debería aumentar en relación con la retribución fija. En la medida de lo posible, habría que **evitar el pago por acto**, máxime cuando quien recibe esa retribución extra es un profesional asalariado. La práctica de las “peonadas” supone un coste adicional para el sistema, incentiva la pérdida de productividad en horario regular y tiende a incrementar el número de pacientes sometidos a intervenciones innecesarias.

#### **7. ASIGNACIÓN QUE FACILITE LA EFECTIVIDAD Y LA INTEGRACIÓN CLÍNICA.**

El **pago por resultados** debería aplicarse también a la financiación de los centros: pagar más por tener a los pacientes sanos que no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos con escasa adherencia al tratamiento farmacológico; pagar más por

visitas resolutivas antes que por irse reenviando al paciente entre profesionales sin resolver su problema de salud. Ello requiere **integrar los presupuestos** compartimentados entre niveles asistenciales (primaria, especializada, socio-sanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos, comorbilidad) que ayude a visualizar el coste integral de la atención a un paciente limitando la visión parcial y fragmentada que hoy entorpece la falta de resolución clínica y la encubre.

## 8. NECESITAMOS MÁS Y MEJOR SALUD PÚBLICA.

El limitado desarrollo y la desvinculación con los servicios de salud de la Salud Pública en España contrastan con la eclosión de un mercado comercial y profesional que plantea promover la salud con productos y servicios de eficacia no demostrada, y prevenir la enfermedad a través de intervenciones de efectividad dudosa, altos costes y problemas de efectos adversos. Mientras tanto, las políticas colectivas de reducción de riesgos (ambientales, laborales, escolares, viales, nutricionales, de hábitos personales, etc.) se desatienden o abandonan, lo cual crea emergentes de morbimortalidad que en un futuro próximo generarán grandes necesidades de atención y cuidados. Por tanto, es necesario desarrollar de forma proactiva y colaborativa la **Ley General de Salud Pública**, reforzando sus estructuras, revisando profundamente sus programas y activando su papel de **intervención en políticas públicas de salud**, no sólo en sanidad sino en todos los sectores.

## 9. UNA ATENCIÓN PRIMARIA EMPRENDEDORA PARA LA SOSTENIBILIDAD.

La **Atención Primaria (AP)** necesita incentivos especiales para salir de la crisis. Esos incentivos se relacionan parcialmente con las retribuciones y condiciones laborales. Siendo España uno de los pocos países de nuestro entorno en que los profesionales de AP son asalariados de la Administración que trabajan en dependencias propiedad de ésta, debería plantearse la reorientación de la estructura actual hacia un **modelo no integrado verticalmente** en la producción pública, en el que agrupaciones de profesionales de la salud ofertaran la prestación de sus servicios al financiador, asumiendo los riesgos económicos derivados de su mayor o menor eficiencia, como resultado de su gestión clínica.

## 10. CAMBIO DE FOCO HACIA PACIENTES CRÓNICOS, FRÁGILES Y TERMINALES.

Los yacimientos principales de mejoras de eficiencia, seguridad y calidad se encuentran en la atención a pacientes crónicos, pluripatológicos, frágiles y terminales. Estos casos constituyen un reto para la atención primaria y para el actual hospital general de agudos, segmentado en servicios de especialidad y con tendencia a la hiper-especialización. Las estrategias de crónicos y paliativos exigen cambios en la arquitectura organizativa de la red sanitaria. En primer lugar, deberían potenciarse las **estrategias de enlace entre primaria y especializada**, con apoyo de medicina interna y desarrollo de nuevos servicios de gestión de casos y de gestión de enfermedades. También es urgente coordinar los servicios sanitarios y sociales entre sí, y éstos con las estructuras de salud pública. En segundo lugar, el hospital debería abrirse en un doble sentido: a **redes hospitalarias sub-regionales**, donde grandes hospitales hagan función nodriza sobre pequeños centros de proximidad y hagan viable técnicamente su función; y a **redes regionales de unidades de alta especialización**, donde circulen pacientes y médicos para beneficiarse de la concentración de casos y destrezas. En estas redes regionales pueden establecerse

**servicios compartidos** (generales, centrales y clínicos), que aporten eficiencia sin mermar calidad o disponibilidad local de conocimiento experto.

#### **11. PERMEABILIZAR LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA COLABORAR.**

La nueva regulación de la troncalidad en la formación de especialistas médicos va a suponer un avance sustancial hacia la flexibilización de la oferta de profesionales, que es buena para el sistema. Debería dinamizarse el marco de aplicación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias para **permeabilizar la relación entre especialidades**, evitar el crecimiento difícilmente reversible de compartimentos estancos, y promover áreas de capacitación específica que combinen las ventajas de la subespecialización con las de la cooperación entre especialidades. Asimismo, habría que apostar por la **reorganización de los servicios de especialidad del hospital** para agregarlos en áreas de gestión clínica, e introducir los acuerdos o contratos de gestión clínica como mecanismo responsable de descentralización y rendición de cuentas.

#### **12. REFORMAR EL GOBIERNO DEL SNS.**

Hay que afrontar el problema de la **deficiente institucionalización** del Sistema Nacional de Salud, ya que tanto el Consejo Interterritorial como el propio Ministerio de Sanidad han demostrado su debilidad para “gobernar” el SNS. En este contexto, es necesario reformar los órganos de gobierno del Sistema de manera que se alcance una coordinación eficaz, se evite la duplicación de estructuras y esfuerzos, al tiempo que se reduzcan la rivalidad institucional y los costes de confrontación política. Mientras no pueda garantizarse la aplicación del principio de lealtad institucional por parte de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, convendría articular los consensos en torno a algún **organismo de carácter técnico y con representación paritaria** de los Servicios Regionales de Salud, que facilitara la gestión de sus interdependencias y canalizara la colaboración mutua.

#### **13. DESFUNCIONARIZAR PARA PROFESIONALIZAR.**

Cada vez más los proveedores públicos de asistencia sanitaria han de competir, o al menos convivir, con proveedores privados en régimen de concierto o concesión. La red pública necesita dotarse de instrumentos de **gestión de recursos humanos** que le den flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades. Por ello debería iniciarse un **proceso no traumático y gradual de desfuncionarización** de los profesionales sanitarios, en particular de los médicos. Por otra parte, en el más que probable caso de que las restricciones económicas actuales obliguen a modificar las plantillas, deben evitarse las reglas fijas uniformizantes y aquéllas que impliquen despedir siempre a los últimos que entraron. Antes de despedir habría que reestructurar, con criterios de efectividad, productividad y valor añadido para la red y el ciudadano.

#### **14. PROFESIONALIZAR LA GESTIÓN PARA MOVILIZAR RECURSOS.**

La toma de los puestos gerenciales y de alta (y media) dirección como botín electoral supone destrucción periódica del capital directivo acumulado, y la anulación de la autoridad y el poder de los gestores para promover cambios, fomentar la productividad, y corregir problemas de desempeño ineficiente. Es urgente **profesionalizar la gestión** a través de concursos por concurrencia competitiva abierta y evaluación periódica del desempeño.

## 15. DESVELAR LA INFORMACIÓN PARA COMPARAR Y MEJORAR DESEMPEÑOS.

Ser **transparente en la rendición de cuentas**, aportando al público los resultados de la gestión, su calidad y seguridad, resulta inexcusable cuando se demanda de la ciudadanía confianza en que sus gobernantes reorientarán los menguados recursos en busca de su mayor rentabilidad social, priorizando las prestaciones más eficientes. Esta tarea es factible: la mayor parte de los datos existen, su recogida consume cuantiosos recursos y únicamente se requiere voluntad de compartirllos públicamente. Se debería revisar de forma altamente restrictiva el concepto de “secreto estadístico” y pedir que se elimine lo antes posible el manto de anonimidad que protege a los establecimientos sanitarios en las actuales estadísticas oficiales, para que puedan ser objeto de análisis comparativo. No hay excusas para mantener secreta información que no afecta a ninguna confidencialidad. Por otra parte, es prioritario **cubrir lagunas de información** que contribuirían a mejorar la transparencia y a informar la toma de decisiones: es el caso del registro nacional de profesionales sanitarios, y en particular de médicos, que resulta esencial para planificar.

## 16. EVALUAR EXPERIMENTOS DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA DE MODA.

Siendo necesario **redefinir el papel de la iniciativa privada** en el sistema sanitario público, las cada vez más numerosas “colaboraciones público-privadas” resultan de utilidad desconocida al no existir mecanismos de evaluación independientes y despolitizados, y al no exigirse, de nuevo, ninguna rendición de cuentas digna de tal nombre. Para valorar la idoneidad de algunas de las nuevas formas de gestión, su funcionamiento y sus resultados deben dejar de ser tan opacos como los de los centros administrados públicamente, y deben poder compararse adecuadamente con éstos y entre sí. Para ello deberían desarrollarse **bases de datos de indicadores de centros y servicios**, junto con indicadores poblacionales ajustados de utilización.

## 17. EJEMPLARIDAD, HONESTIDAD Y MANEJO DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

Hemos de corregir el mal manejo de los conflictos de intereses y el déficit de ejemplaridad política. Las alternativas pasan por: 1) cumplir y hacer cumplir las leyes de **incompatibilidades de altos cargos**, y promover la ejemplaridad en la función política y representativa; 2) exigir el **cumplimiento de las obligaciones contractuales** de todos los empleados públicos, y primar en proyectos de gestión clínica responsables con dedicación exclusiva al servicio público; y 3) promover **códigos y normas que evidencien los conflictos de interés**, y los canalicen de forma que se favorezca la transparencia y el interés general.

La salud es un elemento fundamental en el desarrollo económico de un país. Los abajo firmantes consideramos que las **propuestas** aquí detalladas, dada la coyuntura económica actual, son **inaplazables**. Hasta el momento, el Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derivara en crisis social. En nuestra opinión, sólo una reestructuración de la sanidad pública en las direcciones apuntadas puede **evitar** que los recortes presupuestarios conduzcan inevitablemente a una **erosión del Sistema Nacional de Salud** y a una pérdida en la calidad asistencial que favorezca la desafección de quienes puedan rehuirlo.

### **Autores del documento**

- **Enrique Bernal Delgado**. Médico. Unidad de Investigación en Políticas y Servicios de Salud- Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. IIS Aragón
- **Carlos Campillo Artero**, Médico.Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears.
- **Beatriz González López-Varcácel**, Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- **Ricard Meneu de Guillerna**, Vice-Presidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS)
- **Jaume Puig-Junoy**, Profesor Titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra.
- **José Ramón Repullo Labrador**, Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III.
- **Rosa Urbanos Garrido**, Profesora Titular de Economía Aplicada. Universidad Complutense de Madrid.