
La sanidad en España desde un punto de vista económico: problemas, soluciones y retos

José Luis Navarro Espigares

Resumen: Partiendo del reconocimiento de los innegables logros alcanzados por el sistema nacional de salud en España y de su aceptable nivel de eficiencia, este trabajo pone de manifiesto la existencia de numerosos retos a los cuales se debe hacer frente en un futuro inmediato. Algunos de ellos son consecuencia de la propia organización de nuestro sistema, público, descentralizado y organizado en dos niveles asistenciales; otros derivan del nivel de desarrollo económico alcanzado por nuestro país, la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias y su notable impacto en el crecimiento del gasto; y los más acuciantes, los derivados de la actual crisis económica y la insuficiencia de los recursos públicos para atender las necesidades de gasto en el corto plazo. El conflicto actual se plantea por la necesidad de encontrar una solución a la sostenibilidad financiera del sistema, a la vez que se preservan sus logros en términos de calidad, eficiencia y equidad.

Palabras clave: Envejecimiento; gasto farmacéutico; enfermedades crónicas; evaluación de tecnologías sanitarias; sostenibilidad.

Códigos JEL: I18; I38.

1. Problemas y retos del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español se sitúa en una posición aventajada en el ranking internacional, con buenos resultados en diversas dimensiones de desempeño:

- Estado de salud de la población;
- Cobertura, acceso y equidad financiera;
- Resultados de salud, calidad y seguridad;
- Satisfacción de los usuarios y legitimidad del sistema (excepto en los parámetros relativos a información de pacientes y gestión de listas de espera).

Estos logros han sido alcanzados con un nivel de gasto relativamente bajo (9,5 por ciento del PIB, inferior a la media europea), por lo que la idea de partida es que nuestro sistema nacional de salud opera con un alto nivel de eficacia y eficiencia.

Aunque la comparación internacional ofrece importantes logros, en el caso de un país organizado en torno a 17 Comunidades Autónomas (CC. AA.), la evaluación regional resulta crucial. De hecho, hay evidencia que sugiere una amplia e injustificada *variabilidad en el acceso, calidad, seguridad y eficiencia*, no sólo entre regiones, sino,

principalmente, entre áreas sanitarias y hospitales. Las diferencias en las tasas de utilización de la angioplastia coronaria, de procedimientos inadecuados, de infecciones intrahospitalarias, de hospitalizaciones evitables, y las diferencias en los índices de eficiencia técnica entre hospitales son buenos ejemplos de dichas desigualdades (García-Armesto et al., 2010).

Aunque se han producido grandes avances en el desarrollo de la base tecnológica, los *sistemas de información sanitaria* en España carecen de un marco general para la medida del desempeño. El sistema se apoya todavía excesivamente en indicadores de recursos o actividad (en detrimento de la información de resultados) y la conexión inter e intrarregional de los sistemas de información es muy limitada. Esta limitación está condicionando la posibilidad de una evaluación sistemática del desempeño en todo el SNS, independiente del nivel territorial considerado.

Por lo tanto, podemos identificar algunos retos del SNS cuyo origen se encuentra en las características del mismo tales como fortalecer la cohesión (17 CC.AA.), avanzar hacia un modelo centrado en el usuario (provisión pública) y mejorar la continuidad de cuidados (atención primaria/especializada).

Otros retos identificados son comunes con el resto de países desarrollados:

— Conseguir la transición desde un modelo dominado por la atención a pacientes agudos hacia un modelo de gestión de *enfermedades crónicas*. No obstante, la idea de que el envejecimiento de la población es el culpable del incontrolable crecimiento del gasto sanitario se ha convertido en un falso mito.

— Incorporar los cuidados sociales y la atención a la dependencia como un elemento central asegurando la calidad en los *cuidados de medio y largo plazo*. La OCDE estima que la demanda de cuidados de larga duración se duplicará desde ahora hasta 2050. La identificación de las opciones más costo-efectivas y la implantación de soluciones tecnológicas a gran escala resultan prioritarias para la reducción de costes y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (Trigg, 2011).

— Organizar la provisión de cuidados *paliativos y cuidados para el final de la vida*. Aunque el impacto del envejecimiento poblacional por sí solo no va a llevar a la bancarrota al SNS, es preciso mantener bajo control algunos incrementos de coste específicamente relacionados con los cuidados al final de la vida.

— Adoptar la lógica de la medicina basada en la evidencia y el coste-efectividad incremental como método para *evaluar los beneficios de las nuevas prestaciones y tecnologías*.

— Situar la *sostenibilidad financiera* en un primer plano de prioridad frente a la actual crisis económica.

2. La evidencia internacional

Un reciente trabajo publicado por la Canadian Health Service Research Foundation (Constant, et al., 2011) sintetiza el conocimiento actual sobre *los inductores de coste (cost drivers)* en los sistemas de salud. Este estudio señala que aunque los gastos de reembolso a hospitales y servicios médicos suponen la mayor parte de los gastos sanitarios, el crecimiento de estas partidas es comparativamente pequeño. Los capítulos del gasto sanitario de más rápido crecimiento son los de capital (construcción, maquinaria, equipamiento, software, instalaciones sanitarias,...) seguido del gasto en medicamentos y el gasto en salud pública (seguridad alimentaria, promoción de la salud, programa de salud mental, prevención).



El conocimiento de los factores que hacen crecer el gasto sanitario es esencial para un debate productivo acerca de la sostenibilidad del SNS. Sin embargo, actualmente los inductores de coste medibles que contribuyen al crecimiento del gasto sanitario son: el crecimiento de la población, el envejecimiento de la población, el crecimiento de la renta y la inflación.

Una importante proporción del crecimiento observado del gasto sanitario permanece sin medir. La literatura económica se refiere a este componente no medible como *factor riqueza/enriquecimiento*, y lo atribuye a los avances en la ciencia médica, la innovación tecnológica, cambios en los patrones de la enfermedad (enfermedades crónicas, enfermedades mentales), cambios en los comportamientos y preferencias de los pacientes.

En términos generales, los avances médicos y *la innovación tecnológica* afectan a los sistemas de salud de dos formas. Por una parte, las nuevas tecnologías sustituyen a las antiguas, tecnologías menos eficientes o más costosas. La sustitución de los tratamientos puede ser un inductor de coste o de ahorro, dado que las nuevas tecnologías pueden ser más o menos caras que las antiguas. Por otra parte, las nuevas tecnologías pueden conducir a nuevos tratamientos de la enfermedad o a un consumo más extendido de tratamientos ya existentes. Cuando el tratamiento es efectivo, su acceso permite a más gente beneficiarse del mismo, por lo tanto, hace crecer, tanto la demanda como los gas-



tos en asistencia sanitaria. Un claro ejemplo de este modo de comportamiento lo encontramos en los gastos farmacéuticos en Canadá. En este país, el 71 por ciento del crecimiento anual de los gastos en medicamentos entre 1998 y 2004 se debe al incremento en el volumen. En este periodo, el número medio de prescripciones per cápita creció desde 7,8 hasta 12. Además, los nuevos medicamentos fueron más caros que los antiguos. El agregado de ambos incrementos, volumen y precio, provocó que el gasto anual total en medicamentos creciera un 6,3 por ciento durante los últimos 10 años.

Por otra parte, los estudios internacionales señalan la mejora continua en los resultados de los tratamientos agudos (tasa de supervivencia a los 30 días después de sufrir un infarto, tasa de supervivencia en distintos tipos de cáncer), al tiempo que las enfermedades crónicas, como el asma o la diabetes, siguen generando un importante volumen de estancias hospitalarias innecesarias, pues deberían ser tratadas de forma efectiva en atención primaria. Dichas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la prevención y la gestión de las *enfermedades crónicas* con una oferta suficiente de médicos de primaria. En definitiva, la atención médica avanza pero la gestión de las enfermedades crónicas debe ser mejorada para reducir costes (OCDE, 2011).

La tendencia alcista del *gasto farmacéutico* en los últimos años ha sido objeto de especial preocupación en la mayoría de los países. Aunque

las reformas en este ámbito difieren entre países, la mayoría de ellas incluyen elementos comunes: cambios de los precios de referencia, mecanismos de ajuste de precios, reducciones en los reembolsos a pacientes externos (aumento del pago directo realizado por los pacientes en el momento de retirar los medicamentos), incrementos del impuesto sobre el valor añadido, intensificación en el uso de genéricos. Estas medidas se completan con una serie de estrategias para estimular y obligar la prescripción de genéricos por parte de los médicos, así como a su dispensación en las farmacias.

3. Soluciones en la agenda política

En España, la preocupación política por la necesaria reforma del SNS se ha visto reflejada en el documento «Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del sistema nacional de salud», publicado por el Consejo Interterritorial del SNS, como resultado del acuerdo alcanzado el pasado 18 de marzo de 2010.

En este documento, el Consejo parte del reconocimiento de que el sistema sanitario español es uno de los que tienen mejores resultados en salud de entre los países desarrollados del mundo (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2010). Además, el sector sanitario constituye uno de los sectores productivos más dinámicos y generadores de empleo del país, con 1,2 millones de empleos. Es un sector estratégico de la economía española de alto valor añadido y con muchas externalidades positivas para el conjunto de la economía.

En segundo lugar, se analizan las amenazas actuales. La crisis económica ha acentuado las dificultades presupuestarias. El descenso de los ingresos fiscales ha limitado la disponibilidad de financiación de los servicios de salud y la falta de dotación financiera suficiente y estable podría llegar a poner en riesgo la calidad del sistema y la equidad en el acceso a los servicios.

Con base en el análisis de situación realizado para afrontar la sostenibilidad y la calidad del SNS, el Consejo Interterritorial considera necesario trabajar con medidas de refuerzo de la calidad, la equidad y la cohesión, por una parte, y de contención y de ahorro a corto y medio plazo, por otra. Entre las medidas propuestas para conseguir el control del gasto en el corto plazo algunas resultan especialmente ejecutivas:



1. Control de gasto farmacéutico, mediante una *modificación del sistema de precios de referencia, rebaja de precios de medicamentos genéricos y fijación de precios máximos para medicamentos de síntomas menores.*

2. Establecimiento de un *procedimiento de compras agregadas* para el conjunto del SNS, al que las CC.AA. se puedan sumar de manera voluntaria.

3. Desarrollo de estrategias educativas, informativas y organizativas que ayuden a moderar la presión asistencial. Esta estrategia incluye la difusión del conocimiento del coste de los servicios sanitarios (bien mediante *facturas sombra*, bien mediante la utilización de tablas estándar).

4. Definición de criterios comunes para las *retribuciones*, que permitan incrementar la productividad y la calidad de los servicios de salud, y establecer procedimientos de planificación compartidos.

A medio plazo, 2010-2013, se propone un catálogo con 15 medidas, entre las que cabe destacar la elaboración de una estrategia común para la atención a los pacientes crónicos en el SNS, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de la evaluación de tecnologías sanitarias.

A partir del pronunciamiento del Consejo Interterritorial se constituyó una Subcomisión Parlamentaria para el Pacto de Estado en la Sanidad, que redactó un texto para el debate en septiembre de 2010. Este Informe incluye una declaración explícita contraria al *copago*, la aportación financiera directa de los ciudadanos por el uso de los servicios sanitarios. El copago ya existe en España desde hace muchas décadas, en farmacia, y los incrementos sucesivos de su cuantía en la prestación farmacéutica, como se puede apreciar en las series históricas, no ha tenido un impacto importante en la evolución creciente del gasto farmacéutico en nuestro país. El informe de la Subcomisión concluye que la introducción de más elementos de copago no es aconsejable, tanto por razones de equidad como por la baja rentabilidad de las mismas debido a los costes de transacción, coste de administración y a la inelasticidad del uso de los servicios. Sin embargo, sí se propone un eventual análisis y actualización del copago farmacéutico.

4. Conclusiones

El momento actual de crisis e insuficiencia de los recursos públicos para atender las crecientes necesidades financieras del Estado, surgidas de la propia crisis, no deben llevarnos a un análisis apresurado de la situación de nuestro SNS ni, por supuesto, a la disolución de los rasgos esenciales

del servicio público más valorado por la opinión pública española.

Los problemas de la sanidad española son tanto coyunturales, como estructurales. Desde la perspectiva del corto plazo, el problema es la insuficiencia de recursos públicos para mantener en funcionamiento las estructuras actuales de prestación de servicios. Desde el punto de vista estructural, el principal problema es la tendencia al crecimiento en el volumen de gasto público sanitario. Como siempre, la perspectiva estructural es la más importante, es la que perdurará en el tiempo. Por lo tanto, no debemos atacar los problemas del corto plazo con medidas que comprometan las bondades y fortalezas estructurales de nuestro SNS, tales como los logros en materia de resultados, eficiencia y equidad. La consolidación y el refuerzo del SNS precisa del esfuerzo de todos: usuarios, profesionales, empresas suministradoras, gestores y autoridades sanitarias.

Controlar la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias y fortalecer los dispositivos de atención primaria parecen ser dos vías clave en el avance hacia sistemas sanitarios más eficientes.

Respecto a la incorporación de tecnologías, vistas las dificultades financieras que amenazan la viabilidad del sistema, tal como hoy lo conocemos, resulta fundamental la utilización de los análisis de impacto presupuestario como herramienta clave para garantizar la sostenibilidad financiera del mismo.

En resumen, el reto consiste en fortalecer las herramientas de gobierno con vistas a asegurar la sostenibilidad y preservar los logros del SNS, a la vez que se mejoran la calidad, eficiencia y equidad del mismo.

Referencias bibliográficas

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2010): Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. (<http://www.msc.es/gabinetePrensa/discursosInterv/archivos/180310203430.pdf>).

CONSTANT, A.; PETERSEN, S.; MALLORY C. D. y MAJOR, J. (2011): Research Synthesis on Cost Drivers in the Health Sector and Proposed Policy Options, Canadian Health Service Research Foundation (CHSRF), paper 1, Ottawa, Canada.

GARCÍA-ARMESTO, S.; ABADÍA-TAIRA, M.B.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. y BERNAL-DELGADO, E. (2010): «Spain: Health system review 2010», Health Systems in Transition, vol. 12(4).

OCDE (2011): Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en).

TRIGG, L. (2011): «The demand for long-term care for older people», Eurohealth, vol.17 (2-3).