

cuaderno **POLÍTICAS DE SALUD**

ANÁLISIS, REFLEXIÓN Y DEBATE

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD

Monográfico:

PACTO POR LA SANIDAD

Presentación

Pacto por la Sanidad

FÁTIMA ABURTO

Consideraciones y propuestas sobre el Pacto por la Sanidad

ROSANA COSTA

Viejas y nuevas turbulencias sanitarias

GASPAR LLAMAZARES

Pacto por la Sanidad: cuestiones clave

VICTOR SANCHEZ

Aportaciones al diagnóstico sobre el Sistema Nacional de Salud español para un Pacto Por la Sanidad

ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA PARA LA SALUD

¿Viabilidad de un Pacto Global por la Sanidad?

EDDY D'ORLEANS

FEBRERO 2010

Coordinador | Eddy D'Orleans

Consejo Editorial | Marciano Sánchez Bayle, Alberto del Pozo, Carmen Mancheño, Elvira S. Llopis, Antonio Cabrera, José A. Serrano, Joan Canals, Merche Boix, Javier González Medel, Manuel Martín García, Araceli Ortíz.

presentación

Con este número de CUADERNO DE POLÍTICAS DE SALUD inauguramos una serie de MONOGRÁFICOS sobre los temas de POLÍTICAS DE SALUD que están protagonizando los actuales debates sobre la materia, lo que a su vez revela las preocupaciones de la ciudadanía por el futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Y en el ecuador de las discusiones que, esperemos, acaben en el diseño consensuado de un PACTO GLOBAL por la Sanidad, nos hemos propuesto poner cara a cara (sobre el papel) las distintas aportaciones de algunas organizaciones sociales, políticas y de expertos en Política sanitaria. Se nos puede objetar que este Monográfico adolece de una “cojera metodológica congénita” porque en él no hemos recogido muchas otras propuestas muy interesantes. Somos conscientes de ello y asumimos esta posible crítica justificando nuestra elección por haber tenido que hacer una selección muy difícil y arriesgada por razones técnicas y prácticas de espacio. Pero estamos convencidos de que, a pesar de eso, el debate sigue abierto.

Así para abrir este reducido debate reproducimos un artículo de la Dra. Fátima Aburto, Diputada en el Congreso por el PSOE, titulado “Pacto por la Sanidad”, en el que ella, después de expresar sus dudas acerca de la posibilidad de alcanzar en este momento político un pacto con otras fuerzas políticas, no esconde su convicción y esperanzas de la utilidad y de la necesidad de conseguirlo. Al mismo tiempo, ella nos hace una disección casi anatómica de la génesis del proyecto de pacto, un resumen de los trabajos de los Comités de trabajo creadas ad hoc, cuyas aportaciones servirán de base para el debate final y la elaboración de propuestas para la eventual firma de un pacto.

Por su parte, el Dr. Gaspar Llamazares, Diputado por IU, en un breve artículo, califica de “turbulencias” los debates surgidos en el seno de los comités que recientemente han concluido sus trabajos, los cuales han sido hecho públicos por el Ministerio de Sanidad y remitidos a las Comunidades Autónomas para su discusión.

Finalmente, hay que destacar los rigurosos análisis para abordar una evaluación del SNS y las serias y constructivas aportaciones y propuestas hechas par enriquecer el debate hechas por organizaciones como CC.OO, la FADSP y la Asociación de Economía de la Salud.■

Pacto por la Sanidad

Fátima Aburto
Diputada en el Congreso por el PSOE
Vicepresidenta de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso.

INTRODUCCIÓN

La protección de la salud es un derecho de la ciudadanía recogido en el artículo 43 de la Constitución Española. Nuestro Sistema Nacional de Salud supone la materialización de los principios de Universalidad, Equidad, Solidaridad y Calidad recogidos en las Leyes General de sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad de 2003. Sin embargo en demasiadas ocasiones y en especial durante las campañas electorales se ve sometido a acusaciones, amenazas y controversias que crean zozobras innecesarias y sentimientos de inseguridad en la ciudadanía. Dado que la gestión sanitaria es una competencia transferida a las CCAA, los gobiernos autonómicos de distintos signos políticos son soberanos en su actuación. Por tanto no es la gestión la que puede someterse a un Pacto por la Sanidad, que debe respetar escrupulosamente las competencias de las CCAA. Queda por tanto al juicio de los ciudadanos, si uno u otro gobierno gestiona la sanidad de la forma más adecuada a sus expectativas en prevención y cuidado de la salud, como corresponde en democracia. El objetivo del pacto, en cambio, es garantizar la calidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Sanitario en todo el Estado, dando seguridad a la ciudadanía, por que lo merece la pena mayor esfuerzo para alcanzar el acuerdo más amplio posible.

En primer lugar cabe preguntarse desde el punto de vista político ¿Es posible un pacto político por la Sanidad en España? Dada la visión global de la política de confrontación que reflejan fundamentalmente los medios de comunicación, si bien en demasiadas ocasiones bien acompañados por la clase política, comprendo que puede suscitar dudas. Por mucho que nos duela en política, donde la controversia constructiva debe servir al bien común, la legítima polémica desemboca en demasiadas ocasiones en el ruido, la lucha partidista y desde luego en el hartazgo de la ciudadanía. Averiguar si ese ambiente de confrontación política es todo real o en parte mediático y sus causas y consecuencias, nos llevaría demasiado lejos, y sin em-

bargo no puedo dejar de recordar como, al comienzo de la legislatura los pronósticos auguraban un periodo político corto debido a las dificultades de un gobierno bajo unas circunstancias económicas adversas, la realidad de una mayoría solo relativa del grupo socialista y un clima político de confrontación dura. Los hechos han demostrado que la capacidad de diálogo y acuerdo han acreditando la solidez del gobierno socialista y la capacidad de sacar adelante su proyecto político, sin mayores dificultades y desde luego sin necesidad (ni posibilidad, es cierto) de prepotencias. Esa es, en mi opinión la mejor forma de hacer política y desde luego lo que de la política espera y tiene derecho a esperar la ciudadanía.

En segundo lugar cabría preguntar desde un punto de vista empresarial ¿El pacto proporcionaría valor añadido a un Sistema Nacional de Salud, ya muy eficiente, de gran calidad y bien valorado? Es especialmente pertinente porque toda actividad pública requiere de un esfuerzo de eficiencia, que siempre, pero especialmente en las actuales circunstancias de crisis económica, es de todo punto necesario. Al fin y al cabo la "cosa pública" no es muy diferente de una empresa, la empresa de la convivencia en un proyecto común estatal, sostenida por los tributos ciudadanos y que por tanto debe producir beneficios en provecho de los mismos.

Y por último y desde el punto de vista ciudadano ¿Es necesario sacar de la controversia política un Servicio Público tan básico para todos como es la Sanidad? Dudo que ningún ciudadano cuestione esta última pregunta, porque si bien es cierto que la controversia política es un indudable (quizá no tan visible como debería) motor de progreso en democracia, la ciudadanía precisa sentirse segura de que los rifirrafes políticos no conlleven amenazas para sus derechos de ciudadanía y sus mecanismos de aplicación como son los servicios públicos.

En torno a las preguntas planteadas considero que la utilidad para la empresa común, quedará bien reflejada en la descripción de los avances realizados, y que sus potencialidades futu-

ras quedarán demostradas. La opinión de la ciudadanía es evidente dado que el sostenimiento de la sanidad pública de calidad es la única causa por la que se considera aceptable una subida de impuestos y por tanto considero innecesario someterla a cuestión. Pero el primer interrogante me interesa como política en general y especialmente por pertenecer al grupo que sustenta al gobierno y espero que interese al lector en la misma medida. El pacto por la sanidad ha despertado expectativas inmensas, gran interés y esperanza en todos los sectores implicados en uno u otro momento o entorno; asociaciones y colegios de profesionales y de pacientes y familiares, sectores empresariales, sindicatos y expertos en general.

El Sistema Nacional de Salud español es un ejemplo de eficiencia y calidad entre los primeros del mundo, como se hizo bien patente en el Encuentro anual de la Patient Centered Primary Care Collaborative (PCPCC), confederación que agrupa en Estados Unidos a 180 instituciones y sociedades del ámbito de la salud y reúne a más de 300.000 profesionales. Allí fue presentado por el ministro Bernat Soria antes de las elecciones presidenciales que llevaron a Barak H. Obama a la dirección de los EEUU. La cobertura universal (frente a los 46 Mills de personas sin cobertura alguna en EEUU) la calidad, la accesibilidad y el dinamismo del sistema impactó a técnicos y políticos americanos. Pero probablemente fue la eficacia de la atención primaria y la eficiencia que supone el gasto de 1800 €/hab./año en España (frente a los casi 6000 de EEUU) lo que más llamó la atención. No menos importancia tuvo la constatación de que más del 70% de usuarios se muestran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida.

Por si fuera poco, la coordinación del ministerio con las CCAA para el desarrollo de Estrategias Nacionales de Salud (cáncer, diabetes, etc.) en la mejora de la asistencia y la prevención ponen de manifiesto la coordinación de las políticas sanitarias en un estado descentralizado.

Otro elemento que convierte al SNS en un modelo para otros países es la introducción innovadora de las nuevas tecnologías. España es pionera en el desarrollo de proyectos como la tarjeta sanitaria, la historia clínica digital y la receta electrónica. En la actualidad el Nodo Central de comunicación puede facilitar la interoperabilidad de los datos sanitarios de todos los ciudadanos entre las distintas CCAA. Con vistas a la Presidencia de la UE, España está preparada para liderar el proceso de construcción del Espacio Europeo de Salud con la aportación de nuestra experiencia en la gestión de un sistema descentralizado en el que el ciudadano tiene garantizadas la equidad, la calidad y la universalidad en el acceso a los servicios sanitarios.

HISTORIA DEL PROYECTO

Creo de justicia resaltar el valor del Ministro Bernat Soria en la proposición y puesta en marcha del Pacto, el acertado enfoque del tema que facilitó el apoyo y mereció el esfuerzo de todas las administraciones sanitarias, de todos los signos políticos, en el Consejo Inter territorial de Salud al igual que la excelente continuidad que ha propiciado la sucesora en el Ministerio, Trinidad Jiménez. Probablemente fue necesario el prestigio de un científico de la talla de Bernat Soria y su capacidad para aunar voluntades, felizmente continuado por la experiencia política y capacidad de diálogo de Trinidad Jiménez lo que está determinando el éxito de un ambicioso proyecto, ya prácticamente en su recta final.

El 2 de Junio de 2008 el ministro Bernat Soria presenta las líneas Generales del Pacto por la Sanidad en el Congreso de los Diputados y su propósito de llegar a un consenso con las Comunidades Autónomas, iniciar el diálogo social con las organizaciones del sector y recabar la participación activa de los ciudadanos, con especial atención a los pacientes. El Servicio Nacional de salud basado en los Principios de equidad, calidad, innovación, cohesión, seguridad y sostenibilidad, debe inspirar un gran acuerdo que incluya:

- la cartera común de servicios,
- la designación de los servicios y unidades de referencia,
- la racionalización del gasto sanitario,
- la política de salud pública,
- el procedimiento para la determinación del calendario vacunal común,
- el sistema de garantías de tiempos máximos de espera,
- el impulso de las políticas de calidad e innovación en nuestros servicios de salud
- las políticas para ganar la batalla de la prevención del consumo de drogas.
- De esta manera se preservan y mejoran las posibilidades de aumentar los efectos que ya se producen como
- La generación de un empleo directo y de calidad que no es deslocalizable.
- Un retorno de la inversión del 40%
- Ser vía de negocio para sectores como el biotecnológico y farmacéutico.

Todo ello conduce a una política de futuro y sostenible e incluso liberar recursos económicos que los ciudadanos pueden

dedicar a otras inversiones al tener cobertura universal de gran calidad.

El 18 de Junio de 2008 el proyecto es debatido y aprobado por unanimidad en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) con el objetivo de que el Pacto por la Sanidad española ofrezca seguridad a todos, especialmente a los ciudadanos, de que los temas cruciales de la sanidad no serán objeto de controversia política, sino que todas las Administraciones aúnen sus esfuerzos para conservar y mejorar el Sistema Nacional de Salud y para garantizar que nuestros hijos puedan seguir contando con este eficiente pilar del Estado del Bienestar.

En el mismo Consejo se debatió sobre la financiación autonómica para el Gobierno de España, porque el ministro quiso que el Consejo Interterritorial del SNS fuera el marco en el que Ministerio y Comunidades Autónomas desarrollaran el debate en torno a las necesidades financieras del sistema público de salud. Sostenibilidad. Las reflexiones conjuntas fueron trasladadas luego, con un impacto evidente en la remodelación de la LOFCA, al Consejo de Política Fiscal y Financiera, organismo que define y aprueba el sistema de financiación autonómica en España.

El 30 Sept. 2008 se presentan los Comités de estudio en el seno del Consejo Interterritorial de Salud. Los seis comités institucionales cuentan con un centenar de miembros del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las Comunidades Autónomas y abarcan las materias estratégicas de la sanidad española. Constituyen el vehículo para el consenso entre las administraciones sanitarias. Como en el Pacto, su objetivo es garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, de calidad y equitativa en el futuro, y preservar el motor económico que para España supone el Sistema Nacional de Salud. Su método de trabajo establece que los comités también recogan las opiniones y propuestas del resto de agentes del Sistema Nacional de Salud o que tengan una relación estrecha con él. Los principios básicos acordados son los de promocionar

- Equidad en las prestaciones sanitarias para toda la ciudadanía.
- Cohesión entre las autonomías.
- Calidad.
- Innovación.
- Seguridad para los pacientes.
- Sostenibilidad.

En Noviembre 2008 se debate en la Comisión del Congreso

de los diputados una PNL de IU – ERC-ICV que propone constituir una subcomisión para incluir en el pacto por la Sanidad a las fuerzas sociales y al parlamento. Es aprobada por unanimidad y hasta la fecha ha escuchado a numerosos expertos y estudiado los documentos de los comités. En los próximos meses la Comisión de sanidad y política social del Congreso de los Diputados debatirá el acuerdo alcanzado para proporcionar la visión parlamentaria al Pacto por la Sanidad. Por su parte el Senado constituyó una ponencia de estudio sobre las necesidades de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud cuyo punto de partida está solidamente fundamentado en el Informe **Oferta y necesidades de médicos especialistas, 2008-2025'** del Ministerio de Sanidad, que complementa y amplía el primer informe que el Ministerio realizó en 2006 y que es una herramienta metodológica de valor estratégico que se actualizará cada 2 años

18 Junio 2009 la nueva Ministra Trinidad Jiménez en la exposición de las prioridades de su acción política Pacto de Estado por la Sanidad asume el Pacto por la Sanidad como prioridad política y da continuidad e impulso a los trabajos que realizan las Comisiones Institucionales en el CISN.

Además siguiendo con el método de buscar el máximo consenso y transparencia democrática, la ministra se ha reunido con sectores representativos de profesionales sanitarios, agentes sociales y de pacientes. En ese sentido se enmarcan las reuniones con el Foro abierto de la Salud, órgano que representa a las 15 organizaciones más representativas del movimiento asociativo en España y con el Foro de la Profesión médica que agrupa a la Organización médica colegial (OMC), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Federación de Asociaciones Científicas (FACME), el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, la Conferencia de Decanos de Medicina y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina

La marcha de los trabajos de los Comités Institucionales han sido valorados en las Cortes Generales en febrero y Diciembre de 2009 por el SEC. GRAL de Sanidad y en la actualidad las más de 100 Propuestas que componen el borrador del Documento del Pacto ha sido remitido a las CCAA para su valoración y eventuales aportaciones previas a la aprobación definitiva en la CISN

TRABAJOS DE LOS COMITÉS

Los Comités han centrado su trabajo en el diagnóstico de situación y en la identificación de áreas de mejora, con la meta de alcanzar un conjunto de propuestas y acuerdos que, una vez

integrados en el documento remitido a las CCAA y con las aportaciones de las mismas, se presente al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para que, una vez aprobado, se apliquen en todo el Sistema Nacional de Salud

1.-Comité sobre Cartera común de Servicios Sanitarios y Unidades de Referencia del SNS, dependiente de la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección

Su finalidad es alcanzar un consenso sobre los criterios de mejora y ampliación de la Cartera de Servicios comunes. En relación con la cartera de Servicios se acuerda la necesidad de una mayor coordinación ante las iniciativas de las CCAA y entre los Sistemas de Salud y los Servicios Sociales y la evaluación por parte de las Agencias de Evaluación de Tecnologías sanitarias previa a la inclusión en la cartera de Servicios comunes.

En cuanto a los Centros de Referencia es necesario consolidar el procedimiento actual de designación e impulsar la coordinación entre los Centros y el resto del sistema así como los protocolos de atención para facilitar la atención continuada de los pacientes.

Hay un gran consenso en desarrollar normas básicas y comunes para garantizar tiempos de espera máximos en todo el Sistema.

2.-Comité de Políticas de Recursos Humanos, dependiente de la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección

Los recursos humanos son el pilar básico del Sistema de Salud, y son bien valorados, a menudo por encima de la tecnología y la organización. Si además se tiene en cuenta que suponen el capítulo de mayor peso en el gasto, resulta obvio que su buena gestión en los aspectos de adecuada dotación, motivación, formación y grado de compromiso con el la Salud de la población es el fundamento de una buena administración.

Los planteamientos comunes han acordado desarrollar una planificación de recursos humanos suficiente y con los perfiles competenciales definidos, para lo que es preciso dotarse de registros fiables que permitan adecuar la oferta a las necesidades reales con carácter prospectivo. En este aspecto es importante tener en cuenta la progresiva feminización de los recursos humanos sanitarios. Es adecuado adoptar criterios comunes de gestión de personal y organización de los Servicios, así como garantizar el reconocimiento adecuado a la formación y a la investigación, incluida la cooperación en foros internacionales como la UE y la OMS o los países en vías de desarrollo. Igualmente es necesario el trabajo común con países proveedores de

profesionales sanitarios, preferentemente europeos. La cooperación debe garantizar tanto los criterios éticos para el reclutamiento de especialistas, como la calidad de la formación de los mismos. Se acuerda avanzar en políticas retributivas comunes para el Sistema Nacional de Salud.

3.-Comité de Políticas para la Racionalización del Gasto Sanitario, dependiente de la Secretaría General de Sanidad

Su objetivo es la búsqueda de la eficiencia y la racionalización de los gastos para mantener la sostenibilidad financiera del sistema. Partiendo de experiencias de buenas prácticas se recomienda compartir información sobre precios, características y calidades de los productos sanitarios. Es clara la ventaja que han demostrado las iniciativas para la compra centralizada.

Deberán analizarse las experiencias de gestión desarrolladas y las experiencias de gestión clínica en cuanto a eficiencia en gestión de recursos y sus resultados.

Similar importancia se otorga a las estrategias informativas y formativas para el uso correcto de los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos, así como del uso racional de los medicamentos, para lo cual es especialmente útil compartir protocolos terapéuticos comunes entre atención primaria y especializada.

Es patente la necesidad de mejorar la capacidad de cobro a terceros e impulsar los procedimientos de evaluación de nuevas tecnologías, para valorar la eficiencia de su implantación.

Se consideran de utilidad las políticas comunes en relación a prótesis y transporte sanitario.

4.-Comité de Políticas de Calidad e Innovación, dependiente de la Dirección General de la Agencia de Calidad

Es preciso mantener una estrecha relación con los profesionales y los pacientes para asegurar permanentemente la calidad y la innovación en las distintas políticas del sistema sanitario. Se han definido tres ejes transversales que son Equidad, Participación y Gestión del conocimiento. La Equidad supone no solo la igualdad en el acceso a los servicios sino la seguridad de que la calidad sea la misma con independencia de edad, sexo, lugar de residencia, clase social o discapacidad. La Participación corresponde tanto a profesionales como usuarios y la Gestión del conocimiento debe promover la innovación y la difusión para la toma de decisiones a nivel de planificación, gestión de servicios, práctica clínica y participación informada y formada de la ciudadanía.

Se acuerda garantizar la disponibilidad en el SNS de **Indicadores Clave**, para obtener información comparable entre to-

das las CCAA y España con la UE, proporcionar el acceso a la ciudadanía de información clínica relevante para su atención desde cualquier punto del Estado bajo garantías de confidencialidad y protección de datos, disponer de un mecanismo para la notificación de incidentes y efectos adversos que mejore la seguridad de los pacientes, evaluar las estrategias, programas y planes de salud y asegurar la Sostenibilidad de las agencias de evaluación de tecnologías y su impacto en la toma de decisiones

5.-Comité de Políticas de Salud Pública, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior

Su objetivo es definir una política común en este campo, establecer un calendario vacunal común y lograr que la salud pública sea un elemento permanentemente presente en todas las políticas.

La Salud Pública implica la intervención de las instituciones a nivel local autonómico, estatal e Internacional, así como la participación de toda la sociedad, con lo que se hace evidente la necesidad de fomentar la cohesión. Para ello es evidente la necesidad de disponer de parámetros comunes, prioridades consensuadas, soporte tecnológico y aplicaciones compatibles entre Administraciones que proporcione coordinación al Sistema.

Un punto concreto acordado es el de disponer de un calendario vacunal común como el acordado en el CISNS el 10 de Octubre de 2007 y sus modificaciones sean revisadas en la Comisión de Salud Pública, asesorada por organismos propios o las instancias científicas que estime oportunas

Se acuerda crear la nueva especialidad en Salud Pública para todas las disciplinas sanitarias y no sanitarias y revisar la cartera de servicios en la materia para garantizar servicios comunes en Salud Pública que aseguren estándares de calidad y equidad en todo el Estado.

El Comité respalda la necesidad de disponer de una Ley Estatal de Salud Pública en la que el Ministerio de Sanidad y Política Social desempeñe un liderazgo efectivo trabajando en estrecha colaboración con las CCAA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

6.- Comité de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas, dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

El Comité consensúa que debe existir una normalización de las actuaciones y para ello es preciso coordinar la asistencia específica de los drogodependientes en los diversos escalones del Sistema Sanitario Público.

Es necesario impulsar el desarrollo de la Cartera de Servicios de atención al drogodependiente recogida en el R.D. 1030/2006 que recoge las necesidades tanto en la atención primaria como en la especializada, así como la atención precoz e intervención temprana de adolescentes y jóvenes concienciando a los profesionales de la atención primaria.

La información necesita el desarrollo de indicadores de admisión a tratamiento, de mortalidad y de urgencias hospitalarias. También se necesita definir la red de centros, servicios y unidades de uso público.

CONCLUSIONES

En definitiva todos los comités han emitido los informes técnicos de diagnóstico, de posibles actuaciones de mejora y de acuerdos. Queda ahora un trabajo de análisis por parte de los responsables políticos de las comunidades autónomas, que configure definitivamente las propuestas de acuerdo a llevar al Pleno del Consejo Inter territorial del Sistema Nacional de Salud, para su aprobación.

Con el acuerdo resultante el Sistema Nacional de Salud será más sólido al quedar fuera de la controversia política su propia existencia y sus condiciones para que mantenga la máxima calidad, cohesión, equidad y sostenibilidad. El respeto debido a las competencias de los gobiernos autónomos, todos ellos con competencias plenas en Sanidad, obliga a que la gestión dependa de las prioridades y la orientación política de cada gobierno, pero el análisis de las mejores prácticas, su eficiencia y resultados también estarán sometidas al escrutinio y debate en el Consejo Inter territorial de Salud, con lo que según las mejores reglas de la transparencia democrática podrá ser mejor evaluada por las propias administraciones y la ciudadanía. ■

Consideraciones y propuestas sobre el Pacto por la Sanidad

Rosana Costa
Secretaría confederal de Política Social de CC000

A principios de 2009, el Gobierno de la nación hizo público su objetivo de trabajar para alcanzar un Pacto por la Sanidad, atendiendo su doble vertiente política y social. Desde CC.OO saludamos esta iniciativa, que ya el anterior Ministro de Sanidad Bernat Soria nos presentó. Esta propuesta venía a dar continuidad a reflexiones ya iniciadas en 2004 por agentes políticos, institucionales y sociales, desde las ya se abogaba por la necesidad de dicho pacto.

El Diálogo social que tuvo un conato de inicio hace meses, ha tenido fluctuaciones tanto en su continuidad como en el abordaje real de contenidos. Todo parece indicar que ello responde a su vez, a los devenires que el desarrollo de dicho Pacto tiene en su recorrido político.

A partir del pasado mes de diciembre en la Mesa de Diálogo social se están manteniendo reuniones periódicas, que hasta la fecha han permitido poner en común tanto el diagnóstico, como las propuestas que las distintas partes entienden como cuestiones susceptibles de abordar para la mejora del SNS.

A fecha de hoy el Gobierno aún no se ha pronunciado sobre la viabilidad o no de Acuerdo en el ámbito político, ni ha expresado compromisos concretos en relación a las propuestas sindicales presentadas en la Mesa.

Si bien el Gobierno se emplaza a dirimir con prontitud esta cuestión, el Pacto sigue abierto, sin que existan garantías de su consecución.

Desde CC.OO mantenemos la consideración de que los debates y esfuerzos que deban realizarse en relación a la financiación, necesariamente tendrán que acompañarse con un mismo nivel de compromiso y corresponsabilidad entre las administraciones, para garantizar el mejor gobierno del SNS.

La sostenibilidad del sistema se sustenta en una buena gestión pública, en la calidad e integralidad de sus prestaciones, en la

formación y reconocimiento de sus profesionales, en su cohesión interna. No puede limitarse por tanto a ajustes presupuestarios.

Reconociendo los datos positivos que nuestro país presenta a nivel macro en relación a los resultados en salud, es necesario evaluar las desigualdades que puedan estar produciéndose por razón de la edad, género, territorios y clase social. De igual manera, existen muchos aspectos mejorables en la gestión de la sanidad pública para atender la demanda sanitaria y mejorar la salud. En definitiva problemas de organización y financiación que repercuten negativamente en la equidad en el acceso y en la calidad y adecuación de los servicios sanitarios.

Por ello, entendemos que solo se puede hablar de un Pacto desde el supuesto de que más allá de acciones puntuales, sesgadas y coyunturales, lo que se persigue es tomar un compromiso social y político amplio y de suficiente alcance con respecto al futuro del SNS, a las expectativas ciudadanas y profesionales y al mejor desarrollo de las prestaciones y servicios, para el ejercicio real del derecho a la salud. Lo cual pasa por realizar propuestas y acometer medidas que tengan una componente estructural e integral, conducentes a alcanzar objetivos de mejora previamente establecidos, y que respondan y se legitimen en un acuerdo participado por los agentes políticos, institucionales y sociales.

En el documento que desde CC.OO hemos presentado, señalamos diferentes aspectos carenciales o problemáticas que presenta el SNS, y apuntamos una serie de propuestas encaminadas hacia su superación. Documento que a continuación presentamos.

A modo de diagnóstico:

- Los recursos destinados a la sanidad siguen estando por

debajo de la media europea, existen desequilibrios financieros en algunas CC.AA, es necesario ampliar las funciones del Fondo de cohesión, así como introducir mejoras en el conjunto del Sistema.

- El gasto farmacéutico en España continua siendo elevado en relación al gasto sanitario total, se desconoce el gasto farmacéutico hospitalario. Tenemos poca presencia de los medicamentos genéricos con una distribución muy irregular en las distintas CCAA y una prescripción con un perfil inapropiado. Simultáneamente, también es muy importante la presencia de las empresas farmacéuticas en la promoción de eventos "científicos" y en la formación continuada de los profesionales.
- La provisión privada se sustenta sobre la financiación pública y con un notable incremento de externalizaciones que se ha producido en los Servicios Regionales de Salud. Dos problemas añadidos son que su calidad es muy irregular y muy poco controlada, y que frecuentemente se sustenta en la utilización del mismo personal médico que ya trabaja en el SNS.
- Ha habido muchas iniciativas para introducir cambios en los modelos de organización y gestión de los servicios sanitarios, que en la mayoría de los casos han derivado en una privatización total o parcial de los mismos. También las experiencias y la intensidad de las privatizaciones es distinta según las CCAA, en algunas se vive una ofensiva de privatizaciones y desmantelamiento de la red pública. No existen evaluaciones oficiales sobre estas experiencias, pero todo lo conocido avala la constatación de que los centros privatizados o semiprivatizados tienen unas ratios de personal y camas muy inferiores a los públicos, que practican la selección de riesgos y donde prima el beneficio sobre los resultados en salud.
- La Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003 no ha conseguido establecer unos mecanismos eficaces de coordinación del SNS y continua echándose en falta la capacidad del Consejo Interterritorial para definir objetivos y una política general del SNS, simultáneamente han proliferado diversas formulas de gestión que difieren en el papel que se le otorga al sector privado en la provisión de servicios sanitarios, variando las garantías públicas que se ofrecen a las personas en el ejercicio del derecho a la salud.
- La red de hospitales públicos se caracteriza por una importante carencia de camas (la ratio camas/1.000 habitantes se sitúa en 3,4 frente a la media de la UE de 7,8), sobre todo camas de media y larga estancia. La actividad de la red hospitalaria pública es muy importante, tanto en volumen como en calidad de la atención, habiéndose desarrollado áreas de actividad muy relevantes: transplantes, cirugía mayor ambulatoria, etc. Existe una tendencia creciente a una mayor utilización de los recursos (consultas y cirugía de tarde, etc) pero todavía puede asegurarse que los importantes recursos tecnológicos de nuestros hospitales están infrautilizados, aunque existen muchas diferencias entre territorios y entre centros.
- Las demoras en las citas de la primera consulta de atención especializada y las de intervenciones quirúrgicas siguen siendo demasiado elevadas y constituyen un serio problema. Debería atenderse a las iniciativas tomadas por algunas CC.AA sobre derechos y garantías en tiempos y esperas, esta es la vía para garantizar un tiempo de respuesta adecuado según patología
- La Atención Primaria (AP) constituye uno de los grandes activos de nuestro SNS. No obstante su desarrollo es bastante desigual, tanto en dotaciones de personal e infraestructuras como en capacidad de resolución (acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas). El desarrollo de la promoción y prevención es escaso de manera generalizada. El programa de mejoras (AP21) todavía está pendiente de ejecutarse en la práctica.
- Existe poca relación entre AP y Especializada y menos aún con otros recursos sanitarios (salud mental), socio-sanitarios y de servicios sociales. La privatización y la creación de múltiples formulas de gestión hace todavía más difícil esta relación.
- La salud laboral es una asignatura pendiente del sistema sanitario, y sin embargo es determinante de la salud pública y contribuye de manera efectiva a la reducción de desigualdades sociales. Es imprescindible la integración y coordinación de las distintas Administraciones y entidades especializadas comprometidas.
- El modelo comunitario de atención por el que se rige la salud mental, presenta en general un escaso desarrollo en el conjunto del Estado. Si bien, existen diferencias notables entre las distintas CC.AA.
- Existen importantes desigualdades de salud atendiendo a la variable de género y desigualdades en los planes y formulas de atención entre las CCAA.
- Tenemos un bajo gasto I+D+i que además se está viendo

disminuido por las restricciones presupuestarias. Hay una gran presencia de los intereses de las empresas farmacéuticas y muchas pseudoinvestigaciones.

- En España hay un número insuficiente de profesionales médicos agravado con una mala distribución entre las CCAA y un déficit notorio de profesionales de enfermería con un desarrollo muy escaso de las especialidades. La formación postgrado y continua de los profesionales debe garantizarse desde una planificación y oferta de responsabilidad pública, desvinculando la formación de los intereses de las empresas farmacéuticas.
- Los derechos de los ciudadanos en el SNS, no son suficientemente conocidos, y no existe un sistema real de garantías públicas en relación al acceso y la calidad prestacional.
- La importancia que se le da a la participación social y profesional para el buen funcionamiento del S.N.S, no se corresponde con la escasa participación real que existe a todos los niveles en el conjunto del Sistema, tanto a nivel organizativo, como en los órganos de participación institucional.

Si anteriormente referíamos el carácter transversal e integral que debe caracterizar el contenido del Pacto por la sanidad, cabe señalar aquí la necesidad de expresar garantías suficientes para la consecución de los acuerdos que pudieran alcanzarse. En ese sentido el Consejo Interterritorial debería dotarse de sistemas de toma de decisión y capacidad operativa real que den carácter vinculante a los acuerdos que se adopten.

Enumeración de Propuestas.

- Regulación e instrumentación del Sistema de Información sanitaria en el SNS, donde se recojan de manera homogénea y suficiente aspectos en materia de recursos profesionales, cartera de servicios, gasto, indicadores de salud, gestión de listas de espera, etc.
- Aumentar la financiación sanitaria al menos en un 1% sobre PIB, garantizando su distribución en base a las necesidades de salud de las distintas CC.AA y favoreciendo las políticas de cohesión y equidad distributiva en el conjunto del SNS.
- Constitución de la Mesa sectorial de ámbito estatal, en desarrollo del EBEP, dotándola de competencias y regulando su desarrollo, así como redefinir el papel del Foro Marco para el Diálogo Social.
- Elaboración de un libro blanco sobre salud para disponer de un diagnóstico sobre la situación de salud de la población española y del funcionamiento de los servicios sanitarios, desagregando la información por CCAA.
- Elaboración del Plan Integrado de Salud, comprometido en la LGS de 1986, que establezca los objetivos e indicadores de salud comunes del conjunto del SNS.
- Elaboración de la Ley de Salud pública en la presente anualidad.
- Evaluación por parte de la Agencia de Evaluación de políticas públicas los denominados "nuevos modelos de gestión" y sus resultados en relación a la eficacia, la calidad y la eficiencia de sus prestaciones, que deberá ir orientada a potenciar el Sistema Sanitario Público.
- Paralización de las privatizaciones de la Red Sanitaria Pública, acompañada de la implementación de medidas para la mejora de gestión y gobierno público del SNS.
- Evaluación de las experiencias realizadas para garantizar la continuidad de los cuidados, mediante la integración de las actuaciones y recursos sanitarios del SNS, conducente a la adopción de medidas concretas.
- Instrumentación efectiva de prestaciones tal y como ya se propone en normas legales vigentes (RD de Ordenación de Prestaciones y Ley de Cohesión), con especial énfasis en la introducción ordenada y uso tutelado de nuevas tecnologías.
- Diversificar la gama de políticas sanitarias financiadas a través del fondo de cohesión en función de las prioridades sociales y de la equidad distributiva para el conjunto del SNS.
- Crear la carrera de gestión, apostando por la profesionalización, y abandonando la instrumentalización política de la gestión.
- Realizar un estudio y presentar un informe sobre el funcionamiento y organización de la Atención Especializada. Elaboración de propuestas de organización interna, de provisión de cargos intermedios y de relación con el área de salud garantizando la continuidad de la asistencia.
- Establecer medidas para rentabilizar la Red Sanitaria Pública y reforzar sus medios humanos y técnicos, para garantizar una atención sanitaria de calidad y en un tiempo razonable.

- Estímulo institucional efectivo a la práctica clínica apropiada, en la búsqueda de la mejor relación beneficio-riesgo para la persona, y orientadas a una mayor capacidad de organización dentro de los centros y servicios de la Red Sanitaria Pública.
- Potenciar la Atención Primaria en la línea de los objetivos de la AP21 garantizando su aplicación en todas las CCAA.
- Desarrollo de la Salud Mental Comunitaria dotándola de los medios profesionales y de las infraestructuras suficientes en la red sanitaria pública.
- Diseño y desarrollo de políticas de atención a la salud atendiendo a la problemática de género mediante su sistemática incorporación a la AP y especializada y la creación de los recursos específicos que sean necesarios.
- Universalización sanitaria definitiva, como derecho personal, ligado a la condición de ciudadanía y residencia permitiendo la integración al SNS a todos los colectivos excluidos, estableciendo los periodos transitorios oportunos a cada caso.
- Análisis de la viabilidad del actual modelo dual de atención a la pérdida de salud (SPS/INSS con Mutuas) e incentivar el uso conjunto de centros sanitarios entre sistemas públicos de salud y centros mutuales del INSS/Mutuas. Abordando en el Pacto de Toledo los cambios normativos necesarios para conseguir un sistema eficaz, eficiente y sostenible.
- Promover en SPS la acción preventiva en materia de alcohol y otras drogas, garantizando la atención asistencial a las personas con una dotación suficiente y adecuada de los dispositivos sanitarios y garantizando la atención sociosanitaria. Ampliar y fortalecer las medidas y programas para la prevención e inserción. Establecer la coordinación estable e institucional entre las administraciones implicadas, tanto territorial como competencialmente.
- Crear unidades de salud laboral, desarrollando los medios para dar eficacia al art. 5 del RD 1299/2006. Constituir el Centro Nacional de Referencia en Enfermedades Profesionales, que oriente tanto para diagnóstico de enfermedades del trabajo, como para la elaboración de protocolos para la vigilancia de la salud.
- Puesta en marcha de sistemas de control rigurosos del funcionamiento de los centros privados para garantizar la calidad de sus prestaciones asistenciales.
- Establecimiento de políticas activas para el control del gasto farmacéutico con el objetivo de que su crecimiento se sitúe al menos 1 punto por debajo del crecimiento de los presupuestos sanitarios. Promover la utilización de medicamentos genéricos en el SNS.
- Garantizar información y formación actualizada en farmacoterapia a todos los profesionales prescriptores y que ésta sea independiente de las empresas farmacéuticas.
- Información pública del gasto farmacéutico hospitalario con una periodicidad cuando menos anual.
- Revitalizar los mecanismos e instrumentos de participación social, profesional y ciudadana en todos los niveles y en los distintos órganos de representación y participación social e institucional del SNS y garantizar al conjunto de la población una información detallada sobre sus derechos en materia de salud.
- Incremento de la dotación para I+D+i y de la infraestructura organizativa que permitan políticas de investigación y desarrollo orientando el esfuerzo científico hacia objetivos de salud socialmente relevantes.
- Definición de una estrategia de TIC para el SNS, en la cual los principales retos como la tarjeta sanitaria, la historia clínica electrónica, el uso de bases de datos clínicas, etc, sean piezas de innovación generadas desde el propio sector.
- Establecer de manera urgente la troncalidad en la formación especializada de los profesionales médicos, así como el desarrollo de las especialidades de enfermería, para acercarnos a la media de la ratio europea. ■

Viejas y nuevas turbulencias sanitarias

Gaspar Llamazares

Portavoz parlamentario de Izquierda Unida

Presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados

A cualquiera que le pregunte, sea o no sanitario, sobre el año 2009 terminado y lo que quedará de él en nuestra memoria, responderá sin dudarle que este año ha sido el año de la crisis. Sin embargo, la filiación de la crisis y sus responsables contará, a buen seguro, con menos unanimidad y más división. Unos dirán que la crisis viene de fuera y de lejos, y tendrán parte de razón, y otros atribuirán la crisis a causas y responsables más cercanos en el espacio y el tiempo.

En el ámbito sanitario, será la pandemia de gripe H1N1 la que caracterice este año y, también en relación a ésta, la unanimidad se troncará en división cuando se trate de dilucidar si fue adecuada o excesiva la reacción de las autoridades sanitarias, ya sean internacionales, estatales o de comunidad autónoma.

En todo caso, si algo podemos destacar de la mencionada crisis sanitaria en contraste con la crisis económica es el acuerdo político y el consenso entre administraciones sanitarias, sólo perturbado por algún rifirrafe colateral dirigido por la dirección del PP pero no a la ministra del ramo, sino al Ministerio de Defensa de Carme Chacón. Lo que está aún por ver es si servirá este pretendido liderazgo compartido al menos para la futura Ley de Sanidad Pública

Hasta descubrirlo, no obstante, detrás de la calma de la gestión compartida de la Gripe A, han continuado las turbulencias y, en algún caso, las tormentas en nuestro sector sanitario. Entre las 'turbulencias', destaca que la financiación aún insuficiente de la Sanidad española (un punto del PIB inferior a la media comunitaria) ha estado presente durante toda la discusión del nuevo Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas. Tengo la impresión de que, aunque se haya incorporado al denominado Fondo de Suficiencia, este debate se habrá cerrado en falso mientras no se resuelva el carácter finalista de los fondos destinados a la Sanidad y exista una dotación suficiente del Fondo de Cohesión que dé contenido y solidez presupuestaria al necesario liderazgo del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial de Salud.

Otras 'turbulencias' tienen que ver con los debates abiertos tanto en los comités creados entre Ministerio y CC.AA. con motivo del Pacto de la Sanidad, como en las subcomisiones que en las Cortes Generales se han puesto en marcha este año. El primero, donde se busca un acuerdo en cuestiones tácticas o de gestión del Sistema Nacional de Salud como los recursos humanos, la 'racionalización' del gasto o la gestión de las listas de espera, el sistema de información, etc... Y en el nuestro, más estratégico, donde se pretende un acuerdo que garantice el futuro del sistema en materias como el liderazgo compartido, la universalización, la cohesión y equidad, o la calidad y la participación profesional y ciudadana en el Sistema de Salud.

Entrando ya en el apartado de las 'tormentas' hay una que corre el peligro de convertirse en un ciclón para el Sistema de Salud. Me refiero a la pretendida privatización de éste al socaire de los denominados nuevos modelos de gestión. En este sentido, es más que significativo que, habiendo sido el Congreso de los Diputados quien abrió la puerta a las nuevas formas de gestión en 1997, sea ahora el que decide su reconsideración por amplia mayoría, a propuesta de Izquierda Unida. Se logra así abrir una reflexión para acotar aquellas fórmulas que lejos de hacer más eficiente la gestión, entran en abierta confrontación con los principios y valores de financiación y provisión pública contemplados en la Constitución Española y en la Ley Básica de Sanidad.

Estas 'turbulencias y tormentas', que pasaron a un segundo plano con la mediática pandemia de gripe H1N1, estoy seguro que volverán a un primer plano en este nuevo año 2010. Espero que sea para bien, porque a todos estos temas pendientes ya conocidos habrá que añadir la cuestión sociosanitaria con motivo del desarrollo y aplicación de la Ley de la Dependencia y de la nueva estructura del ahora Ministerio de Sanidad y Política Social. ■

Pacto por la Sanidad: cuestiones clave

VÍCTOR SÁNCHEZ

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Todo el mundo está de acuerdo en que el Pacto por la Sanidad es deseable y que significaría un importante avance porque sustraería a la política sanitaria de los vaivenes del mercadeo político, claro está que para ello se precisa que el pacto conforme acuerdos sustanciales en los siguientes aspectos que son clave a la hora de definir el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS):

1. Información sanitaria: No es de recibo que las administraciones públicas mantengan secuestrada la información básica sobre el funcionamiento de los sistemas regionales de salud. Se necesita información homogénea, de calidad, sobre los aspectos fundamentales del funcionamiento de los servicios de salud, actualizada y pública. El SNS lo mantenemos todos los ciudadanos con nuestros impuestos y podemos y debemos exigir una transparencia hasta el presente inexistente.

2. Suficiencia financiera: El mantenimiento del SNS precisa de una financiación acorde con sus compromisos con la salud de la población. Continuar con la actual subfinanciación es solo un foco de problemas y de ausencia de credibilidad de los presupuestos fomentando los déficits incontrolados. Por otro lado esta financiación debería de realizarse de acuerdo a las necesidades de salud de la población, para lo que sería necesaria la aprobación de un Plan de Salud.

3. Financiación finalista: La descentralización del estado y los distintos acuerdos de financiación han favorecido una financiación en bloque de las CCAA lo que no garantiza que los fondos, supuestamente destinados para la sanidad, acaben utilizándose con este fin. Por ello sería conveniente garantizar el carácter finalista de los mismos. Otra alternativa, a medio camino, sería la de dotar de mayores fondos al Fondo de Cohesión sanitaria para que pudiera posicionar presupuestos en las CCAA en virtud del cumplimiento de objetivos de salud y para combatir desigualdades.

4. Gobierno del SNS. Es preciso articular mecanismos entre el

Ministerio de Sanidad y las CCAA que permitan la elaboración, coordinación y ejecución de políticas comunes en todo el SNS.

5. Control del gasto farmacéutico: Tenemos un gasto farmacéutico claramente excesivo y además no transparente (el gasto hospitalario que depende de las CCAA es desconocido y existen indicios de que es el que crece de una manera mas importante), por otro lado el uso de medicamentos genéricos es globalmente bajo y existen serios problemas en cuanto a la racionalidad de la utilización de los medicamentos. En este terreno hay tres medidas básicas:

- Incrementar la utilización de medicamentos genéricos con el horizonte de que alcancen el 30% de las prescripciones
- Control del "marketing" de la industria farmacéutica mediante financiación de congresos, cursos, viajes, etc
- Poner en funcionamiento sistemas de información independiente y de calidad de los profesionales del SNS

6. Detener las privatizaciones: Las privatizaciones han avanzado a lo largo y lo ancho del SNS de una manera incontrolada. Hay que definir el modelo público y paralizar la concesión a empresas privadas de la atención sanitaria.

7. Desarrollo de políticas profesionales. La ausencia de políticas profesionales es otra de las características del SNS, lo cual produce una desafección hacia el sistema de los que son su principal activo. Para invertir la situación habría que plantearse:

- Potenciar la dedicación exclusiva de los profesionales para favorecer su identificación con los objetivos del SNS
- Desarrollar la formación postgraduada troncal de los especialistas
- Incrementar el número de profesionales de enfermería adecuando sus competencias profesionales a la nueva titulación y al desarrollo de las especialidades

- Profesionalizar la gestión sanitaria
- Asegurar la independencia, cualificación y profesionalidad de los cargos intermedios

8. Participación social y profesional. Un sistema sanitario que pretende asegurar la salud de la población debe de tener capacidad para responder a las aspiraciones de los ciudadanos y de comprometerlos con su buen funcionamiento, por eso es imprescindible fomentar y desarrollar mecanismos efectivos de participación social y profesional.

Por lo que se conoce de los documentos elaborados por el Ministerio de Sanidad y las CCAA, los tiros no van por ahí, mas bien se trata de una serie de declaraciones de intenciones, sin capacidad alguna de hacerse obligatorias que en el mejor de los casos quedaran en una declaración de intenciones con pocas probabilidades de llevarse a la practica. Claro esta que también puede simplemente quedarse en nada por la actitud del PP de evitar cualquier indicio de compromiso con el gobierno. No obstante es necesario avanzar en una clarificación de nuestro sistema sanitario y hacerlo con cierta premura porque el resultado de algunas actuaciones muy agresivas, como las de Madrid y Valencia, están poniendo en cuestión el propio modelo sanitario y lo llevan a un punto de no retorno. Por eso, aunque sea muy difícil, merece la pena intentarlo. ■

Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad

ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Autoría y descargos

Los socios de AES consultados para la elaboración de este documento han sido: José M^a Abellán, Fernando Antoñanzas, Patricia Barber, Rafael Bengoa, Juan Cabasés, David Cantarero, Paloma Fernández Cano, Ana Gil, Beatriz González, Guillem López Casanovas, Javier Mar, Ricard Meneu, Salvador Peiró, Jaime Píñilla, Jaume Puig-Junoy, José Ramón Repullo, Fernando Ignacio Sánchez, Antonio Sarriá, Oriol Solá-Morales y Rosa M^a Urbanos

Aunque el documento elaborado busca sintetizar la respuesta aportada por los socios, su contenido final es responsabilidad de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud, compuesta por Enrique Bernal, Ignacio Abásolo, Manuel García Goñi, Josep Fusté, Ángel López, Francisco Martos, Juan Oliva, Berta Ribera y Marta Trapero.

Prefacio

El presente documento constituye una síntesis de las aportaciones de varios socios de AES a los que la Junta Directiva solicitó un diagnóstico somero de la situación actual de la política sanitaria del país, propuestas de mejora y lagunas de conocimiento.

Este texto recoge **60 reflexiones y 17 lagunas de conocimiento** sobre el estado actual de Sistema Nacional de Salud español, y sobre potenciales elementos a considerar en la estructura de un eventual Pacto por la Sanidad. Las reflexiones se agrupan en torno a las áreas consideradas estratégicas a saber, Recursos Humanos, Racionalización del Gasto Sanitario, Cartera Común de Servicios Sanitarios, Calidad e Innovación, Salud Pública y Salud en el ámbito de las Drogas.

Se trata de un documento de diagnóstico que se fundamenta en el **conocimiento empírico o científico existente, y señala algunas lagunas relevantes para emitir juicios**

sobre bases de información y conocimientos objetivos.

Se adjunta al final del documento la bibliografía utilizada en su elaboración.

El objetivo de la Junta de AES es compartir este diagnóstico preliminar con el conjunto de socios para dar opinión de manera democrática a todos los socios sobre el documento elaborado y, en una fase subsiguiente, elaborar de forma consensuada las líneas de acción o las políticas que debieran ser objeto de Pacto.

Consideraciones previas

El ámbito sanitario es un determinante más de la Salud de las poblaciones. Aclarar, a priori, el alcance del Pacto por la Sanidad será relevante a la hora de proponer políticas concretas. Así por ejemplo, en nuestra opinión, en lo referente a la Salud Pública, las Políticas sobre las Drogas o la Atención Sociosanitaria, el Pacto debería ser cuidadoso en considerar aspectos no puramente sanitarios y evitar circunscribirse exclusivamente al actual campo competencial del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los instrumentos legales (Ley de Cohesión y Calidad, por ejemplo) y acuerdos institucionales disponibles (Conferencia de Presidentes), así como las iniciativas de ámbito estatal, como el Plan de Calidad, o de ámbito autonómico, Agencias de Evaluación de Tecnologías, tienen una historia pasada y una dinámica presente, con sus luces y sus sombras, que no pueden ser ignoradas de cara al presente Pacto. De llevarse a buen término, dicho Pacto requeriría con toda probabilidad incluir un reenfoque de las Agendas y Procedimientos de estas iniciativas si se quiere propiciar un cambio real.

La mayor parte de las reflexiones se hacen sobre la base de estudios parciales, locales y fragmentados. En su conjunto el SNS carece de información relevante para decidir qué políticas se deben implementar, para evaluar los resultados de la implemen-

tación de políticas sobre Recursos Humanos, Cartera de Servicios Común, Calidad e Innovación, o Salud Pública; en definitiva, para el gobierno inteligente del mismo.

Una recomendación general para el éxito del Pacto consistiría, con independencia del número de problemas diagnosticados en esta fase, en tratar de huir de un listado inmanejable de cuestiones a pactar, centrándose en aquéllas que más valor añadido puedan suponer para la salud de la población y más consenso generen entre los distintos agentes implicados.

SOBRE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

1. *Contexto internacional:* Déficit global de médicos y enfermeras en el mundo, con trasvase de países pobres a ricos. Movilidad creciente de profesionales, también dentro de la UE. Las fuerzas que atraen a los profesionales españoles desde países europeos desarrollados (particularmente, el Reino Unido) están en descenso. Por el contrario, existe un gran potencial de oferta de médicos de Latinoamérica y en Europa del Este.

2. *Marco institucional:* competencias repartidas entre las CCAA y el gobierno central (MSC, MICINN). Las CCAA son demandantes de empleo de profesionales, el gobierno central tiene un papel importante, aunque no exclusivo, en la regulación de la oferta (*numerus clausus*, convocatorias plazas de especialización). Ambos niveles de la Administración son demandantes de profesionales para el sistema de I+D+I.

3. El *numerus clausus* de medicina se ha mantenido estable desde 1979 hasta el curso 2006-07. El número de plazas MIR convocadas cada año excede en más de dos mil plazas al número de nuevos licenciados en Medicina en España. La inmigración de médicos extranjeros que vienen a España a especializarse palia parcialmente este desequilibrio. Con todo, se quedan vacantes plazas de formación MIR, unas de entrada y otras que se abandonan para cambiar de plaza o especialidad.

4. A corto plazo hay déficit de médicos en algunas especialidades. El mercado no es suficientemente flexible para adaptarse a corto plazo a los cambios en las necesidades de profesionales. Los nuevos hospitales y centros de especialidades abiertos o a punto de abrirse en algunas CCAA de sanidad transferida en 2002 agudizan el déficit. La demanda de profesionales, médicos y enfermeras, por el sector privado ha propulsado el déficit, particularmente en algunas especialidades de alta demanda privada como pediatría, obstetricia y ginecología, y muchas de las especialidades quirúrgicas. Las especialidades de elasticidad renta alta, algunas ligadas al bienestar mas que a la salud (estética, por ejemplo) han experimentado aumentos

de demanda importantes. El déficit de especialistas en MFyC es especialmente preocupante, tanto por ser resultado de un exceso de demanda como también por ser fruto de una reducción sistemática de la oferta (plazas MIR sin adjudicar, abandono de la especialidad una vez iniciada, etc.).

5. El déficit de médicos afecta particularmente a zonas rurales, a pequeñas ciudades, a hospitales comarcales y a las islas, sobre todo las menores.

6. Comparando ratios poblacionales de médicos con otros países del entorno, España ocupa una posición intermedia-alta en el ranking de médicos colegiados y de especialistas hospitalarios, más en unas especialidades que en otras. No obstante, el número, y ratio, de enfermeras por 1000 habitantes es menor en España. Esto puede estar indicando que hay diferente reparto de tareas entre médicos y enfermeras y que la función de producción de asistencia sanitaria en España es muy intensiva en trabajo *del médico*, que no es lo mismo que trabajo médico. Una reorganización de tareas, eliminando las burocrático-administrativas, podría reducir la necesidad de médicos sin que la calidad asistencial se resintiera.

7. La presión de la demanda, y el escaso acierto en el diseño y aplicación de las políticas de recursos humanos, exacerba comportamientos oportunistas ya presentes por otras causas (contratos incompletos, fallos del sector público, ...), y un clima laboral inadecuado, que afecta muy directamente a la profesionales sanitarios más dedicados, lo que redundará en un agravamiento de los problemas de eficiencia conocidos en los servicios sanitarios.

SOBRE POLÍTICAS DE FINANCIACIÓN Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Evolución de financiación y gasto en Sanidad

8. En nuestro sistema, el brusco y elevado incremento de la población ha conllevado un significativo incremento de la demanda en los últimos años. Hasta hace poco tiempo, el proceso de absorción de los incrementos de población no requirió prácticamente una ampliación de la estructura de la oferta de atención sanitaria. Pero hoy se hace necesaria una adaptación de la oferta a la nueva demanda que, además, muestra características específicas en la composición de la población demandante, incluidas especificidades etáreas y culturales.

9. La financiación territorial sanitaria sigue siendo el canal de transmisión de cualquier propuesta de racionalización del gasto en España. El modelo vigente desde 2002 mostró algunas ca-

rencias en su diseño y en su aplicación, que tratan de resolverse en el nuevo modelo que ahora se discute. La aprobación y discusión de las reformas de estatutos de autonomía debe estimular el debate de los aspectos que afectarán al modelo vigente en materia de corresponsabilidad fiscal y de la estimación de necesidad relativa.

10. El gasto sanitario en España ha aumentado de manera sostenida en la última década, tanto en valor absoluto como en términos relativos (porcentaje del PIB). Sin embargo, la comparación con los Estados Miembros de la Unión Europea de las cifras de gasto sanitario total y público sobre el PIB indica que el gasto destinado a la sanidad es relativamente menor que la media europea (OECD Health Data 2008).

11. El diferencial de gasto entre CCAA por persona protegida ha crecido. Dado el menor peso de los fondos estatales de solidaridad y el peligro del aumento del poder disgregante del SNS en el futuro es de esperar que siga incrementándose la variación en los gastos sanitarios capitativos por CCAA.

12. El aumento de la factura farmacéutica y la espiral creciente de gasto en personal pueden condicionar las inversiones públicas en un contexto de menor crecimiento económico y rigidez presupuestaria.

13. La combinación de recursos y la organización del proceso asistencial para dar respuesta a las necesidades de la población, es un determinante de la eficiencia global del sistema.

14. La Atención Primaria hoy día cubre necesidades médicas, pero también sociales, necesidades que no tienen un cauce alternativo suficiente, con la consiguiente utilización ineficiente de recursos públicos.

15. Existe una deficiente coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada lo que se traduce en una atención sanitaria de peor calidad y sobre-utilización de recursos sanitarios inapropiados.

16. La evidencia sobre utilización inapropiada de estancias e ingresos hospitalarios y de medicamentos o el escaso traslado de riesgo a los gestores son una fuente importante de ineficiencia.

Profesionales sanitarios

17. La sanidad está organizada pensando en la curación de las enfermedades agudas, y no tanto de las enfermedades crónicas. El equilibrio entre médicos y personal de enfermería no está adecuada a los patrones actuales de morbilidad.

18. Sin embargo, los repartos de funciones, tareas y responsabilidades clínicas entre especialidades médicas, y en menor medida entre médicos y enfermeras, dependen del contexto organizativo y cambian en el tiempo. Los incentivos, también, aunque en general el sistema tiende a ponderar en exceso los componentes fijos de la retribución y distribuir la parte variable con criterios volátiles y poco o nada relacionados con la calidad de la atención o la salud.

19. Aunque en teoría los sistemas regionales de salud son autónomos para definir sus reglas del juego –retribuciones, condiciones de trabajo, incentivos a los profesionales– en la práctica los logros de unas CCAA se contagian a otras, y la propagación de la tensión alcista es rápida. Emulación de máximos logros en las negociaciones colectivas, presiones sindicales que inciden en derechos y menos en deberes, etc. Y ello en un contexto donde la funcionarización de los profesionales sanitarios es una característica peculiar del SNS español frente a otros países europeos.

20. La insuficiente formación de los profesionales en materia de gestión y economía de la salud hace que la racionalidad clínica no pueda complementarse con la necesaria racionalidad económica. La falta de conciencia de las consecuencias económicas del comportamiento del profesional contribuye a un aumento ineficiente del gasto público sanitario.

Regulación de precios en el “mercado” de medicamentos

21. Pese a la existencia de numerosas evidencias, teóricas y empíricas, que aconsejan reducir la intervención pública sobre los precios en el mercado de medicamentos con patente expirada, la nueva Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios continúa mostrando una exagerada preferencia por la regulación de precios frente al fomento de la competencia, y todo ello en lugar de una apuesta decidida por mejorar la gestión de la prescripción (recuérdese que en la actualidad el gasto farmacéutico parece más dirigido por el número de recetas que por el precio).

Financiación pública de nuevas tecnologías sanitarias

22. La decisión sobre la financiación pública de nuevas prestaciones sanitarias no está fundamentada en criterios de eficiencia (costeefectividad)

Corresponsabilidad financiera del paciente

23. Tomando como referencia el ámbito de la Unión Europea se observa que en las prestaciones de atención primaria aproximadamente la mitad de los Estados miembros establecen algún tipo de participación en el coste para los usuarios, ya sea en forma de un pago fijo por consulta o prueba diagnóstica o bien como un porcentaje del coste total. En el ámbito de la prestación de asistencia especializada, los Estados que no ofrecen asistencia gratuita han registrado incrementos significativos en las cuantías fijadas para los co-pagos.

24. El sistema actual de copago de farmacia no contribuye a mejorar la eficiencia (exceso de consumo); existen serias dudas sobre su contribución a la equidad (igualdad de acceso a los medicamentos para una misma necesidad); y tampoco contribuye a asegurar la viabilidad de la financiación de los medicamentos en el SNS. La actual exención en la aplicación de copagos farmacéuticos basada en la condición de pensionista puede suponer una captura del gasto farmacéutico en favor de mayores

SOBRE CARTERA DE SERVICIOS

Incorporación de nuevas tecnologías

25. Como norma general, las decisiones sobre nuevas prestaciones (o sobre la introducción de cualquier tipo de tecnología sanitaria) deben apoyarse en criterios de eficiencia (balance coste/efectividad). Ello no sólo añade transparencia al proceso, sino que ayuda a generar una cultura evaluativa que puede transmitirse entre distintos niveles asistenciales y de decisión. La práctica totalidad de las decisiones se realiza sin considerar este criterio.

26. En relación con la financiación pública de los medicamentos innovadores y protegidos por una patente, ésta debe estar guiada por criterios objetivos relacionados con la aportación marginal del fármaco a la mejora del estado de salud y a la relación coste/efectividad incremental. En este sentido, España es uno de los pocos países europeos que no está aplicando estos métodos o herramientas en el proceso de toma de decisiones.

27. Las decisiones de autorización y comercialización (seguridad, eficacia y calidad) debieran ser independientes de las de financiación pública (efectividad marginal relativa y relación coste/efectividad incremental). En términos generales, debiera distinguirse el tratamiento regulatorio, a efectos de la financiación pública, de las innovaciones con una elevada efectividad marginal (establecida cada vez más en el ámbito europeo

por la EMEA) del resto (muy numerosas, con una reducida efectividad marginal y con una elevada relación coste/efectividad incremental).

28. En el momento de autorizar y decidir cobertura y precio, la información es generalmente muy escasa, lo cual requiere otras fórmulas de evaluación (contratos de riesgo compartido, impacto presupuestario, etc.) y revisión de las decisiones a lo largo del tiempo.

Descentralización y eficiencia/equidad

29. La descentralización del SNS dificulta el aprovechamiento de economías de escala en distintos ámbitos (construcción de infraestructuras, compra de suministros), e induce procesos de competencia entre CC.AA. que conducen a una mayor ineficiencia.

30. Pese a las mejoras promovidas en los últimos años, existen aún limitaciones para contar con un adecuado sistema de información ágil y útil en la práctica, hay ausencia de mecanismos de control que garanticen efectivamente la igualdad de acceso, problemas de coordinación ante la falta de un sistema de sanciones en caso de incumplimiento y dificultades relacionadas con la puesta en práctica del principio de la lealtad institucional.

31. La igualdad de acceso interterritorial a los servicios, en el caso de determinadas patologías, técnicas o procedimientos que requieran de una concentración de los recursos diagnósticos y terapéuticos se pretende garantizar mediante la designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del SNS. Aunque ha sido un gran avance, deberían revisarse los criterios para la selección de CSUR y, en particular, la utilización del número de casos atendidos como criterio para designar centros de referencia, en tanto que puede suponer una desincentivación para los servicios, unidades o centros que, no obstante su acreditado cumplimiento de los criterios de calidad exigidos en cada caso, atiendan a un menor volumen de población protegida, cuando esto no condicione objetivamente la calidad en los resultados.

Utilización de los servicios

32. Aún teniendo una cartera de servicios común, las diferencias en utilización pueden ser muy importantes y no justificables por variaciones en la epidemiología de las poblaciones cubiertas. Pese a que sobre el papel la cartera parece ser común para todos los ciudadanos en la práctica la utilización de la misma varía enormemente;

33. Las diferencias en la práctica médica no son únicamente interregionales, sino también, y fundamentalmente, también intrarregionales;

34. El tiempo de espera en atención especializada ambulatoria y pruebas diagnósticas (no sólo en intervenciones quirúrgicas) es un grave problema actual que genera desigualdades interpersonales/grupales importantes en la medida que la disponibilidad o no de aseguramiento alternativo o capacidad de pago se convierte en el elemento fundamental de acceso a tiempo.

35. El pago por acto para reducir listas de espera quirúrgicas, incentiva comportamientos oportunistas que tienen como consecuencia el incremento innecesaria de los tiempos de espera y el riesgo de intervenir a personas que no lo precisan.

Atención sociosanitaria

36. La regulación de la Cartera de Servicios del SNS (RD 1030/2006) no contempla las prestaciones de atención sociosanitaria pese a su previsión en la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003). La Ley estipula que las prestaciones sociosanitarias incluirán los cuidados de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación.

37. La continuidad de los cuidados en el ámbito social se presenta de manera vaga en el ámbito de prestación, apelando a la "coordinación de las administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales".

38. Pese a que la Ley 16/2003 concreta las prestaciones de esta naturaleza referidas al ámbito estrictamente sanitario, la situación actual es que la asistencia sociosanitaria en las diferentes CCAA depende en gran medida del tipo de programas de cuidados de larga duración disponible en cada territorio.

SOBRE CALIDAD E INNOVACION

39. La abundante literatura médica española (usualmente en un centro, un territorio, unos pocos centros o algunos estudios promovidos por sociedades científicas) identifica problemas de calidad importantes. Los estudios encargados por el propio Ministerio de Sanidad en los últimos años (ENEAS, APEAS, etc) confirman la existencia de déficits de calidad de suficiente importancia y, sobre todo, que afectan a un considerable volumen de pacientes. Esto contrasta con la escasa implementación de estrategias globales de mejora.

40. También contrasta con la insuficiente información sistemá-

tica para "diagnosticar" la calidad de la asistencia sanitaria que se presta. Aunque con frecuencia se utilizan los indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad cardiovascular global, y similares) para inferir sobre la calidad asistencial, este tipo de indicadores depende más de la estructura de la población, hábitos y estilos de vida que de la calidad asistencial.

41. De hecho, las intervenciones de mejora de la calidad se basan esencialmente en la intuición y en el conocimiento anecdótico o implícito de cómo introducir cambios en las conductas de los profesionales o en la organización de los servicios de salud.

42. Sobre la efectividad del sistema, se da la paradoja de valorar la calidad técnica (clínica) del sistema sanitario español de forma favorable, cuando la realidad es que existen muy pocos estudios de resultados en salud. La mayor parte de los estudios del desempeño del sistema sanitario miden el parámetro actividad.

43. La mayor parte de los procesos de mejora de la calidad se plantean desde la perspectiva de los profesionales y del sistema, sin incorporar a los pacientes en estos procesos.

44. De hecho, el paciente como centro de la atención sanitaria es un concepto relativamente nuevo en nuestro país y que aún no se sabe bien cómo abordar en la práctica, si bien se admite como elemento fundamental de la calidad. Así: -La continuidad asistencial no está siempre asegurada para el paciente agudo y menos aún para el crónico y pluripatológico. -Apenas existen iniciativas para cambiar la relación del paciente crónico con el sistema sanitario, en las que el paciente (o sus allegados) se conviertan en el principal gestor de la enfermedad apoyados por el sistema sociosanitario.

- No existe información sobre la calidad de los distintos centros, lo que dificulta la capacidad de elección.
- Salvo algunos programas de educación enfermera en algunas patologías muy concretas, apenas existe educación estructurada en su enfermedad para pacientes.
- La información que reciben los pacientes, expresado por ellos, es un parámetro que puntúa sistemáticamente bajo (Barómetro).
- La actividad con Escuelas de Pacientes o programas de Paciente Experto es incipiente.
- No se hace suficiente uso de las nuevas tecnologías para comunicarse con el paciente (teléfono, internet, SMS, telemedicina). -El paciente participa poco en las decisiones sobre su tratamiento y tiene pocas posibilidades de elegir.

- Apenas existen experiencias de participación de los pacientes en la gestión, con lo que se limitan las oportunidades de mejora de la calidad.
- No se dispone de mecanismos para informar a los ciudadanos y/o pacientes sobre autocuidados, hábitos saludables, derechos, calidad e innovación, reformas y prestaciones, y ayudarle a elegir y diseñar su atención sanitaria.

45. A la escasez de información sistemática, fragmentada, y a las barreras a la transparencia, hay que añadir que seguimos sin reconocernos en la cultura de aprender de los errores y los éxitos.

SOBRE SALUD PÚBLICA

46. Asumir los principios de Salud en Todas las Políticas implica enfocar los colectivos destinatarios y no los ámbitos competenciales. Sin olvidar este detalle, el MSC puede ejercer un papel de cohesión de gran relevancia en la coordinación de Políticas de Salud Pública con otros Ministerios en los ámbitos de salud medioambiental, salud laboral, seguridad vial, etc.

47. Operativamente esto fuerza a la transversalidad en las políticas y a asumir *ex ante* las tensiones derivadas de incorporar la idea de coste de oportunidad en el debate presupuestario. En definitiva, el debate sobre el valor marginal de un mayor esfuerzo presupuestario en carreteras comparado con dicho esfuerzo en más tecnología en hospitales comarcales.

48. Por otra parte, medido el impacto en estados de salud ha de permitir recuperar el discurso de la prevención como forma de inversión para la que sus rendimientos mediatos no son sino la mejoría en el bienestar social. Este sin duda ha de ser interpretable distintamente entre autoridades sanitarias regionales, separando el "*assessment*" de la evaluación a su '*appraisal*' de aplicación al caso concreto, siempre bajo supuestos de desviaciones imputables a la responsabilidad individual o colectiva de las comunidades afectadas.

49. Es previsible que en las actuaciones de Salud Pública dominen aún más las acciones regulatorias que las intervenciones directas más tradicionales (educación sanitaria, por ejemplo). En este modelo se actúa tanto en presencia como en ausencia de certidumbre sobre los beneficios de la medida: a) en ausencia de beneficios completamente ciertos o conocidos derivables de la normativa, prevenir el peor de los resultados justificaría dicha forma de acción de la política pública; b) si los costes de la intervención son ciertos es mejor forzar su internalización al causante del daño a evitar también por la vía de

la regulación, forzando a que se incorporen a la decisión el coste que representa en términos de precios, primas o sanciones.

50. En este sentido, es probable que se acabe abriendo paso la vía fiscal de más impuestos que graven las adicciones, comportamientos poco saludables, comidas hipercalóricas, etc. Del mismo modo, también es previsible una cada vez mayor relevancia de las deducciones fiscales, incentivos compensatorios en favor de comportamientos saludables, que pueden llegar a incluir una reducción de cotizaciones a empresas que comprometan recursos en materia de salud ocupacional y hábitos saludables.

51. Ambos aspectos, más regulación y más impuestos indirectos, tienen sus beneficios pero también sus 'contras'. Regulación sin evidencia probada es mala receta. Más investigación, y disseminación, de sus resultados puede tener un coste –beneficio superior a una normativa que imponga políticas con una evidencia suficiente. Por lo demás, los impuestos sobre los "pecados" no dejan de ser tributos indirectos, regresivos que, en el mejor de los casos previene la entrada de nuevos consumidores a costa de penalizar a los más adictos (un efecto de nuevo intergeneracional). Conviene recordar por lo demás que la información y la educación, de corte más liberal y menos paternalista, suele tener a corto plazo un impacto redistributivo regresivo, siendo los más educados, más ricos son más sensibles a la información.

52. En el lado de las acciones clásicas de promoción de salud parece observarse cierta tendencia a asumir el "paternalismo

libertario". Se trata de una forma de paternalismo en el que mejor y mayor conocimiento de lo que mayor interés tienen para el ciudadano en términos de salud, pero sin impedir que una acción emprendida por éste, soportando un coste determinado, le permita una opción diferente. El intervencionismo público se atempera de este modo ante esta nueva forma 'apoderamiento' ciudadano, a cambio de un esfuerzo adicional (no necesariamente monetario, pudiendo consistir simplemente en la necesidad de argumentar en sentido contrario a la opción elegida de modo subsidiario por la administración pública).

53. Lo anteriormente expuesto lleva a tres premisas que deben actuar en las Políticas de Salud Pública planteadas. La primera es que, respetando las decisiones individuales, los responsables públicos tienen el deber de informar a los ciudadanos de las consecuencias de sus acciones y crear entornos propicios para que la población desarrolle hábitos saludables. La segunda es que, dado el carácter transversal de la mayoría de Políticas de Salud Pública posibles, las medidas de actuación concretas deben llevarse a cabo mediante el consenso de los principales

actores implicados, fomentando la participación de éstos a lo largo del proceso, y adecuarse al momento preciso donde su probabilidad de éxito sea más elevada (como ejemplo reciente tenemos la respuesta social y de grupos de presión ante cambios en la normativa del consumo de tabaco y del consumo de alcohol). La tercera es que, dado el casi ilimitado menú de medidas concretas donde elegir, pero también considerando la limitación en los recursos existentes, cada una de las políticas que se implementen deberían ser evaluadas para obtener información útil sobre su potencial beneficio o fracaso, y las razones de ello, de tal modo que ello oriente mejoras en las futuras políticas.

SOBRE POLÍTICAS DE SALUD EN EL ÁMBITO DEL CONSUMO DE DROGAS

54. En el trabajo más actual con datos españoles (Comunidad Gallega), se estiman unos costes sociales imputables al consumo de drogas ilegales, muy superiores a los estrictamente sanitarios.

55. En lo que respecta al consumo de drogas ilegales, hay que tener presente la importancia del precio de las mismas. El precio de las drogas presenta una doble dimensión. El precio de adquisición o compra de la droga, sobre el cuál sólo se puede actuar directamente si el producto es legal (alcohol, tabaco), y el precio del castigo (pena) que las autoridades imponen a quienes consumen o trafican con drogas. El análisis económico insiste en que los actos individuales son menos mecánicos de lo que parecen a primera vista, y son afectados por incentivos muy concretos.

56. Hay que considerar que la sensibilidad de la demanda al precio (para los individuos consumidores y la propia sociedad) serán distintos para diferentes sub-poblaciones y drogas distintas.

57. En este sentido, resulta especialmente preocupante 1) la caída en el precio monetario de las drogas (especialmente de las sintéticas, adquiribles a bajo precio); 2) la baja percepción del riesgo de la drogodependencia en España. De acuerdo con un estudio de 2006 de la Fundación de Ayuda a la Drogadicción, sobre 1.700 individuos encuestados, un elevado porcentaje considera el cannabis "algo natural" y la cocaína "glamourosa", además de no calificar como drogas el alcohol o el tabaco. Los tabúes entre el paso de unas drogas a otras se han evaporado. En botellones, aparcamientos de discotecas, festivales, y salidas colectivas, las drogas son habituales. El sentido de lo que se entiende por "ocio" entre nuestros jóvenes,

las relaciones sociales en la calle y una tendencia hacia el exceso y la permisividad social, bastante normalizadas en nuestro país, facilita los inicios en el consumo de estas sustancias por la población joven. Otra encuesta de la Universidad de Málaga muestra que 2 de cada 3 encuestados se consideran perfectamente informados y aunque 1 de cada 2 creen que es peligroso probarlas, el 10% consideran que las drogas son un objeto de consumo como otro cualquiera, el 3,6% piensan que las drogas se deberían probar y el 14% considera que si tomaran drogas lo controlarían.

58. La prevención del consumo de drogas es una estrategia crítica en las políticas sobre drogas. Ejemplos de acciones de prevención importantes son las que evitan el inicio en el consumo (tabaquismo), o lo dificultan (alcohol), además de proporcionar

una mejor educación del ocio (drogas ilegales). Pero no es menos importante el tratamiento coordinado de las dependencias, utilizando recursos asistenciales y sociales. Los déficits en este terreno han sido ya analizados en la sección de Cartera de Servicios.

59. En el caso del alcohol, pese a que desde diversos foros de la salud pública se insiste en las consecuencias negativas para la salud derivadas de su consumo, en los medios de comunicación los anunciantes potencian su consumo, no siendo el sector turístico ajeno a la oferta de estas mercancías. Ello, en un contexto, donde los valores del impuesto especial fijados en España nos sitúan, en general, como el país con impuestos más bajos en todas las gamas de productos alcohólicos. Por tanto, existe margen para incrementar los impuestos sobre el alcohol, más teniendo en cuenta que debido a la naturaleza de su consumo, un incremento en los impuestos del alcohol puede evitar simultáneamente el inicio en el consumo de alcohol y tabaco, dado su carácter complementario.

60. No obstante, en el caso de las políticas para reducir el consumo de alcohol, se recuerda lo comentado en el apartado de Políticas de Salud Pública. Hay que apostar por intervenciones de carácter transversal, elegir cuidadosamente el tipo de medidas y el momento óptimo para su implementación, contando a lo largo del proceso con los actores implicados y creando, sin demora pero sin precipitaciones, la cultura adecuada sobre la necesidad de intervención en un problema relevante de salud. En este sentido, de la comparación del proceso seguido para los cambios normativos producidos en el consumo de tabaco en lugares públicos y el intento de propiciar cambios en el consumo de alcohol, el MSC debe obtener importantes conclusiones.

LAGUNAS DE CONOCIMIENTO

1. Registro de profesionales. De momento, al menos información fidedigna y detallada de empleo público.
2. Transparencia de los flujos de información entre las CCAA, homogeneizando un conjunto de indicadores mínimos y comunes del SNS.
3. Una revisión reciente no muestra una evidencia empírica sólida acerca de que el envejecimiento de la población sea uno de los principales determinantes del gasto sanitario y factores como el progreso tecnológico, 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.
4. Se podría intentar modelizar el impacto del cambio tecnológico sobre el gasto sanitario, lo cual no deja de tener su dificultad (Seshamani y Gray, 2004a y b) al ser entendido como un cambio en el stock de conocimiento relativo a los tratamientos asistenciales que puede tener un doble efecto: por un lado, si las nuevas técnicas abaratan el coste de los tratamientos podrían producirse reducciones en los costes sanitarios asociados al cambio tecnológico (Cutler *et al.*, 1998); por otro, si aparecen mayores gastos relativos a los nuevos tratamientos, el cambio tecnológico estaría asociado con unos mayores gastos sanitarios.
5. Convendría estudiar en profundidad el papel que la responsabilidad financiera del usuario puede jugar en la racionalización del gasto sanitario, no tanto con un fin recaudatorio, sino como elemento racionalizador en la utilización de servicios sanitarios. El fin último sería disponer de un sistema de corresponsabilidad más equitativo y eficiente que el esquema actual. En particular, se debería analizar y evaluar la medida en la que copagos de baja intensidad, con límites individuales máximos y fijados a partir de un importe fijo por servicio pudieran tener un papel moderador del exceso de consumo cuando éste tiene su origen en las demandas de los pacientes
6. A los nuevos medicamentos y tecnologías médicas hay que pedirles no sólo eficacia respecto del placebo sino eficacia relativa respecto de los medicamentos o tecnologías con los que va competir o que va a sustituir. La evidencia disponible indica que en muchos casos la aportación marginal es muy pequeña, pero, a cambio, el coste es mucho más elevado. La estandarización de los procedimientos de evaluación económica, el requerimiento y realización en condiciones de transparencia e independencia de este tipo de estudios para las innovaciones (alejamiento del marketing científico) y el establecimiento de un

umbral indicativo del coste máximo por AVAC que no se debiera superar (por ejemplo, una especie de "guía" situada alrededor de los €30.000 por AVAC o un valor análogo mejor fundamentado y flexible pero representativo de la disposición social a pagar) serían actuaciones en la línea de determinar la disposición pública a pagar en función del valor adicional del medicamento y en la de proporcionar indicaciones eficientes a la actividad investigadora. La utilización de umbrales indicativos del coste por AVAC debe ser flexible y matizada por el impacto presupuestario, y sobre todo debe ser sensible a los problemas de incertidumbre sobre los parámetros y los modelos de las evaluaciones.

7. Está pendiente la cuestión de cómo incorporar las preferencias/opiniones de los pacientes y de los ciudadanos, en general, en la elaboración-renovación de la Cartera de Servicios de SNS. El Barómetro Sanitario de 2007 revelaba que los ciudadanos se sienten insuficientemente informados.

8. Existe información insuficiente y escasamente representativa sobre morbilidad y mortalidad asociadas al sistema, acceso equitativo o satisfacción de los profesionales. Las encuestas que se realizan tienen un tamaño muestral tan pequeño que no permiten desagregar por áreas sanitarias (eje sobre el que pivota nuestro sistema) o patologías.

9. Existe muy poca información sobre la efectividad, en términos de resultados en salud, de muchas de las políticas de salud y de las intervenciones sanitarias.

10. No existe capacidad para determinar si la incorporación y difusión de innovaciones organizativas pueden moderar el gasto y mejorar la calidad (por ejemplo, el pago por desempeño, la redistribución de tareas, la incorporación de TICs, etc).

11. En un sistema "centrado en el paciente" habría que saber más sobre la experiencia del paciente en términos de calidad y seguridad (patient experience). No se conoce con certeza si un sistema de transparencia dirigido al ciudadano con informes regulares sobre la calidad de centros y profesionales tiene efectos positivos y ayuda a generar una cultura de calidad.

12. La investigación en servicios sanitarios (incluyendo la investigación en calidad, la economía de la salud y algunas áreas de la epidemiología clínica) es esencial para orientar la mejora de calidad, pero el SNS tiene estructuras de investigación muy precarias en éste área que difícilmente podrán producir ni una pequeña parte del conocimiento necesario.

13. En el campo del diagnóstico de la calidad en el SNS, resultan prioritarios los estudios de variaciones en la práctica médica, adecuación, y descriptivos de seguridad/calidad y las cau-

sas de la baja calidad parecen los más prioritarios.

14. En el terreno de la investigación evaluativa, la valoración de la efectividad e impacto de las actuaciones de seguridad de los pacientes, de las actuaciones que influyen en la modificación de los estilos de práctica médica, la validación de indicadores, la evaluación de intervenciones organizativas y políticas, y los desarrollos de evaluación económica para la toma de decisiones organizativas y estrategias asistenciales, serían los más urgentes para apoyar la toma de decisiones sobre que estrategias desarrollar.

15. Se precisan estudios que aborden la percepción del riesgo per se. Resulta de especial interés el análisis de los "beneficios" percibidos por los consumidores de drogas en lugar de los costes que supone el consumo.

16. Para poder responder a las urgentes demandas por parte de los médicos, los pacientes, las familias y la comunidad, de un tratamiento adecuado para la dependencia de cocaína u otras drogas, deben diseñarse investigaciones aleatorias de gran tamaño que aporten datos para permitir la comparación de resultados entre los estudios, en este tipo de poblaciones.

17. La disposición de bases de datos ricas en información ayudarían significativamente a cubrir las lagunas de conocimiento. Pero no sólo el diseño del cuestionario es fundamental para la aplicación empírica, sino también la estructura de la encuesta. Si bien, por ejemplo, la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar y la Encuesta sobre Salud y Hábitos Sexuales (Ministerio de Sanidad y Consumo) compilan información relevante y extensa sobre los comportamientos de riesgo, su estructura de corte transversal dificulta el control de la heterogeneidad no observada, lo cual limita la fiabilidad de las estimaciones. Este problema se solucionaría considerando encuestas con estructura de datos de panel, tal que se encuestase a un mismo individuo en distintos momentos de tiempo. ■

REFERENCIAS UTILIZADAS

RECURSOS HUMANOS

Buchan J, European Health Observatory WHO. Migration of Health Workers in Europe: Policy Problem or Policy Solution? Human Resources for Health in Europe; 2006.

Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Barber Perez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2007 Marzo 2007.

Gonzalez-Lopez-Valcarcel B, Barber P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables Gaceta Sanitaria. 2006; en prensa (Informe ESPAS 2006).

Global Atlas of the Health Workforce [database on the Internet]. WHO. 2008 [cited 05/12/2008]. Available from: www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp.

Martin J. El gobierno de las organizaciones sanitarias en el estado español. Por un nuevo contrato social en el Sistema Nacional de Salud.

Maynard A. Does it matter that medical graduates don't get jobs as doctors? No. BMJ. 2008 May 3;336(7651):991.

Ortun V, Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Barber Perez P. [Determinants of physician compensation]. Med Clin (Barc). 2008 Jul 5;131(5):180.

Winyard G. Does it matter that medical graduates don't get jobs as doctors? Yes. BMJ. 2008 May 3;336(7651):990.

FINANCIACIÓN Y RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Banting KG, Corbett S Health Policy and Federalism. A Comparative perspective on multi-level governance, Kingston, McGill-Queen's University Press; 2002

Borraz S, Pou V. Razones para una reforma de la financiación del gasto sanitario, Cuadernos de Información Económica 2005; 188: 51-61.

Cabases JM, Cantarero D El sistema de financiación del gasto en sanidad: análisis del caso español. Panorama Social, 2008; nº 7, Madrid.

Cantarero, D. Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España. Investigaciones, nº 8/03, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.

Crivelli L, Filippini M, Mosca I Federalism and regional health care expenditure: an empirical analysis for the Swiss cantons. Health Economics Letters 2006; 10(1): 20-26.

Di Matteo, L The income elasticity of health care spending: a comparison of parametric and non-parametric approaches. European Journal of Health Economics 2003; 4: 20-29.

Martín JJ, López del Amo MP, Cano MD Revisión de la literatura de los determinantes del gasto sanitario. 2008 (Mimeo)

Organization for the Economic Cooperation and Development. OECD HEALTH DATA FILE, OECD, Paris, 2008

Seshamani M, Gray A Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. Health Economics 2004; 13: 303-314.

Seshamani M, Gray A Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. Age Ageing 2004; 33: 56-61.

López-Casasnovas G, Puig-Junoy J. Review of the literature on reference pricing. Health Policy 2000; 54(2):87-123.

Puig-Junoy J et al. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Disponible en: http://www.fundaciocampalans.com/ficha_informes.asp?Id=1

CARTERA DE SERVICIOS

Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE. Evaluación económica de tecnologías sanitarias: ¿valen lo que cuestan? Cuadernos Económicos de ICE 2008; 75: 189-208.

Abellán Perpiñán JM; Sánchez Martínez FI; Martínez Pérez JE ¿Cómo

- incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22(Supl 1):179-85.
- Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Fernando Mosquera, Bernal-Delgado E por el Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud* 2008; 3(1): 199-218
- Akerlof GA, Kranton RE Identity and the Economics of Organizations. Working Paper, Princeton University. September 22; 2003
- Antoñanzas F Pinillos. Equidad y variabilidad en el uso de las tecnologías médicas. *Revista Española de Cardiología.* 2006;59(12):1217-1220.
- Asociación Economía de la Salud (AES). Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a 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 [consultado 26-11-2008]: Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE.pdf>.
- Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Can J Aging.* 2006;25:5-42. 12.
- Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61:367-73.
- Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos. Procedimiento normalizado de trabajo del comité mixto de evaluación de nuevos medicamentos de Andalucía, País Vasco, Instituto Catalán de la Salud, Aragón y Navarra. 7ª versión. Septiembre, 2005.
- Chappell NL, Dlott BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist.* 2004;44:389-400.
- Del Llano J, Pinto JL, Abellán JM. Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las Guías de Evaluación Económica. La Cuarta Garantía. 2008. Sanofi-Aventis: Barcelona.
- Fernando I Sánchez Martínez, José María Abellán Perpiñán, Jorge E Martínez Pérez ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22:126-36.
- Fitch-Warner K, García de Yébenes MJ, Lázaro P, Belaza-Santurde J. Variabilidad entre CCAA en el uso de tres tecnologías cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol.*2006;59:1232-43.
- Freemantle N. Does the UK National Health Service need a fourth hurdle for pharmaceutical reimbursement to encourage the more efficient prescribing of pharmaceuticals? *Health Policy,* 1999; 46: 255-265.
- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo 90/2006, 2006. Fundación Alternativas.
- Juárez C, Antoñanzas F. Impact of the studies of economic evaluation in healthcare decision-making. En: «Avances en Gestión Sanitaria» [(Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E (coord.))] (XX Jornadas de Economía de la Salud, Palma de Mallorca); 2000.
- Litaker D, Tomolo A, Liberatore V, Stange KC, Aron D. Using Complexity Theory to Build Interventions that Improve Health Care Delivery in Primary Care. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:S30-34.
- Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, Aguado MJ, Rivas F, Rodríguez MM, Buzón ML, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS). Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud 2006; 2(2): 151-74
- Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Economía y Hacienda. Análisis del Gasto Sanitario Público. 2005. Segunda Conferencia de Presidentes (2004).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español. 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 2006; 178.
- O'Malley SP. The Australian experiment: the use of evidence based medicine for the reimbursement of surgical and diagnostic procedures (1998-2004). *Aust New Zealand Health Policy.* 2006 May 10;3:3.
- Oliva J, del Llano J, Antoñanzas F, Juárez C, Rovira J, Figueras M, Gervás J (2001). Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones en atención primaria .
- Oliva J, Antoñanzas F, Rivero-Arias O. Evaluación económica y la toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y difusión de tecnologías sanitarias, en González López-Valcárcel B (coordinadora) Informe SESPAS 2008: Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud.
- Oterino de la Fuente D, Castaño E, Libroero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F y Grupo VPM-SNS. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por todas las causas Atlas Var Prac Med Sist Nac Salud 2006; 2(1): 101-16.
- Peiro S. Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. *Semer-gen.*2003; 29:285-9.
- Pinto JL, Abellán JM. Farmacoeconomía: el gran reto de la sanidad pública. *Humanitas,* 2008; nº 32: 11-21.
- Rovira J, Rodríguez R, Antoñanzas F (2003). Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación. OPS, Washington. ISBN 927532443-3.
- Sacristán JA, Dilla T, Pinto JL, Antoñanzas F. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vías de avance. *Gaceta Sanitaria,* 2008; 22(4):354-7.
- Sacristán JA, Ortún V, Rovira J, Prieto L, García-Alonso F. Evaluación económica en medicina, 2004; 122(10):379-82.
- Sánchez, FI, Abellán, JM, Martínez, JE. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. *Gaceta Sanitaria,* 2008; 22, 126-136.
- Sarria-Santamera A, Sandin-Vazquez M. Vacuna de la gripe: seguimos publicando, pero no mejoramos las coberturas. *Gac Sanit.* 2008;22:291

- Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the Health Benefit Basket in nine European countries. *Eur J Health Econ*, 2005 [Suppl 1]; 6:2-10.
- Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science. *Health Affairs* 2005;24:138-150
- Soto Álvarez J. Evaluación económica en la era de la farmacogenética y farmacogenómica: ¿un rayo de luz en la oscuridad?. *Medicina Clínica*, 2006; 127(17):657-9.
- Tourigny A, Druand P, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Quasiexperimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Can J Aging*. 2004; 23:231-46.
- Yáñez Cadena D, Sarría Santamera A, García Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? *Aten Primaria* 2006;37: 221-230
- Zunzunegui Pastora MV; Lázaro y de Mercado P. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):156-62.
- CALIDAD, INNOVACIÓN**
- Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Fernando Mosquera, Bernal-Delgado E por el Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2008; 3(1): 199-216
- Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Aranaz Andrés JM, dir. Madrid. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Arós F, Cuñat J, Loma-Osorio A, Torrado E, Bosch X, Rodríguez JJ, et al. [Management of myocardial infarction in Spain in the year 2000. The PRIAMHO II study. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56(12):1165-73.
- Arroyo MP, Jimbert J. [Anticoagulation in atrial fibrillation and antiplatelet in diabetes mellitus type 2. How do we do it?]. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(1):37-44.
- Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. [Information given to patients and their participation in clinical decision-making]. *Aten Primaria*. 2004; 33(7):361-4.
- Barrios Alonso V, Peña Pérez G, González Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Lozano Vidal JV, Llisterri Caro JL, et al. [Hypertension and heart failure in Primary Care and Cardiology consultations of in Spain]. *Rev Clin Esp*. 2003;203(7):334-42.
- Caminal J, Rovira J. Antibiotic prescription in primary health care: clinical and economic perspectives (Catalonia, Spain). *Eur J Public Health*. 2005;15(3):276-81.
- Climont C, Font-Noguera I, Poveda Andrés JL, López Briz E, Peiró S. [Medication errors in a tertiary hospital with three different drug delivery systems]. *Farm Hosp*. 2008;32(1):18-24.
- Clua Espuny JL, Dalmau Llorca MR, Aguilar Martín C; Grupo de Trabajo. [Characteristics of oral anti-coagulation treatment in high-risk chronic auricular fibrillation]. *Aten Primaria*. 2004;34(8):414-9.
- Cubero-Caballero S, Torres-Murillo, Campos-Pérez MA, Gómez del Río S, Calleja-Hernández MA. [Drug-related problems in the emergency department observation area of a third-level hospital]. *Farm Hosp*. 2006;30(3):187-92.
- División JA, de Rivas B, Márquez-Contreras E, Sobreviela E, Luque M; investigadores del Estudio HICAP. [Clinical characteristics and management of hypertense patients diagnosed of heart failure in primary health care in Spain. HICAP Study]. *Rev Clin Esp*. 2008;208(3):124-9.
- Fernández Lisón LC, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, Martínez García T, Urendes Haro JJ, Pujol de la Llave E. [Medication errors and non-compliance in polymedicated elderly patients]. *Farm Hosp*. 2006;30(5):280-3.
- Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado) study. General findings. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(8):803-16.
- Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Heras M, Cuñat J, Civeira E, Arós F, et al. Patterns of use and effectiveness of early invasive strategy in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: an assessment by propensity score. *Am Heart J*. 2008;156(5):946-53.
- Flor Escriche X, Rodríguez Mas M, Gallego Alvarez L, Alvarez Luque I, Juvanteny Gorgals J, Fraga Martínez MM, et al. [Do our asthma patients still use inhalers incorrectly?]. *Aten Primaria*. 2003;32(5):269-74.
- Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. [Inappropriate multiple medication and prescribing of drugs immobile elderly patients living in the community]. *Aten Primaria*. 2006;38(9):476-80.
- Gayoso Diz P, Calle Custodio R, Prieto Maroto A, Herrera Calvo D, Sala López AI, Gómez Mosquera MD. [Auricular fibrillation as a risk factor of cerebrovascular events in the over-65s. Is clinical practice in anti-coagulant prophylaxis adequate?]. *Aten Primaria*. 2005;36(4):198-203.
- González-Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, Bertoméu Martínez V, Conthe Gutiérrez P, de Santiago Nocito A, Zsolt Fradera I. [Heart failure in outpatients: comorbidities and management by different specialists. The EPISERVE Study]. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(6):6119.
- González JM, de Castro FJ, Barrueco M, Cordovilla R, Fernández JL, Gómez FP, Moreno de Vega B, Ramos J, Serrano AR. [Delays in the diagnosis of lung cancer]. *Arch Bronconeumol*. 2003;39(10):437-41
- Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005; 1:17
- Gutiérrez Paúls L, González Alvarez I, Requena Caturla T, Fernández Capitán MC. [Prescription errors in patients admitted to an internal medicine department from the emergency room]. *Farm Hosp*. 2006;30(2):85-91.
- Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. [Patients on multiple medication: do they know the right doses? Do

- they take their medications correctly?]. *Aten Primaria*. 2004;33(8):451-6
- Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Rivas F, Martínez N, Sotoca R, et al. Variaciones en intervenciones de cirugía general en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2005; 1(2):63-81
- Llor C, Cots JM, Boada A, Bjerrum L, Gahrn-Hansen B, Munck A, et al. [Variability of antibiotic prescribing for respiratory tract infections in two European countries]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(10):598-604.
- López de la Iglesia J, Martínez Ramos E, Pardo Franco L, Escudero Alvarez S, Cañón de la Parra RI, Costas Mira MT. [Questionnaire for patients with ischaemic cardiopathy on their reaction to various alarm symptoms]. *Aten Primaria*. 2003; 31(4):239-47.
- Márquez-Calderón S, Villegas Portero R, Briones Pérez de la Blanca E, Sarmiento González-Nieto V, Reina Sánchez M, Sáinz Hidalgo I, et al. [Incorporation of cardiac rehabilitation programs and their characteristics in the Spanish National Health Service]. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56(8):775-82.
- Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, Aguado MJ, Rivas F, Rodríguez MM, Buzón ML, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS). Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2007; 2(2): 151-174
- Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. [Drug related problems as a cause of hospital admission]. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(6):205-10.
- Martínez MA, Inglada L, Ochoa C, Villagrasa JR, The Spanish Study Group On Antibiotic Treatments. Assessment of antibiotic prescription in acute urinary tract infections in adults. *J Infect*. 2007;54(3):235-44.
- Mosquera Pérez I, Muñiz García J, Freire Castroseiros E, García Castelo A, Castro-Beiras A; Grupo de trabajo del estudio INCARGAL. [Use of anticoagulation at the time of discharge in patients with heart failure and atrial fibrillation]. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56(9):880-7.
- Ochoa Sangrador C, Vilela Fernández M, Cueto Baelo M, Eiros Bouza JM, Inglada Galiana L; Grupo Español de Estudios de los Tratamientos Antibióticos. [Appropriateness of treatment of acute pharyngotonsillitis according to the scientific evidence]. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59(1):31-40.
- Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F, Atienza Merino G, y Grupo VPM-SNS. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por procedimientos quirúrgicos y diagnósticos seleccionados. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2006; 2(1): 101-16
- Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F, y Grupo VPM-SNS. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por todas las causas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2006; 2(1): 117-128
- Otero MJ, dir. Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Otero-Raviña F, Grigorian-Shamagian L, Fransi-Galiana L, Názara-Otero C, Fernández-Villaverde JM, del Alamo-Alonso A, et al. [Galician study of heart failure in primary care (GALICAP Study)]. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(4):373-83.
- Otero-López MJ, Alonso-Hernández P, Maderuelo-Fernández JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. [Preventable adverse drug events in hospitalized patients]. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(3):81-7.
- Ramos Martínez A, Cornide Santos I, Marcos García R, Calvo Corbella E. [Antibiotic prescription quality at a hospital emergency service]. *An Med Interna*. 2005;22(6):266-70.
- Reig Mollá B, Bisbal Andrés E, Sanfélix Genovés J, Pereiró Berenguer I, Esparza Pedrol MJ, Martín González RM. [Evaluation of the quality of inter-clinic documents. Does their proper filling out by the family doctor affect the reply obtained from the specialist?]. *Aten Primaria*. 2004; 34(6):300-5.
- Rivera Casares F, Serra Cerdá M, Carretero Sastre A, Uribes Fillol R, Bonías Pérez-Fuster MD, Barrera Requeni I. [Characteristics of diagnoses of malignant neoplasms in primary care]. *Aten Primaria*. 2002; 29(7):407-13.
- Rodríguez Roca GC, Barrios Alonso V, Aznar Costa J, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Escobar Cervantes C, et al. [Clinical characteristics of patients diagnosed of chronic heart failure attended in Primary Care. The CARDIOPRES study]. *Rev Clin Esp*. 2007;207(7):337-40.
- Romera Fernández I, de Dios del Valle R, García de Francisco A, González Rubio Y, Lenza Alonso C, Salinero Fort MA. [How suitable is thromboembolism prophylaxis for patients with chronic auricular fibrillation at 3 primary care centers]. *Aten Primaria*. 2004;33(4):188-92.
- Rotaèche del Campo R, Vicente Anza D, Mozo Avellanad C, Etxeberria Agirre A, López Navares L, Olasagasti Caballero C, et al. [Suitability of antibiotic prescription in primary care in the Basque Autonomous Community]. *Aten Primaria*. 2001; 27(9):642-8
- Ruiz-Torrejón A, Ramos-Monserrat M, Llobera-Cánaves J. [Family practice and diagnosis of cancer]. *Aten Primaria*. 2006;37(1):16-21.
- Sanfélix G, Peiró S, Gosalbes Soler V, Cervera Casino P. [The secondary prevention of ischaemic heart disease in Spain. A systematic review of observational studies]. *Aten Primaria*. 2006;38(5):250-7.
- Sanz EJ, Hernández MA, Ratchina S, Stratchounsky L, Peiré MA, Mestre ML, et al. Prescribers' indications for drugs in childhood: a survey of five European countries (Spain, France, Bulgaria, Slovakia and Russia). *Acta Paediatr*. 2005;94(12):1784-90.
- Vallano Ferraz A, Danés Carreras I, Ochoa Sangrador C; Grupo Español de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. Antimicrobial treatment of bronchial infections in hospital emergency rooms]. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61(2):143-9.
- Vilà A, San José A, Roure C, Armadans L, Vilardell M; Grupo para el es-

tudio de las Reacciones Adversas a Medicamentos en pacientes mayores hospitalizados. [Prospective multicenter study of adverse drug reactions in hospitalized elderly patients]. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(16):613-8.

SALUD PUBLICA

Bernal-Delgado E. ¿Cómo mejorar la efectividad (calidad) reduciendo la brecha de la investigación a la acción? Informe SESPAS 2008 *Gac Sanit* 2008; 22:19-26.

Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. CSDH (2008).

González López-Valcárcel B, Hernández Aguado I, Meneu de Guillerna R, Urbanos Garrido R, Vázquez Navarrete ML. Síntesis final y recomendaciones para las políticas. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22:244-53.

Informe SESPAS 2008. Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud. Editores: Beatriz González López-Valcárcel, Ildefonso Hernández Aguado, Ricard Meneu de Guillerna, Rosa María Urbanos Garrido y María Luisa Vázquez Navarrete. *Gaceta Sanitaria* 2008 (22 Supl.1)

Le Grand J: *The Other Invisible Hand* 2007, by Princeton University Press. <http://press.princeton.edu/chapters/i8541.pdf>

Oliva J, González L, Labeaga JM, Álvarez Dardet C. Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo. *Gac Sanit*. 2008; 22:507-10.

Victoria CG, Santos IS. Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto. Informe SESPAS 2008 *Gac Sanit*. 2008; 22:1-7.

SALUD Y DROGAS

Antoñanzas Villar F, Martínez-Zárate MP, Pradas Velasco R Las bebidas alcohólicas en España: salud y economía. *Gac Sanit* 2008; 22:175-8.

Bachman J, Johnston LI, O'Malley P Smoking, drinking, and drug use among American high school students: correlates and trends, 1975-1979. *American Journal of Public Health* 1981; 71: 59-69.

Bask M, Melkersson M Rationally addicted to drinking and smoking? . Umeå University Working Paper; 2001

Bellis MA, Hughes K, et al Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *Public Health* 2008; 8:155.

Bretteville-Jensen, A Gender, heroin consumption and economic behaviour. *Health Economics* 1999; 8: 379-389.

Cameron L, Williams J Alcohol, cannabis and Tobacco. Substitutes or complements? *Economic Record* 2001; 77: 19-34.

Chaloupka F, Laixuthai A Do youths substitute alcohol and marijuana? Some Econometric Evidence. *Eastern Economic Journal* 1997; 23: 253-276.

Chaloupka F, Pacula R, Farrelly M, O'Malley P, Bray J Do higher cigarette prices encourage youth to use marijuana?. NBER Working Paper 1999

Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Alcohol y otras Drogas 2007/08. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, noviembre de 2008.

DiNardo J, Lemieux T Alcohol, marijuana, and American youth: the unintended effects of government regulation. NBER Working Paper n. 4212; 1992

Douglas S Hariharan G The hazard of starting smoking: estimates from a split population duration model. *Journal of Health Economics* 1994; 13: 213-220.

Fundación de Ayuda a la Drogadicción, FAD (2006). La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid.

Glied S Youth tobacco control: reconciling theory and empirical evidence. *Journal of Health Economics* 2002; 21: 117-135.

Gruber J. Risky behaviour among youths: an economic analysis. Editado por NBER y University of Chicago Press: Chicago. 2001

Hernán M, Fernández A, Ramos M La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18: 47-55.

Hser Y, Anglin D, Grella C, Longshore D, Prendergast M Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999; 14: 543-558.

Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2008

Jones, A A systems approach to the demand for alcohol and Tobacco. *Bulletin of Economic Research* 1989; 41: 85-105.

Kenkel D, Mathios A, Pacula R Economics of youth drug use, addiction and gateway effects. *Addiction* 2001; 96: 151-164.

Lakdawalla D, Bhattacharya J, Goldman D Are the young becoming more disabled? Working Paper NBER n° 8247; 2001

Oliva J, Rivera B Los costes sociales del consumo de drogas ilegales en la Comunidad de Galicia. *Presupuesto y Gasto Público* 2006; 44: 105-131

Pacula R Does increasing the beer tax reduce marijuana consumption? *Journal of Health Economics* 1998; 17: 557-585.

Pacula R Adolescent alcohol and marijuana consumption: is there really a gateway effect? NBER Working Paper n. 6348. 1998

Robin L The natural history of adolescent drug use. *American Journal of Public Health* 1984; 59: 656-657

Saffer H Chaloupka F Demographic differentials in the demand for alcohol and illicit drugs. NBER Working Paper n. 6432. 1998

Swadi H Drug and substance use among a population of 3,333 London adolescents. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 935-942.

Villalbí JR De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20(1):1-3

Williams J, Pacula R, Chaloupka F, Wechsler Alcohol and marijuana use among college students: economic complements or substitutes? NBER Working Paper n. 8401. 2001

¿Viabilidad de un pacto global por la Sanidad?

Eddy D'Orleans

Observatorio de Políticas de Salud. Fundación 1º de Mayo

En el año 2008, llegó un nuevo Ministro de Sanidad (Bernat Soria) y “mandó a pactar”. Entonces, nos dimos cuenta que este nuevo mesías llegaba con muy buenas intenciones y una pesada cartera ministerial cargada de utopías. Y, como tal Quijote investigador, con la precaria ayuda de su “ojo clínico” hizo un diagnóstico arriesgado y, tal vez apresurado, de los males del SNS. Decía: “el SNS afronta riesgos que, a medio y largo plazo, pueden poner en peligro su continuidad tal y como lo conocemos ahora. Así, por ejemplo, las necesidades de suficiencia financiera, la adecuada planificación de recursos humanos, la incorporación a la cartera de servicios de nuevas tecnologías sanitarias y terapias avanzadas, las exigencias de seguridad del paciente, las debidas garantías de equidad y solidaridad en el acceso a los servicios, etc”.¹

Y a partir de este diagnóstico (que nos parece incompleto a pesar de que sus conclusiones son indiscutibles) el Ministerio formuló un tratamiento (más que paliativo parecía un placebo) en estos términos. “La fórmula que hemos puesto en marcha para garantizar la solidez del sistema sanitario público se llama PACTO POR LA SANIDAD y debe inspirarse en unos principios básicos que servirán de sostén de presente y de futuro en la sanidad española: equidad, cohesión, calidad e innovación, seguridad y sostenibilidad”.²

Respecto a los principios sobre los que tienen que inspirarse el “Pacto”, nada que discutir. Sin embargo, reflexionando sobre la fórmula propuesta, empiezan a surgir serias y preocupantes interrogantes acerca de su idoneidad, de la voluntad política y los intereses (a veces contradictorios) de los actores implicados, de su efectividad, etc., etc.

Y en cuanto al diagnóstico también habría que objetar algunas cuestiones, concretamente la dinámica del proceso y la fragilidad de su base. En este sentido, conviene recordar que, en la clínica, la fiabilidad de un proceso diagnóstico viene avalada por el caudal de información y de una evaluación rigurosa de la situación de salud del paciente, todo ello apoyado- si

es necesario- por las debidas y necesarias pruebas complementarias. Además, que sepamos, el SNS -siempre y hasta ahora- ha adolecido de una ausencia de un sistema central de información y de evaluaciones periódicas de sus recursos, actividades y resultados en materia de mejora de la situación de bienestar del ciudadano; en otras palabras, una evaluación seria y contrastada de su eficiencia.

Para apoyar esta última evidencia reproducimos textualmente un dato que el actual Secretario de Sanidad, J.Martínez Olmos, proporcionó en una comparecencia para informar sobre los trabajos de las Comisiones institucionales en relación al Pacto por la Sanidad: “En torno a los sistemas de información, existe amplia coincidencia en torno a la construcción de sistemas que generen conocimiento útil para mejorar tanto el SNS, proporcionando indicadores comunes a todos los Servicios de Salud que lo componen...”³

Y respecto a la evaluación de la eficiencia del SNS diremos que, en ausencia de datos estadísticos fiables y de evidencia científica, el debate sobre esta cuestión ha girado fundamentalmente en torno a reflexiones y a comparaciones entre países del entorno de la Unión Europea-15 (UE-15). Así leemos en un documento de la FADSP que “no hay ninguna evidencia de que el sistema sanitario español esté en riesgo y sus problemas son compartidos con todos los sistemas sanitarios del mundo y en especial de la UE-15. En todo caso, hay que resaltar que presenta una gran eficiencia global porque con un bajo gasto sanitario se consiguen unos elevados niveles de salud de toda la población”.⁴

Por otro lado, el autor de este artículo opina que “si bien la relación entre el gasto sanitario en España y algunos indicadores de salud es bastante aceptable en comparación con la de los demás países desarrollados (eficiencia macroeconómica), por el contrario, su eficiencia en el logro de objetivos tales como la satisfacción objetiva ciudadana, la contención del gasto farmacéutico, la gestión de la demanda en Atención Pri-

maria, la productividad de los hospitales, la gestión racional de los recursos, la participación ciudadana, dicha eficiencia en esos casos es algo baja".⁵

El "mercado político" español está sembrado de "tendertes" desde los cuales los partidos políticos y la Administración, sobre todo en períodos preelectorales y/o de coyunturas difíciles, ofertan pactos a los adversarios y/o los aliados circunstanciales, unas veces con buena fe, otras veces en busca de un "brevet" de adalid del consenso democrático. No es de extrañar la dolorosa nostalgia con la que vive buena parte de la ciudadanía por los "Pactos de la Moncloa". Con igual morriña se alude al "Pacto de Toledo" que fue un acuerdo que plasmaba la convergencia de los intereses de la clase política, de parte de la ciudadanía y de los agentes sociales sobre algo muy concreto, el "hacer viable financieramente" el entonces modelo de Seguridad Social, asegurando así su consolidación y racionalización. En último término, debajo de toda esta jerga subyacía un objetivo y un interés concretos: garantizar la viabilidad del sistema de pensiones y la revalorización anual, por ley, de las mismas.

El Pacto de Toledo parecía, a priori, más fácil de materializar. En él se negoció la reforma de un pilar muy concreto de la Seguridad Social, el sistema de pensiones; también —y muy importante este dato— se trataba de un organismo compacto, muy centralizado y de una envidiable informatización, lo que permitía "scannear" completamente el Sistema y obtener una información pormenorizada sobre sus variables de funcionamiento y sus resultados, elementos esenciales para hacer proyecciones para el futuro. Además, el escenario político era muy favorable: unos sindicatos de clase (UGT y CC.OO) unidos, muy potentes y combativos frente a un gobierno de derechas "sospechoso" de poner patas arriba el Estado de Bienestar y en busca desesperada de un marchamo democrático y queriendo ahogar las veleidades conservadoras y neoliberales agazapadas en su subconsciente. A parte de que el interés en juego (la viabilidad del sistema de pensiones) era vital para todos e invitaba al consenso.

En cuanto al Sistema Sanitario, tenemos serias dudas sobre la posibilidad de trasladar este mimetismo "pactista" al mismo, por una parte, debido a los gaps administrativos señalados más arriba (ausencia de evaluación, déficit de información, etc.) y, por otra parte, porque estamos hablando de un Sistema muy descentralizado con 17 Servicios de Salud, con una multitud de intereses —a veces contradictorios—, una politización excesiva de la gestión de los mismos, amén de la presencia de actores con intereses difícilmente reconciliables (léase, monopolios de la industria farmacéutica, élites profe-

sionales, ciudadanos, etc.). Y si a todo esto añadimos la falta de liderazgo del Ministerio de Sanidad y Política Social.

La tarea parece aún mucho más difícil sobre todo tratándose de alcanzar un pacto global a nivel estatal. ¿Serían más viables pactos parciales entre actores con intereses objetivos y subjetivos coincidentes? Probablemente sí. En todo caso, y teniendo en cuenta el momento político actual dominado por la confrontación permanente entre los dos grandes partidos políticos estatales, dudamos seriamente de la voluntad de los actores interesados en querer alcanzar un pacto estatal que sea eficaz y que tenga algún impacto positivo sobre la realidad del Sistema sanitario y que sirva para corregir o eliminar los fallos estructurales del mismo, que contribuya a mejorar la coordinación entre los distintos Servicios de Salud, que fortalezca el liderazgo del Ministerio de Sanidad, que fija los límites de la colaboración asistencial público-privada, que defina claramente las "líneas rojas" que no se deben traspasar para evitar así una privatización encubierta o clara del SNS; en definitiva, un pacto que sea realmente útil para la sostenibilidad y consolidación del Sistema sanitario Público. ■

NOTAS

¹ Soria Bernat, Ponencia sobre "SNS 2008: nueva etapa", Fundación Alternativas, Madrid, 15 de Octubre de 2008.

² Soria B, *idem*.

³ Martínez Olmos J, Gabinete de prensa, Ministerio de Sanidad y Consumo, 25 de Febrero de 2009.

⁴ FADSP, "Unas propuestas para el desastre: a propósito del Informe sobre sanidad de Mc Kinsey & Company", Noviembre de 2009.

⁵ D'Orleans J E, "Del profesional liberal al empleado público" en Los Profesionales de la Salud en España, Edita Fundación sindical de Estudios, Madrid, 2008.