

# **Otra gestión sanitaria es posible**

**OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD**

**Fundación 1º de Mayo**

**Abril de 2011**

Edita:  
FUNDACIÓN 1º DE MAYO  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid  
Tel. 913640601  
[1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es)

Madrid, abril de 2011  
ISBN: 978-84-87527-17-3  
Depósito Legal: M-13467-2011  
Imprime: Unigráficas GPS

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	5
Marciano Sánchez Bayle	
EL QUILOMBO DE LA GESTIÓN SANITARIA: A RÍO REVUELTO GANANCIA DE PRIVATIZADORES.....	7
Marciano Sánchez Bayle	
LAS ÁREAS SANITARIAS COMO BASE PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE, RACIONAL Y EQUITATIVA DE LOS RECURSOS SANITARIOS.....	17
Manuel Martín	
GESTIÓN DE LA CLÍNICA .....	27
M <sup>a</sup> Luisa Lores	
PLAN INTEGRADO DE SALUD: ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE U OLVIDADA? .....	37
Eddy d'Orleans	
RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	57
Joan Canals	
GESTIÓN UNIFICADA DE COMPRAS .....	71
Joaquín Carrasco	
EL GERENCIALISMO SANITARIO. ORQUESTAS "SIN DIRECTOR" O LA PENDIENTE DESLIZANTE DE LA SANIDAD PÚBLICA.....	85
Carlos Ponte	
LA EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS: ¿UN MITO O UNA SOLUCIÓN PARA EL CONTROL DEL AUMENTO DEL GASTO SANITARIO.....	91
Javier Rey	
LA INTEGRACIÓN SOCIO SANITARIA: OTRO TEMA PENDIENTE.....	127
Antonio Vergara	
ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA PROVISIÓN Y PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES SANITARIOS: ¿PÚBLICA O PRIVADA? .....	141
Francisco Reyes	
CAMBIOS POBLACIONALES QUE AFECTAN A LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS SANITARIOS.....	159
Enrique Orsi y Agustín Reoyo	
VIOLENCIA INSTITUCIONAL.....	171
Carmen Yela	
UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA GESTIÓN DESDE LO PÚBLICO.....	185
Elvira S. Llopis	

CONCLUSIONES FINALES.....193

## **Presentación**

### **La gestión sanitaria: una tarea de no fácil solución**

#### **Marciano Sánchez Bayle**

*Director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo*

*Presidente de la International Association of Health Policy*

*Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*

El presente informe reúne una serie de reflexiones sobre la gestión de los centros sanitarios públicos que intenta, desde una óptica de mantenimiento y profundización del servicio público, ofrecer reflexiones y alternativas para su mejora.

Algunos teóricos han diferenciado la gestión en macro, meso y microgestión, según el ámbito de ésta y han avanzado distintas respuestas en cada uno de estos marcos conceptuales. También se pretenden plantear reflexiones y alternativas respondiendo a cada uno de esos campos, porque la gestión de los centros y unidades difícilmente puede cambiar de manera significativa si no se abordan los problemas de gestión del conjunto de los servicios regionales de salud y del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Ello por supuesto no implica que cambios y mejoras en las unidades más pequeñas del SNS no sean posibles, efectivos y necesarios, pero hay que ser conscientes de que tendrán un techo si no se cambia la perspectiva global.

Por decirlo de manera simplificada los problemas que tiene la gestión del SNS se derivan de que cuatro cuestiones:

Primera: La provisión de servicios sanitarios dependen de miles de decisiones individuales de los profesionales que aunque son estadísticamente previsibles en líneas generales, deben adaptarse a la complejidad de cada caso concreto que con frecuencia presenta características singulares que lo hacen imprevisible; por lo tanto combinar las pautas y las evidencias generales a los individuos permite un margen de variabilidad que no puede eliminarse, aunque por supuesto si reducirse, y ello da una gran autonomía en la toma de decisiones a los profesionales que son quienes a la postre deciden mas del 80% del gasto sanitario.

Segunda: La industria de la tecnología sanitaria tiene una gran capacidad de presión sobre estas decisiones, presión que proviene de que canaliza la mayoría de la formación/información que reciben los profesionales y por su capacidad para "esponsorizar" la investigación, de manera que se ha llegado a decir que los profesionales y el sistema sanitario funcionarían como una agencia de los intereses de la industria.

Tercera: La gestión de los centros públicos esta hiperpolitizada y sin sistemas de control social y/o profesional, lo que favorece la ausencia de responsabilidad y las decisiones cortoplacistas pensadas más para obtener el favor de la cadena de mando que para responder a las necesidades de salud de la ciudadanía.

Cuarta: La organización de los servicios sanitarios es extremadamente compleja porque la demanda en la mayoría de los casos experimenta variaciones muy amplias difícilmente predecibles, por lo que la aplicación de técnicas de gestión pensadas para la industria o los servicios provocan frecuentemente mas problemas que los que vienen a solucionar.

Quinta: La estructura y organización de los centros sanitarios sigue todavía un esquema decimonónico de jerarquías muy rígidas que parece olvidar la diversidad de profesionales y titulaciones y la creciente complejidad de los abordajes a los problemas de salud.

De resultados de todo ello, y además presionado por intereses económicos e ideologías neoliberales, se ha pretendido encontrar la solución fuera del sistema público, es decir buscando en el modelo de mercado las respuestas que los responsables políticos se consideraban incapaces de arbitrar en el sistema público; es famosa la frase que se atribuye a un responsable madrileño de que "todo tiene solución... menos el Gregorio Marañón".

Así se ha generado una desregulación/empresarización de los centros sanitarios, la implantación de un pseudomercado en el sistema sanitario público y luego una privatización pura y simple. Y todo ello sin hacer evaluación alguna y a pesar de que todos los indicios señalan que se incrementan los costes y se empeora la calidad del servicio.

El presente informe recoge contribuciones de expertos profesionales de la salud con amplia experiencia en el sistema sanitario público.

Comienza con una reflexión sobre la multiplicidad de "experimentos" de gestión que sufre nuestro sistema sanitario; continua con el papel de las áreas sanitarias como bases para una gestión eficiente, racional y equitativa; posteriormente se analiza la gestión clínica, el plan integrado de salud, la relación entre atención primaria y especializada, la gestión unificada de compras, la evaluación de las tecnologías sanitarias, la integración sociosanitaria, un análisis económico de la producción y provisión de servicios sanitarios con especial incidencia en su carácter público o privado, los cambios en las necesidades de recursos humanos en los sistemas sanitarios, la violencia institucional y, por fin, una serie de alternativas para la mejora de la gestión pública de la sanidad.

Como se decía al principio la solución no es fácil, pero desde luego requiere de la concatenación de cinco agentes indispensables, unas administraciones sanitarias coordinadas que fijen objetivos generales del Sistema Nacional de Salud y que se planteen seriamente la mejora de la gestión pública de la sanidad, gestores profesionales con cualificación y responsabilidad, profesionales de la salud comprometidos con el buen funcionamiento del sistema sanitario público y una población con capacidad para implicarse en su salud, lo que requiere mecanismos reales de participación y control.

Sobre todos estos temas y algunos otros que se consideran importantes trata este informe, esperamos que sea útil para avanzar en el objetivo del mantenimiento y mejora de la Sanidad Pública en nuestro país.

## **El quilombo de la gestión sanitaria: A río revuelto ganancia de privatizadores**

### **Marciano Sánchez Bayle**

*Director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo*

*Presidente de la International Association of Health Policy*

*Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*

La RAE en su 23ª edición del diccionario define "quilombo" en una de sus acepciones como "lío, barullo, gresca, desorden", y seguramente es una buena definición de lo que ha sucedido con la gestión sanitaria en España en estos últimos años.

### **Un poco de historia**

El sistema sanitario en España se desarrolló fundamentalmente en los años 60 con la red sanitaria de la Seguridad Social, aunque previamente ya existían los hospitales de las diputaciones provinciales, los centros antituberculosos y la red de beneficencia del Estado.

Cuando en 1986 se aprueba la ley General de Sanidad (LGS) nada menos que 13 ministerios y 100 entidades públicas tenían competencias sanitarias. A partir de la aprobación de ésta se inicia un proceso de unificación de redes públicas que no culminaría hasta 2001 con la finalización de las transferencias a las CCAA.

La red hospitalaria era mayoritariamente pública, con excepción de Cataluña donde de manera tradicional había una gran variedad de centros hospitalarios de carácter privado o semiprivado (consorcios, etc.) pero, en todo caso la calidad de la atención hospitalaria estaba centrada en los grandes hospitales públicos.

En un primer momento, tras la LGS se intenta potenciar lo que se denominó "cultura de gestión" en los hospitales, reorganizando sus equipos directivos e introduciendo nuevos sistemas de gestión que permitían poner un poco de orden en unos centros cuyo funcionamiento dependía fundamentalmente de las características de cada uno de los responsables de los servicios y departamentos, que se habían desarrollado como verdaderos "reinos de taifas" en el interior de los hospitales.

En 1991 la aparición del conocido como "Informe Abril" pone las bases para unos nuevos planteamientos de cara a los hospitales. Las propuestas se centran básicamente en dos temas: constitución de empresas diferenciadas en cada centro hospitalario, y funcionamiento de acuerdo con criterios exclusivamente empresariales, con la cuenta de resultados (de hecho se señala explícitamente que los hospitales no rentables deberían cerrarse).

Desde entonces ha existido un amplio debate sobre gestión sanitaria en el que básicamente se han imbricado posiciones que apuntaban la apertura de un mercado sanitario, bien interno (limitado al sistema sanitario público),

bien mixto (público- privado) y sobre las posibles mejoras de la eficiencia del modelo hospitalario.

El debate, centrado en las propuestas de las escuelas de gestión y de las de la reforma del National Health Service propugnadas por Margaret Thatcher (working for patients) parte de las siguientes premisas acríticamente asumidas:

- Ineficiencia de los sistemas sanitarios públicos. Hay un discurso que mantiene que todos los sistemas públicos son ineficientes por principio y que además se sustentan sobre un entramado burocrático donde priman los intereses de sus miembros lo que le impide responder a las demandas de la población.
- Necesidad de incentivos a la eficiencia. Otra característica que se señala de los servicios públicos es la rigidez de sus mecanismos de contratación y de relaciones laborales que se considera un obstáculo para poder incentivar la mayor productividad y/o cumplimiento de objetivos, favoreciendo un clima en el que es más fácil que se asuma el "café para todos", donde una ausencia de sistemas de reconocimiento del esfuerzo de los profesionales crea un incentivo a la "regresión a la media" que, a la larga, presiona hacia una actividad, esfuerzo y productividad cada vez menor, que se combina con complejos y garantistas sistemas de sanciones y despidos.
- Papel central del mercado en la regulación de la oferta y demanda de servicios. El mercado, se asume en este discurso político-económico, es el mecanismo ideal para la distribución de recursos y la adecuación de la oferta a la demanda, y cuanto mayor sea su papel y menores las restricciones al mismo, mejor y más fácil será la capacidad del sistema sanitario de adaptarse a las demandas sociales en continua transformación y expansión.

Sin embargo conviene tener en cuenta que:

- El análisis del gasto sanitario de los países demuestra que éste es mayor cuanto más privatizado es su sistema sanitario, y por otro lado los resultados en salud no son mejores, de manera que el análisis de la eficiencia (resultados de salud al menor coste) es favorable a los sistemas públicos frente a los privados. Por otro lado parece obvio que la provisión privada debe de destinar una parte de su coste a los beneficios empresariales y ello incrementa los costes o detrae estas cantidades de lo destinado a la asistencia. Además existe mucha literatura científica que evidencia que los países con sistemas públicos dedican una proporción mucho menor a costes de administración y gestión que los que tienen sistemas privados.
- Los incentivos en el sistema sanitario son un elemento de una complejidad extrema con serios problemas que no han sido bien resueltos hasta el presente, tanto por las dificultades para evaluar la calidad de las prestaciones como por los efectos perversos que tiene valorar sólo la cantidad (bien por el aumento de las actuaciones innecesarias en el caso de incentivos sobre el número de éstas, o de no realización incluso de las que son precisas cuando lo que se incentiva es el ahorro). En todo caso es posible la inclusión de

incentivos en los sistemas sanitarios públicos, y en España existen de tipo muy variado (prescripción de genéricos, etc.). Por otro lado el carácter de empleados públicos de los profesionales sanitarios favorece la independencia profesional y la utilización prioritaria de los intereses de los pacientes frente a la de los empleadores (existe también mucha experiencia en USA de las intervenciones de las aseguradoras privadas a la hora de restringir la utilización necesaria de medios diagnósticos y terapéuticos).

- El papel del mercado en la regulación de la oferta y la demanda esta muy cuestionada en la prestación de servicios públicos, más aún en el caso de la sanidad porque existen muchas externalidades y una gran asimetría de información que ponen en cuestión su utilidad. Sobre todo si se tiene en cuenta que estamos ante la atención a un derecho ciudadano (la salud) que se contrapone con una concepción mercantilista que en última instancia basa el acceso en los precios de los servicios que se prestan, por eso cuanto mas privatizado esta un sistema sanitario es mas frecuente y mas amplia la utilización de copagos. Por fin conviene no olvidar que la actual crisis económica acaba de demostrar los problemas y limitaciones que tiene el mercado sin estar sometido a controles y regulaciones.

### **Lo acontecido en España**

Las iniciativas que se han llevado a cabo en España se han centrado en los siguientes aspectos:

- Introducción de contratos en los sistemas públicos que en un primer momento se centraron en los denominados contratos-programa que en esencia pretendían fijar los objetivos de actividad de los centros sanitarios, lo que desde luego supuso un avance en cuanto a establecer prioridades en el funcionamiento del sistema y una cierta lógica que intentaba romper una inercia presupuestaria de base exclusivamente incrementalista (los presupuestos globales se aumentaban en un porcentaje que se trasladaba a cada uno de los centros sin ningún tipo de consideración al respecto de su utilidad y/o necesidad). Aunque es obvio que el establecimiento de contratos-programa fue básicamente positivo, no lo es menos que fue el primer paso imprescindible para el siguiente.
- Separación de financiación y provisión. Existen muchos teóricos del análisis de la evolución de los sistemas sanitarios que señalan que es el punto crítico para la privatización. La separación entre una entidad que financia y establece los objetivos y controla su cumplimiento y otras (servicios regionales, entidades provisoras y/o centros sanitarios) que se encargan de proveer los servicios es la clave para poder implementar el mercado dentro del sistema sanitario, y el primer paso imprescindible para la misma. El argumentario habitual para su puesta en marcha es que la separación de ambas funciones permite una negociación entre las partes para adecuar los planes de los gobiernos /autoridades sanitarias a las posibilidades reales de los centros. Sin embargo la realidad demuestra que cuando la negociación se produce dentro de las propias organizaciones (en este caso el sistema sanitario público) ésta se convierte en una ficción

porque en realidad se produce entre dos entidades, una de las cuales o es la misma o depende de la otra; en suma: ¿Qué capacidad de negociación puede tener un gerente de un centro con un director general que le ha nombrado y puede revocarlo en cualquier momento y sin justificar su decisión? El sentido común (en este caso se demuestra también que es el menos común de los sentidos) y la práctica demuestran que ninguna: el ámbito jerárquico acaba imponiéndose.

- Utilización de técnicas de gestión. Paralelamente se comenzaron a utilizar las técnicas habituales de la gestión privada en los centros públicos. Aunque se trata de actuaciones muy variadas y algunas de ellas de gran complejidad que no es posible analizar detalladamente aquí, el resultado final ha sido un aumento del personal de gestión/administración que se ha incrementado en unas 3 veces por paciente atendido (conviene no olvidar que se partía de cifras muy bajas), una mejora general de la información disponible (no tanto para el público porque incomprensiblemente la mayoría de ella está "secuestrada" por los gestores/directivos de las administraciones sanitarias) y un mayor control sobre la actividad profesional (agendas de consulta, de quirófanos, de listas de espera) lo que no siempre ha redundado en mejoras sobre el servicio (la carga burocrática de los profesionales a pesar de la informatización se ha incrementado en muchos casos).
- Dotar a los centros de personalidad jurídica diferenciada. Fue el siguiente paso, ya propugnado por el Informe Abril y comenzó con la puesta en funcionamiento de las fundaciones sanitarias, primero en Galicia y luego en el resto del país, y algo después con la creación de empresas públicas, sobre todo en Andalucía con alguna excepción (Fuenlabrada en Madrid). La teoría señalaba que las ventajas de las nuevas fórmulas estaban en una mayor flexibilidad y agilidad de gestión además de la aplicación de la normativa laboral a sus trabajadores lo que rompería con la inercia funcionarial. El intento de convertir todos los centros hospitalarios existentes en fundaciones fracasó debido a la fuerte oposición social y sindical y acabó circunscrito a los hospitales de nueva creación. La práctica demostró que solo favorecían criterios de ahorro disminuyendo la calidad de las prestaciones, los trabajadores estaban más descontentos y por supuesto se perdían las ventajas de economía de escala que tiene el sistema público. Otro aspecto relevante es la menor transparencia de estas fórmulas que facilitan aún menos información pública que la red sanitaria habitual. En Galicia se produjo la integración de las fundaciones a la red del Sergas (2008 y 2009).
- Gestión clínica. Posteriormente a lo señalado, y ante la evidencia de que el gerencialismo no estaba produciendo los resultados esperados en cuanto a mejoras en la eficacia y la eficiencia de los centros, se produjo una iniciativa para ligar más la práctica profesional y la gestión, mediante lo que se denominó como "gestión clínica" y que, en esencia, suponía que los profesionales (algunas áreas como unidades o servicios) se dotaran de autonomía funcional y en algún caso económica (bien que esta última restringida). Su aplicación en España ha tenido fórmulas muy diversas (institutos, unidades clínicas, etc.) y en general limitadas con resultados poco claros y que,

desde luego, han estado muy por debajo de las expectativas generadas. El aspecto más negativo ha sido la fragmentación que produce en los centros sanitarios en los que parece como si estos grupos existieran fuera del entorno, y muchas veces con escasa o nula coordinación con el resto del centro, cuando es evidente que la eficacia y la calidad de las prestaciones depende en gran medida de la capacidad para integrar las actuaciones del conjunto de recursos de los distintos servicios, unidades y especialidades.

- Abrir progresivamente más espacios a las empresas privadas: Externalizaciones, concesiones administrativas, colaboración público-privada (PFI), entidades de base asociativa (EBAs). El proceso de facilitar cada vez más la provisión privada ha ido en continuo incremento en los últimos años y ha seguido un camino con velocidad variable (en algunos momentos lentamente pero en otros, especialmente en los últimos 9 años, desde la finalización de las transferencias a las CCAA, bastante acelerado). Las fórmulas utilizadas han sido también múltiples:
  - Externalizaciones: Se ha producido un incremento de la derivación al sector privado de cada vez más procesos y actuaciones del sistema sanitario público. Inicialmente algunos servicios de carácter no sanitario como la limpieza y la cocina o el mantenimiento, luego otros de carácter administrativo pero con implicaciones muy sensibles (por ejemplo, la confidencialidad), como los archivos de historias clínicas y la informática, y por fin otros de carácter sanitario como las pruebas diagnósticas (especialmente radiología) y las intervenciones quirúrgicas (planes de choque frente a las listas de espera). Por supuesto el proceso no se ha producido en este orden y tampoco con igual intensidad en todas las CCAA, pero el hecho es que cada vez son más las actividades del sistema sanitario público que están subcontratadas con el sector privado.
  - Consorcios: es una figura existente de manera tradicional en Cataluña donde estaban presentes los ayuntamientos, en su momento las diputaciones (luego la Consejería de Sanidad) y otras entidades de carácter público y privado (iglesia, entidades asociativas y/o benéficas). Recientemente se ha puesto en funcionamiento un consorcio hospitalario en Jaca con presencia de una mutua patronal.
  - Entidades de base asociativa (EBAs). Es un modelo de gestión circunscrito hasta ahora a Cataluña y a la atención primaria. Un grupo de profesionales (médicos) constituye una cooperativa que se hace cargo de un centro de salud.
  - Colaboración público-privada (PFI): es una copia del modelo inglés del que provienen las siglas (private finance initiative) que consiste en que una empresa privada construye un hospital en terreno público y recibe un canon anual (habitualmente durante 30 años) haciéndose cargo además de la gestión de los aspectos no sanitarios de los nuevos centros (cocina, limpieza, administración, informática) y recibiendo ingresos de los servicios complementarios (aparcamiento,

tiendas, etc). El modelo se ha puesto en marcha en Madrid donde ya funcionan siete hospitales (en cuanto a la parte de gestión pública en seis de ellos se constituyeron empresas públicas al efecto y en el otro se mantiene la gestión tradicional), en Castilla-León (Burgos) se está construyendo un hospital por este modelo y hay previstos otros dos en Galicia. Aunque la experiencia es corta en el tiempo, y la ausencia de información es la norma, ya se conocen algunas cosas: la dotación de camas y personal sanitario esta muy por debajo de lo razonable, existen serios problemas de seguridad e higiene en los centros, los problemas de coordinación entre las dos empresas que gestionan los centros (publica y privada) son la norma y la población prefiere mayoritariamente ser atendida en los centros tradicionales. Además su precio es exorbitante (al finalizar 2010 se habrá pagado a las empresas privadas el importe de construir seis de los siete hospitales y quedaran aún mas de 25 años por pagar. En todo caso se están constatando sobre el terreno los problemas que ya se han señalado en Gran Bretaña.

- Concesiones administrativas: El modelo más privatizado es el denominado "de concesión administrativa", en que la empresa privada que construye el hospital lo gestiona de manera total. El ejemplo más antiguo y donde se comenzó la experiencia es el del hospital de Alzira en la Comunidad Valenciana, donde además se han construido tres más y existe otro mas previsto. En Madrid mas recientemente se construyo otro centro (Valdemoro) y hay otros tres previstos. La gestión es totalmente privada con todos los problemas que conlleva (déficit de camas, de personal, selección de riesgos, etc.) y con unas desviaciones de costes muy notorios y bien documentados (Alzira) y con pretensiones de inclusión de la atención primaria (Alzira) e incluso de la socio sanitaria, lo que no deja de llamar la atención, porque el sector privado tiende a la integración de recursos (lo que también se ha visto en USA en las HMOs), cuando se asiste a la fragmentación del sistema público supuestamente para mejorar su funcionamiento. Por supuesto la información pública sobre datos de funcionamiento y recursos es todavía menor que en el caso de las fundaciones/empresas públicas, por lo que la evaluación independiente se hace cada vez más difícil.

### **¿Dónde estamos?**

Si a la llegada de la democracia la relación de medios entre el sistema sanitario público y el privado era, en el área de la atención especializada, aproximadamente del 80/20 por ciento, con excepción de Cataluña donde existía una mayor presencia del sector privado, la situación ha ido lentamente derivándose hacia un incremento del sector privado pero con muchas diferencias de unas a otras comunidades autónomas. Por ejemplo según la última información disponible (Ministerio de Sanidad) en 2008 eran públicas el 70,8 por ciento del total de las camas hospitalarias en España,

pero ese porcentaje iba desde el 59,12 por ciento en Cataluña al 90,61 por ciento en Castilla-La Mancha.

En medio de todo ello el sistema sanitario público de gestión tradicional, tan denostado, ha demostrado una gran capacidad de mejora en su eficacia, tal y como se observa en la tabla siguiente, mejora que según parece ha pasado totalmente desapercibida a sus detractores.

#### **Evolución de la gestión sanitaria pública**

	1991	2007
Camas/1.000 habitantes	3,9	3,36
Ingresos /1.000 habitantes	99,47	117,5
Intervenciones quirúrgicas/1.000 habitantes	58,1	97,8
Estancia media	9,3	6,6

La ley 15/97 y las leyes de Ordenación sanitaria aprobadas por las distintas CCAA abren las puertas a una privatización generalizada de los centros sanitarios, aunque hasta ahora uno de los principales obstáculos ha sido el personal sanitario muy reticente a incorporarse a los centros con nuevos modelos de gestión y/o privados.

Por otro lado, la información de los centros privados y de gestión privada es poco transparente por no decir nula, y no se ha podido realizar un estudio detallado sobre su funcionamiento, y cuando se han realizado intentos de hacerlo, por ejemplo en el caso de las fundaciones sanitarias, la información dejó de estar disponible. Aún así existen bastantes indicios de que la calidad de las prestaciones es netamente menor que la de los centros públicos de gestión tradicional a donde se acaba trasladando a los enfermos mas complejos (es decir se realiza selección de riesgos).

Una de las características más notables de este proceso es precisamente la multiplicidad de modelos de gestión que se han puesto en marcha lo que hace más complicado cualquier intento de evaluación ya que se precisa de un cierto tiempo de funcionamiento para poder evaluar la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria.

Todo parece indicar que esta multiplicación de los "inventos" entra precisamente en el guión inicial, porque la ausencia de evaluación es precisamente una de las premisas para favorecer la extensión de estos centros privados y semi-privados hasta que alcancen una masa crítica suficiente para que sea difícil o casi imposible la reversión del proceso.

Todo ello en medio de un gran ruido mediático y pseudo científico que impide una reflexión seria y ante la indiferencia de la supuesta autoridad sanitaria, el Ministerio de Sanidad, que permanece indiferente como si el

desmantelamiento del sistema sanitario público en España no fuera un problema de su competencia.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Sánchez Bayle M (ed): El sistema sanitario en España. Los libros de la Catarata. Madrid 1996.
- Sánchez Bayle M: Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España. Los libros de la Catarata. Madrid 1998.
- Department of Health (1989a): Working for Patients London: HMSO.(1989b) Working Paper 11. London:HMSO.
- Pollock A: NHS pic. The privatization our of health care. Verso. London 2004
- Talbot – Smith A, Pollock A: The new NHS: a guide. Routledge. New York 2006
- [Ruiz Hervella V](#), [Martín García M](#), Sánchez Bayle M: [Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia](#). Rev Adm Sanit 2005; 3: 303-314
- [Martín García M](#), Sánchez Bayle M: [Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades](#). Gacet Sanit 2004; 18 (supl 1):. 96-101
- Lorenzo Porto JA: Gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad. Rev Adm Sanit 2003; 4: 593-9
- Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid: La salud y la situación sanitaria en la Comunidad de Madrid. ADSPM Madrid 2010.
- Ministerio de Sanidad y Política Social: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado 2008. Disponible en [www.msps.es](http://www.msps.es)



## **Las áreas sanitarias como base para una gestión eficiente, racional y equitativa de los recursos sanitarios**

### **Manuel Martín García.**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

*Máster en Salud Pública.*

*Secretario de la FADSP*

La Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, instauró en España un modelo sanitario basado en el Sistema Nacional de Salud cuyas principales características son: La *Universalización de la atención a toda la población*, independientemente de su situación económica, laboral o social; la *Accesibilidad plena los servicios*; la *Desconcentración de los recursos y actividades con base territorial* como forma de garantizar la equidad en el acceso a los servicios situándolos lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población; la *Descentralización de la gestión* para adecuarla a las necesidades de los ciudadanos; la *Participación de los ciudadanos* en la planificación y control de las actuaciones del sistema sanitario.

La estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud en España se fundamenta y articula, al menos teóricamente, en base al territorio en tres niveles organizativos: *central, autonómico y áreas de salud*

- En el *Nivel Central* es el Ministerio de Sanidad y Consumo el responsable de diseñar y ejecutar las directrices generales de la política de salud, la planificación general de los recursos y de la asistencia sanitaria, y la cohesión del Sistema a través de la Alta Inspección del Estado y la Coordinación del Consejo Interterritorial (organismo que integra a los responsables de los diferentes Servicios de salud Autonómicos)
- En el *Nivel Autonómico* la ordenación, prestación y gestión de los servicios sanitarios se transfirió a los Servicios de Salud Autonómicos que integran, planifican y gestionan la actividad de todos los centros y servicios sanitarios.
- En el *Nivel Local* las Áreas de Salud constituyen las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de gestionar de manera coordinada y unitaria los centros y recursos sanitarios.

### **Las Áreas Sanitarias son la base del sistema**

Las Áreas de Salud son demarcaciones territoriales destinadas a garantizar la atención integral de salud. Son las estructuras básicas del sistema sanitario que tienen la responsabilidad de gestionar y coordinar, de manera unitaria y coherente, todos los centros y establecimientos del servicio de salud, las prestaciones sanitarias y los programas a desarrollar por ellos.

El sistema sanitario se ha ido fraccionando, a lo largo de los años, en múltiples niveles y especialidades. La asistencia sanitaria, la salud pública,

la salud mental, la salud ambiental, salud laboral, la atención socio sanitaria, se han constituido en espacios y compartimentos estancos apenas relacionados entre sí.

Estas barreras dificultan las relaciones entre los elementos del sistema y generan problemas funcionales que reducen su efectividad, calidad y eficiencia, al crear duplicidades de recursos y actividades que favorecen el despilfarro de los recursos, fragmentan la práctica profesional y la atención de los pacientes.

Las políticas de integración sanitaria deberían estar orientadas a superar las barreras de la super-especialización de la atención que limitan su eficiencia y calidad. La atención sanitaria se debería orientar a solucionar las necesidades de salud de los ciudadanos a nivel local integrando las actuaciones de los distintos niveles, instituciones y profesionales, mediante el trabajo cooperativo, con objetivos comunes, compartiendo la financiación, los recursos, y la gestión de la organización.

Para hacer efectiva esta alternativa son necesarias estructuras que integren a los dos niveles asistenciales y al resto de recursos relacionados con la salud a nivel territorial:

- La Atención Primaria: Prestada por equipos multidisciplinares que atienden al individuo, la familia y la comunidad; mediante programas que integran la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación.
- La Atención Especializada: En la que los hospitales y centros de especialidades prestan una atención de mayor complejidad tecnológica.
- Los Servicios de Salud Pública responsables de las actividades de promoción y prevención
- La Atención Socio-sanitaria para atender a pacientes crónicos y discapacitados para valerse por si mismos
- Las instituciones locales con responsabilidades en infraestructuras viarias, abastecimiento y depuración de aguas, control atmosférico, eliminación de residuos urbanos, etc.

Las Áreas Sanitarias precisan de órganos de gestión que planifiquen y controlen todos estos recursos, que deberían integrar a los diferentes niveles asistenciales, administraciones locales y población.

De acuerdo a la Ley General de Sanidad estas estructuras se deben delimitar teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberían quedar delimitadas de manera que puedan cumplir su función (como regla general, el área de salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000).

## **Un desarrollo limitado**

Las Áreas Sanitarias apenas se han desarrollado en la práctica, quedando reducidas en la mayoría de las CCAA a meras delimitaciones territoriales que agrupan a centros de salud y hospitales, sin órganos ni recursos para su gestión integrada. Esta situación impide planificar, integrar y coordinar las actividades, haciendo imposible la promoción de salud, la gestión integrada, la participación ciudadana y el control de los resultados.

## **Consecuencias de esta situación**

En los últimos años se ha incrementado el gasto sanitario como consecuencia del uso intensivo y descontrolado de los recursos tecnológicos, de la introducción de medicamentos y tratamientos cada vez más costosos y del abordaje de patologías en niveles asistenciales inapropiados, sin que esto haya aportado mejoras en la salud de los ciudadanos.

La introducción de la gestión empresarial, el fraccionamiento de los servicios en entes dotados de plena autonomía de gestión y la ausencia de estrategias para estandarizar las actuaciones, limitan e impiden, cada vez con mayor intensidad, la asignación y el uso racional de los recursos del sistema.

## **Las causas del problema**

El desarrollo fallido de las Áreas Sanitarias, tal como aparecen en la Ley General de Sanidad es a la vez el resultado y la causa de factores de naturaleza política, social, académica y profesional:

- El temor de las administraciones autonómicas a la descentralización de las decisiones y la gestión de los recursos sanitarios.
- La hegemonía del *hospitalocentrismo* y de la medicina clínica tradicional que hace que los hospitales rechacen compartir poder o coordinarse con la Atención Primaria. El actual modelo de formación *pregraduada* de los profesionales, monopolizada por profesionales con un enfoque esencialmente clínico-curativo, tiene mucho que ver con esta situación.
- La falta de experiencia del trabajo en equipo que dificulta la coordinación y la integración de la atención de los servicios sanitarios.
- El escaso desarrollo de la medicina basada en la evidencia y de integración de los procesos asistenciales.
- El auge del *gerencialismo* que concentra el poder de decisión de los centros en las gerencias, la falta de desarrollo de órganos de participación profesional y el rechazo de los profesionales a implicarse activamente en la gestión de los centros.
- El escaso interés de las instituciones no sanitarias por asumir competencias en este terreno.

- El temor de la AP a ser absorbida por los hospitales si se instauran órganos de gestión unitaria, dada la debilidad de este nivel frente al hospitalario.
- La ofensiva neoliberal y del sector privado para introducir el mercado y la competencia en el sistema sanitario. La irrupción de la denominada "Nueva Gestión" pretende transformar de los centros sanitarios públicos en empresas privadas dotadas de plena autonomía para competir entre sí por captar presupuestos, recursos y clientes, en lugar de coordinarse para cooperar.
- El temor de las autoridades sanitarias y políticas a compartir el poder con los ciudadanos.
- El desinterés de gran parte de la ciudadanía por asumir un papel activo y responsable en materia sanitaria y el escaso desarrollo del tejido social representativo.
- La falta de información y de formación en esta materia de los ciudadanos, el auge del individualismo y el consumismo sanitario están detrás de esta situación.

Como consecuencia el Sistema Nacional de Salud está cada vez más sometido a situaciones de desigualdad, ineficiencia y tensión, que lo debilitan y lo sumen en la irracionalidad y la ineficiencia.

### **Algunas experiencias desarrolladas en gestión unificada de las áreas sanitarias**

A pesar del tiempo transcurrido desde la promulgación de la Ley General de Sanidad apenas se han desarrollado las Áreas Sanitarias, que continúan en su mayor parte siendo meras delimitaciones territoriales que agrupan a hospitales y centros de salud, escasamente relacionados entre si, sin órganos que gestionen su recursos, sin planes ni programas adecuados a las características específicas de su población o su territorio.

En algunas comunidades autónomas (Madrid, Galicia, Extremadura o Andalucía) se han desarrollado algunas experiencias de gestión integrada denominadas *Gerencias Únicas de Área*. La mayoría de estas experiencias carecen de un respaldo basado en la evidencia y en su inmensa mayoría sus resultados no han sido evaluados. En muchos casos los profesionales que las gestionan tienen formación y experiencia hospitalaria lo que les orienta priorizar al nivel especializado, en detrimento de la atención primaria.

En estas experiencias se confunde la figura de *Gerente Único* con *Gerencia Integrada de Área* en detrimento de la actuación integral e integrada de los servicios hospitalarios, de AP y del resto de los recursos asistenciales. En el *modelo de gerencia única* desaparecen las estructuras de gestión hospitalaria y de Atención Primaria, sin haber resultado previamente los desequilibrios de poder y de subordinación de esta última (las gerencias de AP han estado tradicionalmente en situación de inferioridad de recursos presupuestarios, personal y dotación tecnológica, lo mismo que de investigación y docencia).

Como consecuencia en todas estas experiencias ha desaparecido la AP como entidad independiente, en algunos casos sustituidas por direcciones médicas (Extremadura) y en otros casos asimiladas a subdirecciones de procesos asistenciales de carácter ambulatorio (Galicia). En ambas experiencias la atención hospitalaria concentra los recursos y el interés de los gerentes (dada la mayor complejidad y coste de sus procesos y el volumen de recursos tecnológicos que manejan y la hegemonía del hospitalo-centrismo en el sistema sanitario y en la opinión pública). En este escenario la AP, desprovista de una estructura administrativa, que le permita una negociación y que equilibre su falta de poder, queda relegada a un papel subsidiario.

### **El ejemplo del Área Sanitaria de Gestión Única de Ferrol**

Estableció una estructura organizativa muy centralizada, controlada directamente por el Director del Área:

- El Director acumula un poder de decisión absoluto ya que controla prácticamente todas las decisiones referidas a la estructura, la planificación, el proceso asistencial y control de resultados.
- En la Comisión de Dirección no participan representantes de las entidades municipales a pesar de lo establecido por la LGS que indica que los Órganos de Dirección de las Áreas estarán formados por representantes de la CCAA en un 60 por ciento y de las Corporaciones Locales en un 40 por ciento (*Capítulo III, art. 59 ap.2*).
- La participación profesional en la gestión se concreta únicamente en asesorar en temas asistenciales, sin ningún papel en el resto de actividades relacionadas con la salud (promoción, prevención,..).
- La participación social a través de la Comisión de Participación Ciudadana, tiene un carácter meramente consultivo, sin ningún papel en la Planificación Sanitaria (su función será únicamente *conocer* el anteproyecto de Plan del Área, sin posibilidad de *informarlo*, como aparece en la LGS).

Los profesionales y los ciudadanos del área carecen de capacidad de intervención en la planificación y control que queda reservada, en exclusiva, a la dirección del área de acuerdo a las directrices generales establecidas por el Servicio Galego de Saude (SERGAS)

Como consecuencia:

1. No hay autonomía ni control social o profesional de la gestión ni de los resultados, vulnerando así uno de los principios básicos por las que se crearon las áreas sanitarias.
2. La atención integral es una entelequia: La estructura organizativa y funcional del área se dedica esencialmente en la gestión de los procesos

asistenciales (gestión clínica) en detrimento de las actuaciones de promoción, prevención, salud pública y atención socio sanitaria.

### 3. La Atención Primaria está marginada

- Ésta queda excluida de los órganos de gestión unipersonal, de los de procesos y de los colegiados.
- Comparte el espacio de gestión con las Urgencias Hospitalarias dentro de una de las cuatro Direcciones de Procesos, bajo la denominación de Procesos Ambulatorios. La vuelta atrás se plasma hasta en el concepto (se vuelven a denominar consultas generales y no de AP).
- Tiene una escasa presencia en los Órganos Técnicos de asesoramiento a la Dirección (30 por ciento)

En resumen la Gerencia Única esta orientada a la gestión clínica y atención especializada, en detrimento de la promoción la prevención y la atención comunitaria.

## **El Área Única de la Comunidad Autónoma de Madrid**

El gobierno autonómico ha eliminado las 11 áreas sanitarias para crear un Área Única que abarca toda la CCAA. Esta medida pretende esencialmente facilitar la privatización de la sanidad pública y desmantelar la estructura de la Atención Primaria.

Se pretende justificar esta decisión en la libertad de elección de profesional sanitario y de centro de la población, aunque el auténtico objetivo es crear un mercado único donde los proveedores de servicios sanitarios públicos y privados puedan ofrecer sus servicios y captar clientes en libre competencia. Para ello se eliminan las limitaciones del modelo territorial de área sanitaria, basado en la atención en equipo, la coordinación por niveles asistenciales, la planificación por necesidades y el control por los ciudadanos a través de su participación activa.

Esta estrategia pasa por eliminar la Atención Primaria como nivel destinado a coordinar y gestionar los procesos asistenciales de los pacientes a su paso por el sistema, ofertar una atención integral y cercana a los ciudadanos (continuidad de los cuidados y la accesibilidad a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad). El Área Única elimina las gerencias de Atención Primaria y deja aislados a los centros de salud para que compitan por captar pacientes.

La posibilidad de elegir hospital en toda la CCAA permitirá a las multinacionales sanitarias captar y seleccionar clientes en un espacio único de 6 millones de personas.

Esta decisión tendrá importantes repercusiones para el sistema sanitario público, sus profesionales y para la población con más necesidad de atención sanitaria porque:

- Incumple el modelo establecido por la Ley General de Sanidad que estable un máximo de 250.000 habitantes por área y este modelo de Área Única integra a más de 6 millones de habitantes, lo que impediría una atención sanitaria integral, dificultaría la planificación de los recursos y la coordinación con otros niveles asistenciales.
- Impide la continuidad y la integralidad de la atención, ya que se puede elegir Centro de Salud en toda la Comunidad para recibir atención a demanda, mientras que la domiciliaria será responsabilidad del centro donde resida el paciente.
- Favorece la selección adversa de pacientes al permitir que los pacientes pueden elegir cualquier hospital público o privado de la Comunidad, solicitud que puede ser aceptada o no por el centro lo que permitirá al hospital rechazar a los pacientes "no rentables", como ancianos, enfermos con patologías crónicas o demasiado costosas).
- Impide el trabajo en equipo y la cooperación entre profesionales y servicios, al otorgar libertad de elección de personal médico, de pediatría y enfermería sin restricciones en toda la CCAA, fomentando la competencia por captar a los más rentables económicamente. Sin embargo el derecho de elección de médico de familia y pediatra a nivel de centro de salud ya existe desde hace años (RD 1575/93).
- Atenta contra la confidencialidad de la información de salud del paciente al centralizar la información y permitir el acceso a la misma del sector privado con intereses económicos evidentes (seleccionar y rechazar personas no rentables).
- Impide la planificación en función de las necesidades de la población y cada zona (urbana, rural, envejecida, marginada, etc.).
- Acaba con el modelo de Atención Primaria centrado en las necesidades de salud de la población atendida, la atención comunitaria, la accesibilidad y la cercanía geográfica a los usuarios, y lo sustituye por un modelo de mercado en el que la colaboración es sustituida por la competencia, y el trabajo en equipo por el individualismo profesional.
- Acaba con la atención comunitaria, los programas de promoción y prevención y centra toda la atención en los servicios asistenciales hospitalarios, ya de por sí masificados y alejados, por sus propias características, de la realidad y las necesidades sociosanitarias de los barrios.
- Rompe la equidad al fomentar la selección adversa de la población más vulnerable desde el punto de vista de la salud. Las personas mayores, las de menor nivel cultural y los marginados tendrán dificultades para elegir médicos y centros lejanos, dado que necesita una atención cercana y accesible.
- Imposibilita la participación comunitaria y el funcionamiento de los Consejos de Salud.
- Reduce recursos públicos ya que no se van a construir los prometidos 55 centros de salud (incumpliendo las promesas electorales del Partido Popular), dejando a 1 millón de habitantes sin un centro sanitario

cercano y masificando, aún más, los centros de salud ya existentes. En el año de su puesta en marcha (2010) no hay presupuesto ni dinero corriente para cubrir las necesidades de los Centros (ni existe previsión de ello) ni se ha elaborado un nuevo Plan de necesidades por centro o área sanitaria.

El desarrollo completo e integral de las Áreas Sanitarias constituye la única alternativa organizativa del Sistema Sanitario Público para y facilitar una gestión salud integral, racional, eficiente y equitativa de los recursos sanitarios, ya que permitirían:

- Planificar los recursos en base a las necesidades y problemas de salud de los ciudadanos y de los riesgos medioambientales y laborales concretos. Permitirían asignar los recursos con racionalidad y garantizar la equidad, la accesibilidad y la racionalidad en la distribución de los recursos y en la actuación de los mismos. Los Planes de salud de Área deberían ser la base para los Planes de Salud Autonómicos, junto con políticas estratégicas de los Servicios de Salud de cada CCAA, conjugando necesidades locales con presupuestos disponibles.
- Coordinar las actuaciones de los niveles asistenciales primario, hospitalario y sociosanitario para garantizar la integralidad, la longitudinalidad y la continuidad de la atención de salud, y evitar duplicidades en los recursos o el solapamiento de actuaciones, que retrasan los procesos diagnósticos y terapéuticos, incrementan el gasto y reducen la calidad de la atención.
- Facilitar la Gestión Integrada de los Servicios Sanitarios: Permitirían organizar los recursos y las actividades para funcionar sin escalones; reducir la variabilidad clínica; eliminar la duplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; garantizar la transparencia de los resultados y permitir la autonomía de decisión de los pacientes; eliminar trámites burocráticos y derivaciones innecesarias. Es decir una gestión integrada de los procesos a los principales problemas de salud y al uso eficientemente de todos los recursos disponibles mediante el trabajo en equipo, las guías y vías clínicas basadas en la evidencia y la implicación de los profesionales en la gestión.
- Desarrollar la promoción de salud: Las áreas sanitarias son el espacio natural para una promoción de salud con mayúsculas ya que facilitarían la coordinación de los servicios sanitarios con ayuntamientos, diputaciones, servicios sociales, y otras instituciones públicas con responsabilidad en materias relacionadas con la preservación y mejora del medio ambiente (contaminación atmosférica, abastecimiento de agua saludable, accidentes de carreteras, eliminación y tratamiento de aguas fecales y residuos urbanos, prevención de accidentes de carreta o laborales, etc.), la prevención de conductas desfavorables para la salud (tabaquismo, consumo de drogas, conducciones temerarias, conductas violentas, viarios), el apoyo a estilos de vida saludable (espacios para el ocio, la práctica del ejercicio físico, etc.).
- Hacer efectiva la participación ciudadana en la planificación, ejecución y control de las actividades, planes y programas de salud. Los ciudadanos y usuarios de los servicios son los únicos que pueden identificar los problemas y necesidades sentidos, comparar la adecuación de los

resultados con sus expectativas de mejora y la calidad de los mismos. La implicación y co-responsabilidad de usuarios son una de las claves para cambiar conductas, consumo de servicios y hábitos de vida con repercusión sobre la salud.



## Gestión de la clínica

**M<sup>a</sup> Luisa Lores**

Radióloga

Hospital Montecelo (Pontevedra)

### ¿Otra Gestión Sanitaria es posible?

Si realizamos esta pregunta a los profesionales de la sanidad pública, la mayor parte de ellos, incluso los mayores defensores de nuestro sistema sanitario, probablemente dirán que sí, que existe otra gestión sanitaria pública mejor y posible.

Las alternativas a la gestión actual son un tema de debate, no únicamente en foros sobre calidad asistencial y gestión sanitaria sino también en congresos y publicaciones de importantes sociedades médicas.

Algunas sociedades científicas españolas disponen de una sección especialmente dedicada a promover la gestión de la calidad en base a equipos multidisciplinares, lo que se ha dado en llamar gestión clínica, como ocurre con la Sección de Gestión de la Calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) o con la Sección de gestión de la calidad de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM).

La SERAM ha firmado un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Cardiología (SEC) "para dar respuesta al creciente carácter multidisciplinar de las ciencias" y la Sociedad Española de Oncología médica (SEOM) recomienda esta forma de Gestión multidisciplinar en su página Web...

Otras Sociedades profesionales no han dado aún este paso, pero sus publicaciones reflejan esta preocupación por la calidad y la interdisciplinariedad en el SNS.

**La gestión clínica pretende disminuir la variabilidad evitable, en base a la evidencia científica e incrementar la eficiencia, es decir, hacer lo más efectivo al menor coste.**

Pero la actuación más eficiente no siempre está clara.

Los profesionales de la sanidad, especialmente los médicos, comprobamos que en los últimos 20 años las cosas han cambiado: La atención a muchas enfermedades es cada vez más compleja, las innovaciones tecnológicas se "amontonan" las posibilidades de actuación al mismo paciente son variadas y podemos encontrar apoyo bibliográfico para cada una de ellas, incluso para las más dispares. No disponemos de evaluación de nuestro desempeño profesional y honestamente, la mayor parte de las veces desconocemos si muchas de nuestras actuaciones son las más adecuadas para nuestros pacientes o si en ocasiones, les complicamos la vida.

Los equipos multidisciplinares (EMD) están constituidos por profesionales de todas las disciplinas relacionadas con determinado proceso (al menos en los más relevantes por gravedad y frecuencia) y especialmente formados.

Se reúnen periódicamente para tomar decisiones con respecto a cada paciente, con apoyo documental (protocolos y guías clínicas), por lo que esa decisión tiene mayor base científica y debería ser la más conveniente y también la más eficiente, ya que entre las funciones de los comités está la de protocolizar las actuaciones, impedir la repetición de pruebas y de visitas por parte del paciente y disminuir los efectos adversos.

Cualquiera desearía esto para uno mismo en el momento de enfermar, ya que las decisiones de un único profesional, por muy experimentado que sea, es difícil que contemplen todas las circunstancias y posibles enfoques de determinado paciente con determinada enfermedad.

### **¿Porque entonces esta forma de organización tan lógica y necesaria es tan difícil de implantar en el SNS?**

Porque como pasa con el colesterol, hay una gestión clínica buena y otra mala, y la segunda considera prioritario el objetivo de disminuir el coste y para ello, debemos conocer el coste del proceso, algo que consume tiempo y recursos y que es realmente complicado en patologías complejas, con pacientes difíciles de clasificar en grupos homogéneos.

Así que se requiere simplificar el proceso, acotarlo en el tiempo (cuando entra y cuando sale el paciente), fragmentarlo en parcelas definidas para calcular el coste de cada una y acordar un número limitado de indicadores, que permitan su evaluación comparativa.

Los grupos multidisciplinares forman UGC (Unidades de Gestión Clínica) y los más eficientes y con mejores indicadores exigen recuperar parte de "los beneficios" y se constituyen en Institutos Clínicos con autonomía financiera. Los profesionales de las diferentes unidades que forman parte de estos Institutos Clínicos, se separan de sus Servicios de origen y el Instituto se independiza organizativamente del hospital.

### **Para implantar y extender esta forma de gestión clínica, proliferan las consultoras.**

Los profesionales acuden a las reuniones que éstas organizan para informarse, con el objetivo de resolver los problemas que consideran más acuciantes: la forma de incrementar la relación entre Servicios y con Atención Primaria y disminuir la inadecuación de solicitudes, de trabajar en equipo con otros especialistas, de encontrar la guía clínica más adecuada, de conocer los indicadores de calidad más importantes en cada proceso asistencial y de realizar la evaluación continuada de los mismos, de identificar los efectos adversos de nuestra actividad y sus causas, en definitiva, saber si lo estamos haciendo bien...

## **Y nos encontramos:**

- Que la Atención Primaria ahora se llama cliente externo
- Los servicios a los que intentamos aproximarnos "cliente interno"
- A los coordinadores del proceso, que deben tener suficiente liderazgo para vencer las resistencias y convencer a los jefes de servicio, los denominan "dueños del proceso"
- Los procesos están acotados, con una puerta de entrada y otra de salida e importa bastante menos que ocurre con el paciente antes de entrar (hábitos de vida, prevención) y después de abandonar el proceso (Seguimiento, RHB, integración).
- Que la eficiencia está dirigida a disminuir costes por lo que debemos formarnos en contabilidad analítica y facturación y aprender a competir entre nosotros, intentando que nuestra UGC se lleve el bocado más grande del pastel, sustituyendo el poder hipertrofiado de los servicios asistenciales por el de los institutos clínicos.
- Las consultoras, que tienen claros los conceptos de eficiencia de procesos clave (de hospitalización, de urgencias...) consultan a los profesionales en lo que se refiere a procesos asistenciales (Cáncer Colorrectal, ACV...) así que, en las cuestiones que más nos interesan, son las consultoras las que consultan.

## **Y por todo ello, crece la resistencia al cambio de los profesionales.**

Para este tipo de gestión clínica que denominamos previamente mala, la eficiencia se basa en realizar muchos procesos poco complejos.

Los institutos clínicos se centran en la curación, no en la prevención y necesitan pacientes para perpetuarse y crecer. Con la tecnología actual es posible identificar las patologías más escondidas y también las más banales, con métodos diagnósticos cada vez menos invasivos y mucho antes de que molesten al paciente Y la población amedrentada debido a las múltiples posibilidades de enfermar, acude a su médico de AP y a su especialista, que solicitan análisis y estudios de imagen cada vez con más frecuencia: Ecografías de rutina en Hipertrofia Benigna de Próstata, controles ecográficos periódicos de tiroides a mujeres con bocio o ginecológicos, RM de rodilla a cualquier edad, RM o TAC a cada lumbalgia, PSA a varones asintomáticos de más de 50 años, que ocasionarán innumerables biopsias y prostatectomías innecesarias, colonoscopia anual en pólipos colónicos... Y nos vemos en la "obligación" de biopsiar, controlar, operar...

Como decía Archie Cochrane, "los sistemas públicos de salud necesitan reformas de eficacia y eficiencia pero manteniendo sus pilares básicos. De lo contrario, el autentico problema pueden ser las propias reformas"<sup>1</sup>.

Aprendamos entonces de los efectos adversos de experiencias en gestión similares: Medicare en USA da cobertura a sus asegurados a través de

---

<sup>1</sup> Cochrane AL.: Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. 1972. London: Nuffield provincial hospitals trust.

hospitales concertados con importantes incentivos cuanto más ingresos y menor coste por ingreso. Son eficientes ya que intervienen muchas Hipertrofias Prostáticas Benignas y a poder ser seleccionan a los pacientes menos complejos.

Según la agencia de evaluación de tecnologías de España, 1 de cada 3 varones en USA, que tengan 40 años serán sometidos a cirugía por hipertrofia prostática benigna, frente a 1 de cada 10 en RU.

En los varones operados en USA, la cirugía era inapropiada en un 75 por ciento, el 34 por ciento de los hombres sexualmente activos que se operaron habían empeorado su vida sexual y el 50 por ciento de los hombres mayores mejoran espontáneamente sin tratamiento quirúrgico.

### **¿Conocen esto los pacientes? ¿Y sus médicos?**

Esta forma de gestión clínica incrementará la inadecuación y aunque puede conseguir un manejo más protocolizado de ciertas patologías aumentará la variabilidad por causas económicas, como ya ocurre actualmente en la sanidad privada española, con una tasa de cesáreas en el año 2007 de un 38 por ciento, frente al 22 por ciento de los hospitales públicos y con el doble de posibilidades de que se realice a un paciente una RM inadecuada en un hospital privado que en uno público.<sup>2</sup>

No puede existir "Excelencia" de un proceso si falla lo principal: Su indicación.

### **La consecuencia de esta forma de gestión clínica "mala", es la privatización**

En este contexto, no es extraño que las dos mayores gestoras de hospitales privados en España, IDC Capiro y USP, coincidan en reclamar una agencia independiente que valore la calidad de los centros hospitalarios. Pretenden, según sus propias palabras, una "guía Michelin" de la sanidad<sup>3</sup>

Proponen que los hospitales privados, y también los de titularidad pública, hagan públicos sus principales indicadores de calidad asistencial -tiempos quirúrgicos, tasa de infecciones, estancias medias por proceso, tasas de reingresos, entre otros- para que los usuarios puedan comparar la pericia médica de las distintas instituciones, porque saben que en este tipo de gestión clínica son insuperables; conocen mejor que nadie la contabilidad analítica y la facturación, pueden seleccionar a los pacientes, prescindiendo de los casos extremos y son especialistas en fabricación en serie.

El paciente entra diagnosticado por la puerta de entrada del proceso, se le aplica la normativa y sale operado por la puerta de salida, sin

---

<sup>2</sup> 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 de VPM en el Sistema Nacional de Salud.2005-1(1)

<sup>3</sup> Madera V, Masfurroll G. Edición impresa- Empresas. Junio-2005

condicionamientos laborales ni pacientes mayores, polimedicados o con enfermedades en estadio avanzado que distorsionen su proceso.

Para completar el cuadro, la derecha política (Partido Popular) propone la libre elección de centro sanitario y médico en todo el SNS<sup>4</sup>.

Los ciudadanos que puedan permitirse abandonar por un tiempo sus obligaciones laborales y familiares y financiarse los viajes necesarios a otra Comunidad Autónoma, podrán optar al cirujano y UGC que prefieran, para estudiar o tratar su enfermedad. Estas unidades crecerán gracias a la gran afluencia de clientes y serán cada vez más "eficientes" y ya no será tan necesario, al menos para estos usuarios, generalizar la gestión de la calidad en todo el SNS, únicamente requieren disponer de datos que les permitan identificar a los centros TOP.

Implantar innovaciones en gestión que supongan un cambio de cultura se complica mucho cuando, ante cualquier innovación de este tipo, el lobby privatizador se cuela en nuestros centros, nos deja hablar, se apropia de nuestra ideas, las distorsiona, las mercantiliza y las enfoca "a los mejores clientes".

### **Pero existe una Gestión Clínica Buena**

Los profesionales que defendemos la sanidad pública y que estamos convencidos de que otra gestión es posible sabemos que no hay que "darle tantas vueltas":

- Que la Gestión clínica es como todo en medicina: sentido común a partir de la evidencia científica<sup>5</sup>.
- Que en sanidad, equidad no es lo mismo que igualdad (primero los más enfermos).
- Que la libre elección no indica libertad sino que genera desigualdad.
- Que los indicadores de calidad permiten identificar problemas, para resolverlos y lograr un nivel mínimo de calidad en todo el SNS, ya que no puede haber calidad solo en algunos centros, no puede haber calidad sin equidad.

"La buena gestión clínica permite un incremento mucho mayor de la eficiencia, que comienza por no gastar en actuaciones innecesarias":

El objetivo de esta gestión clínica no es el incremento de los clientes del proceso, sino que, en coordinación con la AP de salud, incide en la prevención y estilos de vida para disminuir los pacientes, sobre todo en las causas evitables más frecuentes de morbilidad y mortalidad: el tabaco, la obesidad y el sedentarismo, y para eso debemos potenciar la AP y convertirla en el centro del sistema, ya que según datos recientes<sup>6</sup>:

---

<sup>4</sup> Enmiendas del PP al las cuentas del Ministerio de Sanidad en los PGE. Diario médico. 2-11-2010

<sup>5</sup> Gutiérrez morlote J. Gestión clínica y sentido común. Rev Esp cardial 2002;55:1226-9.

<sup>6</sup> indicadores de salud 2009: Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la UE. MSPS.

1-En España existe un incremento de fumadoras y grandes fumadores entre las mujeres sin estudios o con bajo nivel de estudios y en las mayores de 45 años.

2-La obesidad infantil se dispara, con un 8,5 por ciento de niños obesos.

3-Ocupamos el segundo lugar por la cola en actividad física de toda la UE, con una prevalencia de sedentarismo de 63 por ciento de las mujeres mayores de 15 años y un 53 por ciento de los hombres y con un 17 por ciento de la población que refiere no caminar ni 10 minutos a la semana

### **“La buena gestión clínica debe centrarse en los pacientes, pero sin olvidar a la población”**

El segundo objetivo para incrementar la eficiencia es el de generalizar prácticas seguras basadas en la evidencia y evitar actuaciones sin fundamento científico, que consumen muchos recursos y con efectos adversos poco conocidos: Algunas estimaciones sitúan el gasto sanitario dedicado a procedimientos ineficaces o perjudiciales en un 20 por ciento del gasto total<sup>7</sup>.

A pesar de la existencia de varias agencias especialmente dedicadas a la evaluación de tecnologías en nuestro país, la práctica médica española no se adapta ni apenas conoce sus recomendaciones, como la propia AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) reconoce.

A continuación señalamos algunos ejemplos de discrepancias entre sus conclusiones y la práctica clínica:

1) No se dispone de análisis coste-beneficio que permita cuantificar el valor y grado de prioridad social de programas como el cribado del cáncer de mama frente a otros programas alternativos.

2) La indicación de CPAP en apnea del sueño debería ser postergada a la adopción de una serie de medidas generales: Intento serio y continuado de pérdida de peso, disminución de la ingesta de alcohol, supresión del tabaquismo y realización de ejercicio físico moderado.

3) El ejercicio físico es el componente más importante en el tratamiento conservador de la claudicación intermitente, más eficaz, según estudios (Creasy) que la angioplastia transluminal percutánea.

Y además:

a)-Únicamente el 5 por ciento de las personas que han sufrido un infarto de miocardio reciben rehabilitación cardíaca después del episodio, debido al gran desconocimiento por parte de la sociedad y de los profesionales sanitarios de sus beneficios, con un descenso en la mortalidad de entre el 20 y el 26 por ciento<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Evaluación de tecnologías sanitarias 1994-2009. Ministerio de Ciencia e Innovación.

<sup>8</sup> la presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria (SORECAR), la Dra. Ester Marco.. JANO.es · 29 Septiembre 2010

b)-De todas las RM prescritas en la sanidad pública, sólo se indica el motivo de solicitud en el 38 por ciento y este es inapropiado en entre un tercio y dos tercios de ellas”, además su realización aumenta un 400 por ciento el riesgo de terminar siendo operado, esté indicada o no la intervención quirúrgica<sup>9</sup>.

c)-Un 18 por ciento de las colonoscopias solicitadas son inapropiadas y un 12 por ciento inciertas<sup>10</sup>.

Y si los médicos desconocen las limitaciones de las actuaciones que indican a sus pacientes, aún menos las conocerá el propio paciente, lo que además de disminuir la transparencia y la ética de la práctica médica, pone en entredicho a los que abogan por el COPAGO y por la emisión de “facturas sombra” como método para sensibilizar a los pacientes con el gasto sanitario que “no” generan.

“La buena gestión clínica se centra en las actuaciones necesarias minimizando las actuaciones inadecuadas, o sin base científica, lo que supone un incremento considerable de la eficiencia y una disminución de los efectos adversos que suelen derivarse de las prácticas inadecuadas”.

Por otra parte, procesos de especial relevancia, como ocurre con el Cáncer Rectal, tienen indicadores de calidad suficientemente aceptados, que no se registran ni se conocen en España.

La AEC (Asociación Española de Cirujanos) ha implantado un programa, llamado Vikingo porque imita a uno similar escandinavo<sup>11</sup>. Se basa en la constitución de equipos multidisciplinares que reciben formación en este proceso: los cirujanos en los principios de la cirugía rectal, los patólogos en el manejo de la pieza y los radiólogos en como hacer e interpretar la RM en el cáncer de recto. Únicamente se aceptan en el programa hospitales de Área con una población superior a los 300000 habitantes, ya que se ha demostrado que hospitales más pequeños tienen resultados peores, pero nadie les ha impedido seguir operando a pacientes con CCR en nuestro país.

“En la buena gestión clínica, la formación continuada no solo es un derecho es un deber ineludible. Además, en técnicas que requieren de equipos experimentados, la acreditación del profesional no debe suponerse, debe demostrarse”.

Las innovaciones tecnológicas disponen de mecanismos que permiten su generalización rápida, aunque su necesidad y seguridad no esté suficientemente probada, pero desgraciadamente es muy difícil cambiar hábitos adquiridos o implantar cualquier medida restrictiva, aún con la

---

<sup>9</sup>Arana E, Royuela A, Kovacs FM, Estremera A. Lumbar Spine: Agreement in the interpretation of 1.5 magnetic resonance images of the lumbar spine using the Nordic Modic Consensus Group classification form. *Radiology* 2010. 254 (3): 640-1.

<sup>10</sup> Carrión S, Marín I, Lorenzo-zúñiga V, Moreno de Vega V y Boix J. Adecuación de la indicación de la colonoscopia según los nuevos criterios de EPAGE II. *GastroenterolHepatol*.2010;33(7):484-489

<sup>11</sup> Ortiz H. Informe sobre el análisis de resultados y propuestas de mejora del proyecto: “Equipos seguros en la cirugía del cáncer de recto en España” Plan de calidad para el SNS. MSPS

mayor evidencia científica, independientemente del ahorro que genere y de las vidas que salve.

“La ausencia de evaluación de la calidad asistencial y el abandono de la responsabilidad de la formación continuada de los profesionales en manos de la industria, es una dejación por parte de la administración sanitaria”.

La prevención primaria, la disminución de la inadecuación, la implantación únicamente de las innovaciones suficientemente probadas y la potenciación de la AP y de la cirugía y medicina sin ingreso, deben disminuir las listas de espera y la frecuentación hospitalaria, pero también las posibilidades de “negocio”. Desconocer los intereses en juego y las luchas de poder que pueden acarrear nos impedirá alcanzar estos objetivos.

La administración debe planificar las necesidades futuras de infraestructuras y RRHH y tranquilizar a los profesionales, ya que aunque disminuirán muchas actuaciones hipertrofiadas se incrementarán otras apenas desarrolladas y que requieren de profesionales preparados y dedicados.

“La disminución del tiempo profesional enfocado a la cantidad se compensará con el tiempo necesario dedicado a la calidad”

### **En la buena gestión clínica:**

-Los hospitales deberán centrarse en las patologías más graves y/o las que sobrepasen las posibilidades del primer nivel asistencial.

-Debido a la complejidad creciente de muchos de estos procesos y las diversas situaciones y por tanto enfoques de los pacientes con una misma enfermedad, es imprescindible su manejo mediante equipos multidisciplinares acreditados, que acordarán la mejor asistencia posible a cada paciente, en base a protocolos y guías clínicas. Sus conclusiones deben figurar en la Historia Clínica electrónica al alcance de todos los profesionales que tengan responsabilidad sobre dichos pacientes y serán vinculantes; los profesionales que discrepen podrán dirimir sus diferencias en el comité.

-Se registrarán los indicadores que permitan evaluar la eficiencia y la calidad del proceso, no para competir con otras UGC sino con el objetivo de la mejora continua y de aprender de los mejores.

-Los comités multidisciplinares pueden convivir inicialmente con una parte de la asistencia más tradicional y los profesionales que participan en los diferentes comités, que serán la mayoría, no deben separarse de sus Servicios de origen, sino trasladar a estos la experiencia de esta forma de trabajo en equipo.

-La participación de los comités debe formar parte de la formación de los MIR.

-Los comités no tendrán dueños sino coordinadores, figura que debe implantarse y definirse en la AP y en los hospitales del SNS.

- La participación en comités multidisciplinares, la investigación en gestión clínica en el área sanitaria, la asistencia protocolizada, las experiencias de coordinación con la AP, la formación continuada ... deben contemplarse en la Carrera Profesional.

“La información y la formación de los profesionales y la planificación necesaria de las necesidades asistenciales presentes y futuras disminuirá el rechazo a esta buena gestión clínica eficiente y con sentido común”.



## **Plan integrado de salud: ¿una asignatura pendiente ú olvidada?**

**Eddy D'orleans Julián**

*Médico*

*Licenciado en Derecho*

*Doctor en Sociología y Ciencias Políticas*

*Máster en Gestión Sanitaria (London School of Economics)*

*Máster en Economía de la Salud (Escuela Nacional de Sanidad) Técnico*

*Superior en Salud Laboral*

### **Introducción:**

Hoy en día nadie puede negar que España es uno de los países donde más se legisla y cuyas leyes, por su pretendida concreción y extensión, son verdaderas obras literarias que no tienen nada que envidiar a una tesis académica. A parte de que su aplicación, la mayoría de las veces, se deja a la elaboración de posteriores normas que las desarrollen. Sin contar la existencia en ellas, algunas veces, de succulentas lagunas que alimentan el apetito y las bolsas de los abogados a la hora de sentar en el banquillo a la Administración.

Nos preguntamos ¿será verdad el dicho "el que hace la ley hace la trampa"? O habría que pensar que *sus Señorías*, a la hora de legislar, lo hacen para gloria de sus honorables ombligos o para hacerse un pequeño hueco en el panteón de los ilustres o si, haciéndolo, pretenden atajar un problema o anticiparse y adaptarse a una realidad social. O quizás las decisiones políticas de nuestros legisladores se inspiren en el nefasto e ineficiente principio: las improvisaciones desde el poder. En todo caso, muchas dudas a este respecto siembran nuestro modesto intelecto.

Esta anterior reflexión viene a cuenta para poder explicar las dificultades que existen a la hora de intentar abordar la elaboración de un Plan Integrado de Salud (PIS).

En efecto, la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS), en su título III, capítulo IV, mandata a cada Comunidad Autónoma (CA) la elaboración de un Plan de Salud (PS) "comprensivo de todas las acciones necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud, y que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer planes de salud conjuntos; asimismo, prevé la formulación del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los diferentes planes de salud autonómicos, estatales y conjuntos".

Y tres años más tarde, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), presionado por los Sindicatos UGT y CCOO, colectivos de profesionales sanitarios y de asociaciones ciudadanas de defensa de la sanidad pública, publicó un "Real decreto 938/1989 de 21 de Julio, por el que se establecen procedimiento y plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud".

Dicho R-D recogía en su preámbulo textualmente el mandato de la LGS respecto a la elaboración de los PS por las CC.AA. y del PIG por el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado.

También este R.D definía claramente en su artículo 1º del capítulo primero lo que entendía por Plan Integrado de Salud en estos términos: "El PIG recogerá en un único documento los planes estatales, los planes de las CC.AA y los planes conjuntos. En su elaboración se tendrán en cuenta los criterios generales de coordinación sanitaria que serán remitidos a las CC.AA, de conformidad con lo dispuesto en el art. 70.4 de la LGS y las demás exigencias del citado artículo".

Cronológicamente situáramos a la legislación referida anteriormente en un contexto "cuasi pretransferencial" de las competencias sanitarias a las CC.AA. recordemos que dichas transferencias culminaron allá por el año 2002. Lo que significa que previamente al cierre del proceso transferencial el MSC anticipaba con esas normativas un entonces idílico y necesario entorno de coordinación sanitaria entre la Administración central y las CC.AA., extremo que la realidad terminó de demostrar lo contrario.

Incluso el propio MSC no pudo resistirse a compartir los efectos de los vapores caóticos de la "barra libre" que se instaló en el Sistema Nacional de Salud (SNS) al no regular mecanismos eficaces para articular la cohesión y la coordinación en el SNS.

A favor del MSC apuntaremos la promulgación en mayo de 2003 de la Ley 1672003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS que resultó ser en la práctica un bien documentado código de buenas intenciones.

Y resulta sorprendente que, veinticuatro años después de la entrada en vigor de la LGS, desde todos los sectores interesados en la sanidad española (sindicatos, partidos políticos, asociaciones profesionales, colectivos ciudadanos, etc.,) se sigue reclamando la elaboración de un PIG. Aquí surge una seria duda: ¿existe realmente por parte del MSC voluntad para hacerlo o bien el diseño del peculiar sistema de transferencias de las competencias sanitarias no lo permite?

En las siguientes líneas intentaremos, no sin cierta temeridad, un abordaje a este dilema.

## **II.- Dificultades para la elaboración de un plan integrado de salud**

### **II.1.- Dificultades conceptuales:**

De entrada habría que consensuar una definición más ajustada de un PIG. Es necesario hacerlo porque esto nos permitirá quizás apartar algunos de los varios obstáculos existentes en el camino que conduce a su elaboración por lo menos teórica.

Para el equipo que gobernaba el MSC en 1986 (hacemos esta salvedad porque cada equipo ministerial, entre todos los que se han ido sucediendo en el MS, ha ido aportando e imponiendo sus propios criterios sobre la

política sanitaria de este país; en suma, no se ha disfrutado de una cierta continuidad), es decir por la Administración sanitaria estatal de esta época, el PIG vendría a ser "un único documento que recogería los diferentes planes de salud autonómicos, estatales y conjuntos".

Esto equivaldría a elaborar un catálogo de planes de salud, empresa aparentemente nada difícil para el MSC que, para su elaboración, sólo necesitaría un teléfono, un auxiliar administrativo en los distintos departamentos de sanidad de las CC.AA para remitir al MSC los documentos de los PS autonómicos, otro Administrativo en el MSC para hacer el collage de los distintos planes de salud y una imprenta para editar el documento final, el cual acabaría siendo el Plan Integral de Salud estatal.

Y diecisiete años después, con otro partido político en el poder, (concretamente el partido Popular) y lógicamente un nuevo equipo en el MSC, se dio un nuevo enfoque a los planes integrales de salud.

Así en la Ley 16/2003, en concreto en su capítulo VII, se daba una nueva orientación más clínica a dichos planes. Y en su art. 64 preveía "la elaboración conjunta de planes integrales de salud por parte del MSC y los órganos competentes de las CC.AA, en relación con las patologías competentes. Los planes integrales establecerán criterios sobre la forma de organizar servicios para las patologías de manera integral en el conjunto del SNS, y determinarán estándares mínimos y modelos básicos de atención, especificando actuaciones de efectividad reconocida, herramientas de evaluación e indicadores de actividad".

Este nuevo enfoque nos parecía muy reduccionista porque no tenía en cuenta que los planes de salud son los instrumentos a través de los cuales se desarrollaban y se implantan las POLÍTICAS de SALUD. Y su finalidad es la de planificar y desarrollar actuaciones dirigidas a resolver los problemas de salud de la población a partir del diagnóstico, de la identificación de sus necesidades de salud, fijando objetivos de salud cuya consecución determine la resolución de dichos problemas y de las situaciones adversas de salud con la finalidad de permitir a los individuos una construcción equilibrada y satisfactoria de su salud.

La valoración de su efectividad se hará a través de una evaluación periódica y sistemática de dichas políticas teniendo en cuenta que "la sistemática de la evaluación puede permitir así una mayor experimentación de nuevas iniciativas y planes piloto, en los cuales predomina el análisis basado en el coste-efectividad. Medido éste en estados de salud, ha de permitir recuperar el discurso de la prevención como forma de inversión para la cual sus rendimientos mediatos no sean sino la mejoría en el bienestar social".<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> LÓPEZ CASASNOVAS G, "Una visión de futuro de las políticas de salud". Rev Gaceta Sanitaria 2009; 23(5):458-461.

## **II.2.- Dificultades de “logística”:**

En este subcapítulo echaremos un vistazo a tres elementos cuyo insuficiente desarrollo puede dificultar la elaboración de un PLAN INTEGRADO de SALUD.

### **a) La coordinación sanitaria interterritorial:**

Desde la promulgación de la LGS en 1986 en muchas normativas estatales y de las CC.AA se ha recalcado la importancia de la coordinación entre los distintos poderes públicos responsables de la gestión de la sanidad española. Sin embargo, hoy en día se sigue hablando de su poca efectividad.

En efecto, en el apartado I de la Exposición de Motivos de la Ley de cohesión y calidad del SNS leemos: “La experiencia en coordinación sanitaria desde la aprobación de la LGS hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo que aproveche esa experiencia y ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia [...] Para que ello sea factible la ley diseña una serie de instrumentos para tomar aquellas decisiones que corresponde asumir conjuntamente el Estado y a las CC.AA”.

No existe ninguna duda sobre el interés de los legisladores en abordar seriamente el problema y en solucionarlo. Posiblemente el *gap* de esta “demarche” se oculta en el cómo.

Es verdad que hacen un desparrame de principios, pero nos parece que no han arbitrado ningún instrumento normativo que permita hacer efectiva la colaboración y la coordinación entre las distintas administraciones sanitarias. Sólo se han limitado a reforzar la ya pesada maquinaria burocrática con funciones de coordinación.

Concretamente, la Ley habla de “crear o potenciar órganos especializados, que se abren a la participación de las CC.AA; así la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del SNS y el Observatorio del SNS, el Consejo Interterritorial del SNS y la Alta Inspección”.

Paradójicamente algunas CC.AA habían creado anteriormente sus propias “Agencias” o reforzado y blindado las que ya existían por temor al socorrido fantasma de la “invasión de las competencias autonómicas por el Estado Central”.

¿Y qué decir del Consejo Interterritorial del SNS? En efecto, en la Ley de cohesión y calidad pasa a ser un “órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del SNS” (art. 69).

Además, su inoperancia de "florero del SNS" venía anunciada y configurada en el art. 71 de la misma Ley que definía sus funciones en estos términos: "El Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) es el principal instrumento de configuración del SNS. El CISNS conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones sobre materias....".

Conviene retener aquí el término "recomendar" que no equivale en absoluto a poder para coordinar. Y no es de extrañar que la Subcomisión del Congreso de los Diputados para el Pacto de estado para la Sanidad hiciera en el borrador de sus "recomendaciones finales" (las cuales no fueron tenidas en cuenta, concluyendo sin éxito sus trabajos de dicha Comisión y finalmente para poder así firmar el Pacto de Estado), en su número 15 "la revisión del papel del CISNS o su reorientación como un órgano más decisivo de gobierno para el SNS con la definición explícita de las funciones, mecanismos de decisión, financiación y reglas de funcionamiento. La creación, en su caso, de mecanismos para la coordinación de la gestión de aquellas funciones, que, siendo propias de las CC.AA, pueden beneficiarse de una gestión compartida" (27 de septiembre de 2010).

Revisando el proceso transferencial tenemos la sensación de que su desarrollo llevaba desde el principio los gérmenes de un "caos programado". Recordemos que, primero se hicieron las transferencias de salud pública a las CC.AA y, algunos años más tarde, las de transferencias de la asistencia sanitaria (INSALUD) y éstas se fueron culminando siguiendo un calendario aparentemente más de oportunidad política, a lo largo de veinte años y haciendo primar en cada caso más criterios políticos y economicistas que de planificación y posterior coordinación.

"No hubo una planificación 'ex ante' de cómo ejercería el Estado su función de coordinación o de cuales serían los instrumentos de coordinación más eficaces para, a la vista de la experiencia internacional comparada, mantener los servicios prestados con el carácter universal y transferible a los ciudadanos de unos y otros territorios".<sup>13</sup>

### **b) La Precariedad de los Sistemas de Información:**

Como es habitual en todas las Administraciones públicas con "vocación burocrática cuasi genética", cuando surge un problema se le da inmediatamente como mejor respuesta la formación o de una comisión de estudio o, en el mejor de los casos, se pone en marcha la creación de un organismo, de un instituto con toda su estructura administrativa funcionarial. Naturalmente, España no iba a ser la excepción en este terreno.

A la laguna estructural de la precariedad de información en el SNS español la Ley de cohesión y calidad, para garantizar la disponibilidad de información y de la comunicación recíprocas entre las Administraciones sanitarias (art.53), prevé la creación de un "Instituto de Información sanitaria, órgano dependiente del MSC que desarrollará las actividades

---

<sup>13</sup> Consejo Estatal Económico y Social: "Propuesta de informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el Sistema Sanitario"; Madrid, Octubre 2010.

necesarias para el funcionamiento del sistema de información sanitaria” (art. 58). ¿Y cuales han sido los resultados?

La mayoría de los expertos en política y gestión sanitarias que han analizado con bastante rigor la evolución del SNS coinciden en diagnosticar la enorme precariedad de los sistemas de información sanitaria, la no existencia de sistemas homologables, actualizados, desagregados al menos por CC.AA.

Para la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) “los datos homogéneos que existen para todas las CC.AA son desgraciadamente bastante escasos, ya que a partir de la finalización de las transferencias, la información disponible se ha limitado notablemente y aunque desde el MSC y el CISNS se aprobaron hace ya dos años unos indicadores del SNS, la realidad es que esos datos siguen sin estar disponibles de manera desagregada por CC.AA. Y la repercusión de estas diferencias sobre la situación de salud de la población son difíciles de detectar porque la salud tiene causas multifactoriales, muchas de ellas sin relación con los sistemas sanitarios...Además se carece de un sistema de información nacional que permita comparar logros y recursos entre CC.AA”.<sup>14</sup>

En el mismo sentido, el CES estatal, en el informe citado más arriba, recalca que “desde que se completara el proceso de transferencias de competencias, el análisis del conjunto del sistema ha resultado muy difícil debido a su fragmentación y a la falta de criterios comunes en la producción y divulgación de datos por parte de las administraciones autonómicas” (CES, 2010, ídem).

Otros autores plantean nuevas interrogantes a pesar de reconocer que “los sistemas de información se han desarrollado bastante en los últimos años, de manera que han permitido un cierto seguimiento de la estrategia “Salud para todos”, aunque persisten importantes lagunas. Los problemas de desagregación y comparabilidad territorial, la actualización de la información o las nuevas necesidades de datos sobre efectividad y factibilidad de las intervenciones no están resueltos. Además, siguen sin respuesta las preguntas del millón: “se han escogido adecuadamente los indicadores?” y, lo que no es lo mismo “¿existen los indicadores adecuados?”.<sup>15</sup>

Igualmente la Asociación de Economía de la Salud (AES) afirma que “existe poca información sobre la efectividad, en términos de salud, de muchas de las políticas de salud y de las intervenciones sanitarias. No existe capacidad para determinar si la incorporación y difusión de innovaciones organizativas pueden moderar el gasto y mejorar la calidad”.

Con estos mimbres nos parece muy difícil articular estrategias que nos permitan identificar las necesidades y problemas y situaciones de salud de

---

<sup>14</sup> FADSP, “Los Servicios sanitarios de las CC.AA; Informe 2010, Septiembre de 2010.

<sup>15</sup> GISPERT R y TRESSERAS R, “De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo”; Rev. Gaceta Sanitaria 2001; 15(4): 291-293.

la población, planificar, priorizar, desarrollar y monitorizar intervenciones sanitarias y luego evaluarlas con rigurosos criterios de eficiencia, eficacia y coste-efectividad, con medición de sus resultados. En suma, sin esas informaciones resulta una tarea muy arriesgada y temeraria elaborar un Plan Integral de Salud creíble y viable.

### **c) La Heterogeneidad de los Planes de Salud autonómicos:**

La heterogeneidad de los planes de salud autonómicos es en buen parte consecuencia de la peculiar conformación de los Servicios de salud de las CC.AA, todo ello fruto de la improvisación y del oportunismo político en el diseño de las transferencias sanitarias a las mismas. Señalemos cinco peculiares rasgos del desarrollo del SNS español:

- 1.- "la ausencia de un diseño transferencial;
- 2.- la utilización partidista de la sanidad como ariete de desgaste en los enfrentamientos políticos;
- 3.- la falta de mecanismos de cohesión que penalicen o incentiven a las CC.AA a adoptar las medidas de cohesión. Esta ausencia de carácter ejecutivo, incluso de las decisiones del CISNS, ha hecho que en más de una ocasión acuerdos adoptados por unanimidad no hayan sido llevados a la práctica;
- 4.- las disfuncionalidades del desarrollo normativo autonómico. "Existe una disparidad entre las redacciones de las distintas leyes y su aplicación práctica, de manera que los gobiernos autonómicos pueden cambiar totalmente de orientación política y sanitaria y seguir utilizando la ley que aprobaron sus antecesores por el mecanismo de no desarrollar los aspectos que no ven positivos, y/o hacerlo de manera que éstos queden vacíos de contenido".<sup>16</sup>
- 5.- la práctica marginalización de la ciudadanía en todos los procesos de planificación y gestión de los Servicios de Salud.

Otro aspecto evidente de la heterogeneidad de los PS autonómicos es su orientación definida por la prioridad de los objetivos que marcan así algunos se orientan a "mejorar el nivel de salud individual según procesos prioritarios y orientados al ciudadano, otros optan por PS más integrados, orientados a mejorar la salud colectiva, abordando otros determinantes de la salud".<sup>17</sup>

Por otra parte, se ha cuestionado bastante la operatividad de los PS autonómicos por la profusión de objetivos que incluían sin ningún orden de prioridad de cara a solucionar los problemas de salud más inmediatos. "Si bien los PS han sido el elemento central de las políticas de salud en España, su operatividad ha sido irregular y, en la mayoría de las ocasiones, escasa; en parte, debido a que se han formulado demasiado objetivos. A menudo los planes se desarrollan desde un enfoque curativo, paternalista y más

---

<sup>16</sup> Observatorio de Políticas de Salud, Madrid, 2010.

<sup>17</sup> III Taller sobre Planes de salud; Sociedad Canaria de salud Pública; noviembre de 2004.

orientado hacia cierta eficacia económica que hacia las necesidades del cliente/ciudadano”.<sup>18</sup>

En este sentido otros autores destacan la variabilidad existente entre los PS autonómicos. Así en el artículo titulado “La introducción de los objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española de R.Gispert se hace mención de que “en cuanto al tipo de acciones a desarrollar unos PS definen estrategias generales en el seno de las cuales se mencionan programas y actividades, o directamente las intervenciones. Los demás incluyen estrategias o intervenciones conjuntamente con objetivos operativos”.

En otro orden de cosas, otros autores han detectado, valorando los PS autonómicos, su falta de enfoque intersectorial, lo que reduce el impacto de sus intervenciones sobre la salud integral de la población.

“Aunque en muchas CC.AA se ha realizado el esfuerzo de formular planes de salud, que podrían haber servido de plataforma para el desarrollo de políticas de salud, su desarrollo se ha circunscrito al sector sanitario y, como mucho, con colaboraciones con el educativo para programas de educación para la salud. Las actuaciones intersectoriales para abordar con objetivos concretos y explícitos de cada sector público y privado y con la comunidad, aspectos con importantes repercusiones para la salud como el transporte, las drogas, la agricultura y el turismo, por citar algunos, no han sido más que declaraciones de interés o experiencias concretas de investigación o demostraciones de buena voluntad o de populismo de algunos gobiernos, que no han contado con los apoyos políticos, técnicos y financieros necesarios”<sup>19</sup>.

Incluso se ha puesto en tela de juicio la credibilidad de los actuales PS autonómicos. “Los PS elaborados hasta ahora en España tendrían poca credibilidad de ser impulsados hoy. La razón fundamental es que ninguno de ellos ha cuantificado los costes que su puesta en marcha supondría, aunque esto podría haber representado una ventaja para evitar la competencia entre sectores y favorecer su cooperación.

Esta oportunidad no ha sido suficientemente aprovechada. Si queremos que realmente los PS sean una herramienta efectiva de política sanitaria, debemos dar paso a una nueva generación de PS que incorporen una estimación de los costes (de oportunidad), del gasto (presupuestos) y de la financiación (quién paga)”<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> BERLI-PALACIO A et al.; “El marketing como herramienta para incrementar la eficiencia de los planes de salud pública”; Informe SESPAS 2008; Rev. Gaceta sanit. 2008; 22(Supl. 1):27-36-

<sup>19</sup> COLOMER REVUELTA C. “Las Políticas de salud: Evaluación de los objetivos 13 a 17”; Informe SESPAS 2000).

<sup>20</sup> GISPERT et al.; ídem.

### **III.- A modo de conclusión:**

#### **A.- Premisas:**

La cuestión que nos planteamos ahora es la siguiente: ¿es realmente y aún necesario en el año XXI de las transferencias sanitarias un PLAN INTEGRADO DE SALUD? Nosotros estamos convencidos de que SÍ. Para ello, a nuestro entender, convendría partir de las siguientes premisas:

#### **1.- ¿QUÉ QUEREMOS HACER?**

Partiendo de la base de que la salud individual y colectiva está determinada por múltiples factores sociales, económicos, medioambientales y culturales. Y que para garantizar la salud de la población y satisfacer constantemente sus necesidades de salud (por cierto, cambiantes en el tiempo), es imprescindible diseñar un modelo ampliamente participativo de elaboración de un PIS que, una vez fijados los objetivos de salud, establezca prioridades para llevar a cabo estrategias de prevención (primaria y secundaria), pasando por todas las fases del proceso asistencial (en sus facetas diagnóstica, terapéutica y rehabilitadora) hasta los cuidados integrales en las etapas avanzadas y finales de la vida.

#### **2.- ¿CÓMO QUEREMOS HACERLO?**

Planificando, consensuando. Coordinando actuaciones necesarias y costo-efectivas y contrastadas con la evidencia científica y con el apoyo y la orientación de la experiencias positivas de otros países. Es cierto que "la complejidad de cualquier sistema sanitario exige un permanente ejercicio de planificación como única forma de ordenar, gestionar y orientar el mismo en un entorno complejo y cambiante. De aquí la necesidad de reivindicar el papel estratégico de la planificación sanitaria compartida y de las estrategias de los planes de salud de las CC.AA, así como de la Encuesta Nacional de Salud y de cuantos procedimientos permitan identificar el estado de salud y las necesidades sanitarias de la población como instrumentos principales de orientación política del SNS y de los Servicios de Salud de las CC.AA." <sup>21</sup>

#### **3.- ¿CON QUÉ LO QUEREMOS HACER?**

La elaboración de un PIS y el desarrollo posterior de los programas contenidos en él son impensables e inviables si no se cuenta con dotaciones presupuestarias suficientes y específicas para tal fin, además de unos instrumentos de gestión administrativa, de control de los gastos, de rendimientos periódicos de cuentas, de evaluación pre y post del coste-efectividad de las tecnologías, de las terapias, de las intervenciones clínicas-diagnósticas y terapéuticas, de las prescripciones médico-enfermeras y sin olvidar la utilización de mecanismos de medición de los impactos y resultados de salud (coste-utilidad).

---

<sup>21</sup> Recomendaciones finales de la Subcomisión del Congreso por el Pacto por la Sanidad.

#### 4.- ¿CON QUIÉN HACERLO?

La salud no es un bien individual. Tiene un carácter social y dicho carácter está dado no sólo por los llamados factores económicos y sociales (pobreza, bajo nivel de escolaridad, desempleo, mala alimentación, etc.) que aparecen asociados y como factores influyentes en la salud-enfermedad, sino por las interrelaciones entre los componentes de la sociedad (relaciones sociales) y entre ellos y las estructuras sociales de producción (inserción socio-profesional, modos de producción, ingresos, etc.).

Teniendo en cuenta lo anterior, creemos que cualquier iniciativa tendente a proteger, mantener y optimizar la salud necesita inequívocamente la participación de los poderes públicos, de los profesionales sanitarios y no sanitarios y de la ciudadanía. Por ello, no está de más reproducir tres de las recomendaciones de la Subcomisión del Congreso de los Diputados para el Pacto de estado para la Sanidad:

- 1) Recomendación 46:** "La Subcomisión reconoce el escaso desarrollo de la participación de ciudadanos y profesionales en el gobierno del SNS. Incluso de las limitadas previsiones que en este sentido hace la LGS. Tanto la literatura como la experiencia transmitida por multitud de expertos comparecientes ante la Subcomisión, pone de manifiesto la importancia estructural de dicha participación a la hora de legitimar, orientar correctamente y procurar la sostenibilidad del sistema sanitario público".
- 2) Recomendación 47:** "Por ello la Comisión recomienda elevar la función de Participación a un primer lugar en la agenda política de los gobiernos nacional y autonómicos, y lo hace con la sugerencia de desarrollar los mecanismos de participación social y profesional a un nivel no meramente consultivo o informativo sino gestor, en el marco de un nuevo modelo de gobierno del SNS y de los Servicios de Salud de las CC.AA. La participación de los pacientes y usuarios debe dirigirse a la calidad de la atención y la de los ciudadanos a la corresponsabilidad".
- 3) Recomendación 48:** "Para todo ello debe mejorarse el acceso de la ciudadanía al sistema de información y promover que la ciudadanía conozca y asuma sus deberes cívicos en el cuidado de su propia salud y en el uso responsable de los servicios sanitarios mediante, entre otras, estrategias educativas y de concienciación de costes. Ha de buscarse la mayor implicación de los profesionales orientada a una mayor calidad y eficiencia en la utilización adecuada de los recursos sanitarios siempre presionados por demandas crecientes, no justificadas sanitariamente".

Finalmente no nos cansaremos de recordar que creemos que si la salud es un derecho del ciudadano, su defensa no puede, en ningún caso, ser delegado a un "agente" (llámese personal Médico, de Enfermería, Asistencia social o de otro tipo). Debe ser defendida por los propios y legítimos detentores y protagonistas de dicho derecho Y lo que es más importante, hoy se admite que "la legitimidad de los sistemas públicos de salud en las democracias avanzadas se consolidará en la medida en que los usuarios ejerzan efectivamente y de manera informada el poder de modificarlos de acuerdo con sus preferencias y de corresponsabilizarse de su salud" (J.Artells, 2005).

Es evidente que si la propiedad de los servicios públicos reside en la sociedad civil, su participación efectiva en su organización y en su gestión debe dar fe del ejercicio real de un derecho democrático.

## **5.- ¿PARA QUÉ?**

La respuesta a esta pregunta es obvia: la encontramos tanto en la Constitución española de 1978 como en la LGS, las estrategias de la salud de la OMS, etc.: garantizar el derecho a la protección de la salud de las ciudadanía. Y una vez elaborado el PIS, definir unas concretas líneas de actuación, tomando, por ejemplo, como modelo las estrategias prioritarias establecidas en el III plan de Salud andaluz:<sup>22</sup>

- "1.- Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente que dé respuesta a las nuevas situaciones y sea sensible a las demandas sociales.
- 2.- Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos saludables.
3. Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.
4. reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la atención mental y la atención a las personas en situación de dependencia.
5. reducir las desigualdades en el ámbito de la salud con especial atención a los colectivos excluidos.
6. garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.
7. Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías sanitarias con criterios de equidad y de evidencia científica.
8. Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de sistemas y las tecnologías de la información y la comunicación.
9. Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios.
10. Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios".

---

<sup>22</sup> III Plan de Salud Andaluz; Consejería de Salud de Andalucía.

## **B.- Proceso de elaboración de un plan integral de salud:**

Una de las grandes conquistas de las sociedades democráticas europeas ha sido la instauración del Estado del Bienestar el cual garantiza la universalidad de las prestaciones sociales y la igualdad de acceso a los servicios sociales de todos los ciudadanos. En la actualidad, debido a la evolución cíclica del crecimiento económico y a los impactos negativos sobre nuestras economías de algunos fenómenos externos tales como la crisis del petróleo, crisis financieras de otros países, etc., se está planteando cada vez más la viabilidad del sistema de financiación del Estado del Bienestar.

Además, la inmensa mayoría de los estudios realizados sobre el futuro de los Estados de Bienestar europeos pone de relieve los efectos desestabilizadores asociados al proceso de envejecimiento de la población. La fuerte presión sobre el gasto social en los ámbitos de pensiones, sanidad y servicios sociales, se acompaña de un estancamiento o incluso pérdida de importancia relativa de la población en edad de trabajar durante los próximos decenios. Ambos factores configuran un escenario en el que se abren numerosas interrogantes sobre la viabilidad del Estado del Bienestar, es decir, sobre las posibles necesidades económicas y financieras de hacer frente a la incertidumbre que planea sobre el futuro de la economía nacional e internacional.

De lo que se trata es hacer compatible este entorno de escasez de recursos con el ejercicio de un derecho fundamental como el de la protección a la salud recogido en el Capítulo 3 del título Primero de la Constitución española de 1978. En este entorno las administraciones sanitarias están obligadas a utilizar nuevas fórmulas para satisfacer las necesidades de salud de la población con criterios de eficiencia y de calidad.

La elaboración de un Plan Integrado de Salud puede entenderse como la programación de un proceso de transformación de unos recursos a través de la interacción entre gestores, profesionales, tecnologías sanitarias y ciudadanía para producir un valor añadido que es la salud. La gestión de este proceso es pues orientada hacia un objetivo a conseguir, el producto: Salud y hacia un actor esencial: La ciudadanía.. En este proceso de transformación las autoridades sanitarias y los profesionales del sector sanitario deben combinar unos factores de producción o inputs (recursos humanos y materiales) produciendo unos resultados (outputs) valorados como mejora y optimización de la salud de la población.



Desde este punto de vista vemos que es importante utilizar mejor los recursos disponibles, reduciendo y racionalizando aquellos que no aportan valor. Debemos por tanto conocer y mejorar la gestión de los recursos utilizados y avanzar en el conocimiento de la efectividad y de la eficiencia de los procesos asistenciales, es decir, estar capacitados para responder a preguntas como: ¿estamos usando los recursos para aquello que estaba previsto?; ¿estamos utilizando los recursos para aquello que es realmente

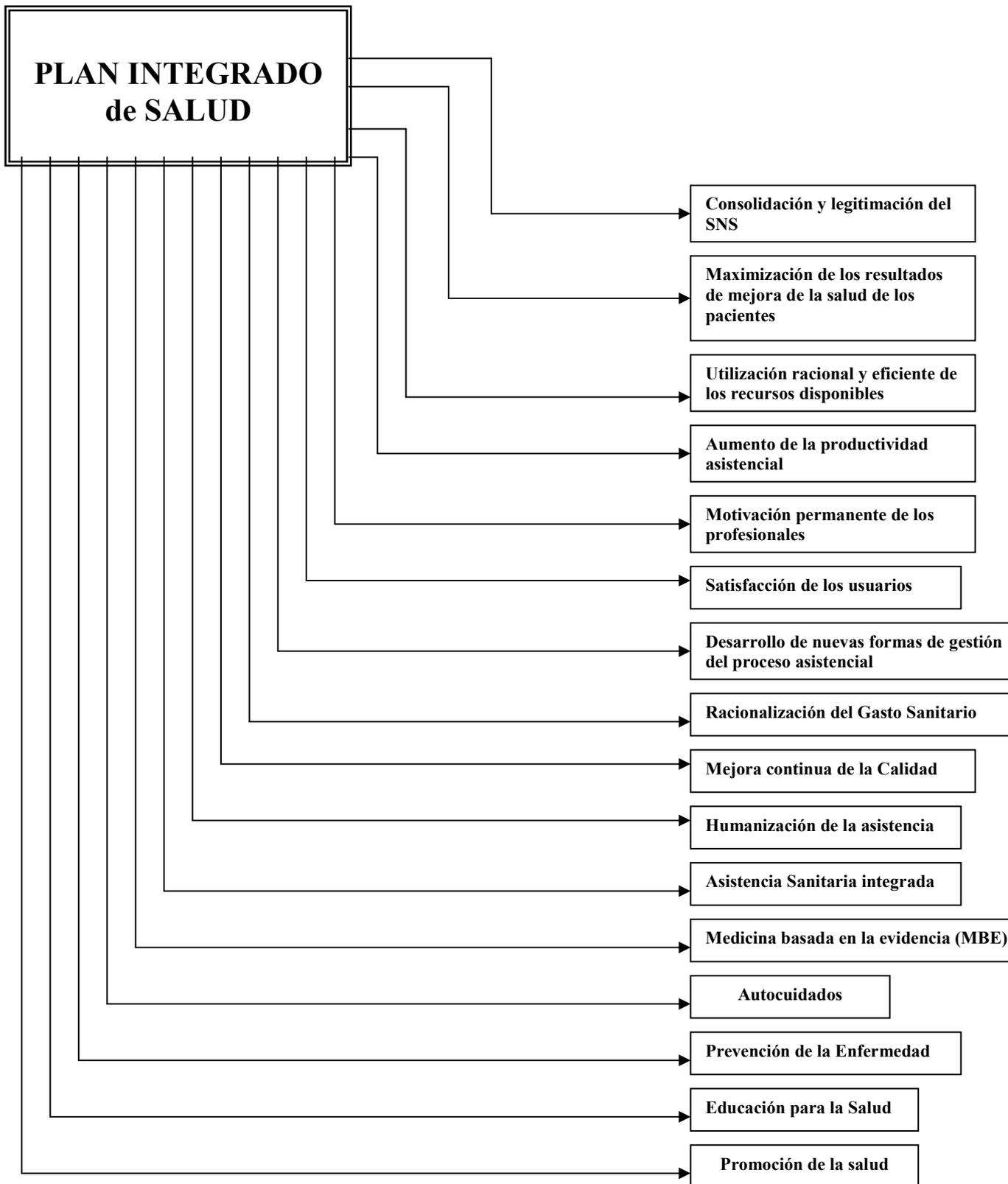
útil?; ¿estamos generando los beneficios previstos?; ¿añadiendo algún valor?, o ¿estamos sacando el máximo partido de estos recursos?

Todo esto nos lleva a elaborar un PIS que se articularía en torno a los siguientes ejes fundamentales o líneas estratégicas: (ver Cuadro N° 1)

- 1.- Promoción de la Salud. Educación para la Salud.
- 2.- Prevención de la enfermedad, estimulando el Autocuidado.
- 3.- Medicina basada en la evidencia (MBE).
- 4.- Asistencia sanitaria integrada.
- 5.- Humanización de la asistencia.
- 6.- Mejora continua de la Calidad.
- 7.- Racionalización del Gasto sanitario.
- 8.- Potenciación de nuevas formas de gestión del proceso asistencial: Hospital de Día, Cirugía de corta estancia, Hospitalización Domiciliaria, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).
- 9.- Satisfacción de los usuarios
- 10.- Motivación permanente de los profesionales
- 11.- Aumento de la productividad asistencial
- 12.- Utilización racional y eficiente de los recursos disponibles
- 13.- Maximización de los resultados de mejora de la salud de los pacientes

**14.- Consolidación y legitimación del Sistema Público de Salud.  
CUADRO N° 1**

**EJES DEL PLAN INTEGRADO DE SALUD**



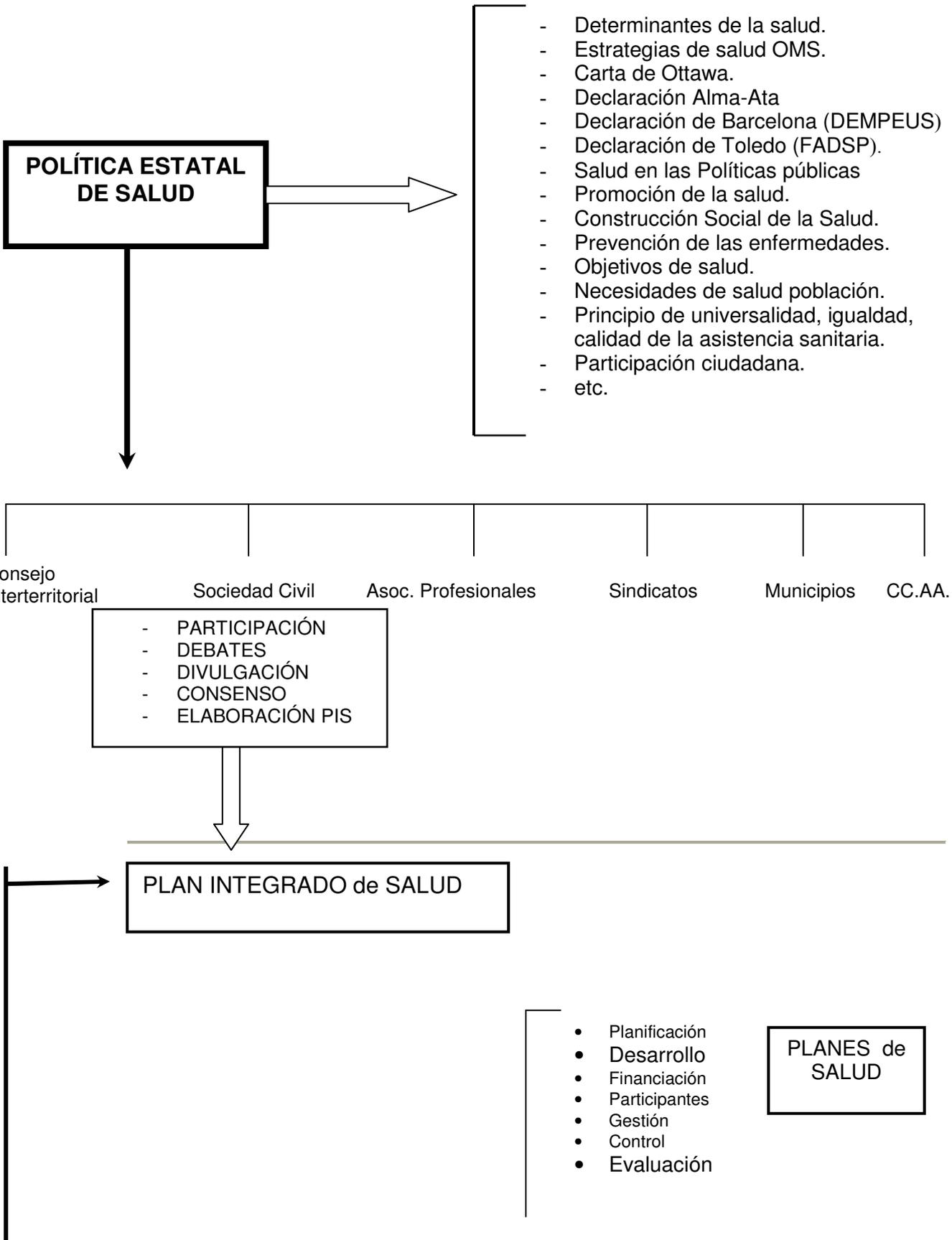
A continuación proponemos un modelo de diseño para la elaboración de un PIS.

Este modelo partiría de una iniciativa del MSC, el cual elaboraría un PLAN NACIONAL DE SALUD que fijaría los objetivos de salud a partir de la información recogida de la evaluación de los Planes de Salud autonómicos, de las distintas Encuestas nacionales de salud, de las múltiples encuestas de satisfacción de la población con los servicios de salud, de los informes de las diferentes Agencias de evaluación nacionales y territoriales (Agencias de calidad, de seguridad alimentaria y de los medicamentos, etc.), del Consejo Interterritorial del SNS, de las propuestas y recomendaciones de partidos políticos, asociaciones de profesionales y ciudadanos, recogiendo también los objetivos estratégicos de salud de la Organización Mundial de la Salud.

A continuación se trasladaría a las CC.AA la tarea de desarrollar dicho Plan Nacional de Salud con la participación de todos los actores interesados en la materia (instituciones públicas, agentes sociales, profesionales, ciudadan@s, etc) quienes propondrían objetivos más concretos, estableciendo prioridades y sobre todo programas de actuación que conformarían posteriormente , desde el consenso general, un PLAN INTEGRAL de SALUD con las necesarias previsiones; organismos responsables de su desarrollo y ejecución (las administraciones sanitarias de las CC.AA), los órganos centrales ejecutivos de coordinación, de control, de evaluación y, lo más importante, una dotación presupuestaria suficiente.

A su vez, dicho Plan Integral de Salud se traduciría desde las CC.AA en actuaciones costo-efectivas para la promoción de la salud, la prevención de los riesgos y de las enfermedades evitables tanto dentro como fuera del ámbito laboral, la detección de riesgos, de patologías, su diagnóstico y tratamiento mediante intervenciones basadas en la evidencia científica, con la finalidad de garantizar, recuperar y la rehabilitación en caso de daños a la misma. Igualmente el PIS incluiría también campañas y actividades asistenciales concretas para finalmente convertirse en PLANES AUTONÓMICOS de SALUD cuyo desarrollo y sistemática y periódica evaluación retroalimentarían del Plan Integral de Salud. (Ver Cuadro nº 2).

## CUADRO Nº 2 DINÁMICA de ELABORACIÓN de un PLAN INTEGRADO DE SALUD



Y de la buena articulación y coordinación de todos esos Planes de Salud se esperaría poder conseguir los siguientes objetivos:

- 1.- Contribuir de forma decidida al logro de los objetivos de equidad y de calidad de las prestaciones sanitarias del Servicio Nacional de Salud;
- 2.- Hacer una aportación decisiva a la consecución de los demás objetivos de la Organización Mundial de la Salud.
- 3.- Aumentar el número de servicios asistenciales prestados, ampliando en la medida de lo posible la actual cartera de servicios, una vez evaluada su coste-efectividad.
- 4.- Aumentar la calidad de la asistencia prestada;
- 5.- Actuar sobre los costes de las prestaciones asistenciales racionalizándolos e incluso reduciéndolos.
- 6.- Potenciar la participación activa de los profesionales de los Servicios sanitarios en la gestión de los mismos optando por un modelo de gestión participativa por objetivos;
- 7.- Reducir las Listas de espera quirúrgicas y de consultas.
- 8.- Mejorar la coordinación con los EAP y los Servicios hospitalarios.
- 9.- Aumentar la motivación de los profesionales de los centros sanitarios a través de su incentivación permanente;
- 10.- Introducir y desarrollar en los Servicios asistenciales la Gestión de la utilización, es decir aquellas estrategias que pretenden aumentar la eficiencia de los servicios sanitarios mediante la reducción selectiva de la utilización inapropiada, lo que implica una actitud permanente de toma de decisiones basada en estudios clínicos costo-efectivos (Medicina basada en la evidencia de que las actividades realizadas producen realmente una ,mejora de la salud);
- 11.- Promover la creación en los centros sanitarios de círculos socio-profesionales de calidad integrados por grupos pequeños de profesionales y usuarios cuya misión sería la identificación, selección de los problemas organizativos de los centros; sugerir soluciones a las direcciones de los mismos; participar en la planificación e implantación de las actuaciones correctoras y hacer la evaluación y seguimiento de los resultados.
- 12.- Implicar a los profesionales en actuaciones encaminadas a proporcionar una asistencia de calidad y en la búsqueda de la excelencia clínica. Lo que exige un agradable clima laboral, estabilidad en el puesto de trabajo, mejoras retributivas, promoción de la investigación, liderazgo

clínico; todo ello alejado de las presiones gerenciales y adecuando el gasto a las necesidades asistenciales y a las demandas profesionales.

13.- Exigir la creación en los centros sanitarios de Comisiones de Participación social que incluyan profesionales, usuarios, agentes sociales y gerencias (o su puesta en marcha efectiva si estuvieran ya creadas), con la finalidad de controlar la gestión de los centros y de participar en la toma de decisiones que interesen el funcionamiento organizativo de los mismos.

14.- Instar a la Administración y a los agentes sociales a que dinamicen los Consejos de Salud de Áreas y cualesquiera órganos de participación social y comunitaria ya existentes.

15.- Finalmente propiciar una conciencia sanitaria colectiva y el compromiso con los movimientos sociales que propugnan la defensa de la sanidad pública.

En resumen, nos proponemos aprovechar de forma óptima todos los recursos disponibles en el Sistema Nacional de Salud en orden a maximizar el número de prestaciones asistenciales con un coste razonable y con un nivel excelente de calidad. En suma, hacer una gestión inequívocamente orientada hacia los resultados: conseguir unos objetivos asistenciales medibles, dar una asistencia de calidad con una demora razonable y con unos profesionales motivados e incentivados. Todo ello haciendo compatible la satisfacción de los usuarios con la de los profesionales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- D´Orleans J E. Desigualdades sociales y salud en España: impacto de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores de la Construcción en España. Edita Fundación Sindical de Estudios. Madrid 2007.
- 2.- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 3.- Nouvelles orientations dans la Politique de Santé. Etudes Politiques de Santé nº 7; OCDE, 1995.
- 4.- A la recherche des politiques de Santé. Etudes Politiques de Santé nº 6; OCDE, 1994.
- 5.- D´Orleans E. CC.OO's proposals for the Spanish National Health Service Reform using a cognitive-mapping model. (Beca de investigación FISS, Expediente 96/5473).
- 6.- D´Orleans E. "La Mercantilización del Sistema Nacional de Salud: ¿Compromiso ideológico o búsqueda de la eficiencia? Salud 2000, Nº
- 7.- Saltman BR, Figueras JM. (ed.). Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1997.
- 8.- Martín-García M et al. "Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud". Gaceta Sanitaria. 2006; 20 (Supl. 1): 192-202.
- 9.- D´Orleans E. Mercado versus eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gaceta Sindical, Octubre 1997.
- 10.- III Plan de Salud Andaluz; Consejería de Salud de Andalucía.
- 11.- López Casanovas G, "Una visión de futuro de las políticas de salud". Rev Gaceta Sanitaria 2009; 23(5):458-461.
- 12.- Consejo Estatal Económico y Social: "Propuesta de informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el Sistema Sanitario"; Madrid, Octubre 2010.
- 13.- FADSP, "Los Servicios sanitarios de las CC.AA; Informe 2010, Septiembre de 2010.
- 14.- GISPERT R y TRESSERAS R, "De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo"; Rev. Gaceta Sanitaria 2001; 15(4): 291-293.
- 15.- BERLI-PALACIO A et al.; "El marketing como herramienta para incrementar la eficiencia de los planes de salud pública"; Informe SESPAS 2008; Rev. Gaceta sanit. 2008; 22(Supl. 1):27-36-
- 16.- COLOMER REVUELTA C. "Las Políticas de salud: Evaluación de los objetivos 13 a 17"; Informe SESPAS 2000).
- 17.- Observatorio de Políticas de Salud, La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España; Madrid, 2010.
- 18.- III Taller sobre Planes de salud; Sociedad Canaria de salud Pública; noviembre de 2004.
- 19.- Subcomisión del Congreso de los Diputados para el Pacto de Estado para la Sanidad: Recomendaciones finales ; Madrid 2010-



## Relación atención primaria – atención especializada

### **Joan Canals**

Médico de Familia. ABS Sant Fost. Barcelona. ICS.  
Responsable de Política Sanitaria. CCOO Cataluña.

### **Introducción**

Ha pasado más de un cuarto de siglo desde que se inició la reforma de la Atención Primaria (AP) en España, y durante éste largo período de tiempo la relación entre el nivel primario y la Atención Especializada (AE)<sup>1</sup> se ha convertido en una de las más importantes asignaturas pendientes de la reforma.

La fragmentación de los cuidados consecuencia de una deficiente relación entre niveles asistenciales y del predominio de la fase aguda de la enfermedad sobre la prevención y rehabilitación, son problemas comunes a todos los sistemas de salud occidentales, agravado en nuestro país en parte por la gran tendencia hospitalocéntrica de nuestro sistema sanitario (tendencia que persiste todavía hoy bajo formas aparentemente “novedosas” como las consultas de alta resolución o los denominados hospitales ligeros) y en parte, como apunta acertadamente Gervas, por la orientación pro-contenido de la reforma (de mejora de la oferta) frente a la pro-coordinación (de apoyo a la labor de coordinación del médico general<sup>2</sup>).

Una adecuada prestación de servicios sanitarios exige un primer nivel de atención convenientemente coordinado con la AE. El hospital es un componente más del continuo asistencial del que forman parte el domicilio de los pacientes, el centro de salud o los servicios sociosanitarios. En este *continuum* el paciente debe ser atendido en cada momento en el lugar y nivel más apropiado a sus necesidades, y con los medios y la tecnología propia de cada nivel.

Esto presupone tanto un adecuado funcionamiento de cada uno de los ámbitos como un correcto nivel de coordinación entre ellos. Sin embargo, y como consecuencia de la falta endémica de coordinación entre niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario, asistimos a una ineficiente gestión de recursos, a una pérdida en la continuidad asistencial, a una disminución en la calidad de la atención prestada y a la aparición de errores diagnósticos y terapéuticos evitables, que no solo comprometen seriamente el propio sistema sino que también añaden una percepción negativa del mismo por parte de la ciudadanía (Tabla 1).

<sup>1</sup> Al hablar de “atención especializada” nos referimos a la que prestan especialistas diferentes al de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>2</sup> En el texto se utilizará indistintamente los términos “médico de familia”, “médico general” o “médico de cabecera”.

La coordinación entre niveles más que una estrategia, deseo o iniciativa novedosa, debe constituirse en un objetivo prioritario de cualquier sistema sanitario. Por ello es necesario emprender aquellos cambios tanto a nivel organizativo, como profesional y político, que corrijan todos aquellos factores involucrados en la actual mala relación entre niveles.

**TABLA 1.**  
**CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE INTEGRACIÓN**

- Duplicidad de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos
- Competencia entre ámbitos. La misma enfermedad puede ser vista de forma paralela por diferentes especialistas
- Falta de compromiso de los facultativos con los problemas del paciente bajo la suposición de que "ya se ocupará el otro"
- Desconocimiento de la historia médica completa del paciente por haber duplicidad de registros
- Variabilidad de la práctica clínica
- Retrasos en los pacientes que requieren un diagnóstico no demorable
- Prolongación innecesaria del tiempo de paso de cada paciente por el sistema sanitario con la potencial iatrogenia
- Múltiples desplazamientos y citaciones para el paciente
- Desconocimiento de los resultados de las intervenciones
- Desmotivación profesional
- Insatisfacción y desconfianza de los usuarios
- Masificación de los servicios de urgencia

Fuente: Peña-Gil, C; Comín-Colet, J." Integración de ámbitos asistenciales" Rev Esp Cardiol 2007; 7(Supl C):21-9.

### **Análisis conceptual**

A la hora de hablar de relación entre niveles asistenciales no es infrecuente el uso indistinto de términos como coordinación, continuidad, longitudinalidad, integración..., palabras que no siempre designan lo mismo, y cuyo significado varía en función de quién las utiliza (profesional sanitario, usuario o directivo).

Así entendemos por longitudinalidad la presencia y utilización de una fuente asistencial regular a lo largo del tiempo.

Coordinación asistencial podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos.

Sería la integración, entendida como respuesta organizativa que pretende interconectar los distintos elementos de la asistencia sanitaria prestada evitando la fragmentación de los cuidados de los pacientes, de todos los servicios relacionados con la salud, con independencia del lugar en que se reciben. Valorado desde el punto de vista del paciente sería sinónimo de nivel de calidad profesional y capacidad de resolución de problemas, de forma que éstos se resuelvan en el nivel asistencial apropiado y acorde con los medios que éste precisa; para la AP significaría la necesidad de integrar la totalidad de la atención recibida por el paciente, y para la AE los cuidados tras el alta y la actividad en las consultas externas hospitalarias.

Continuidad sería la atención a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo etc.) y en cualquier circunstancia (centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).

La atención compartida podría definirse como la capacidad de articular la continuidad de los cuidados, con independencia del lugar donde éstos se presten, concentrando los recursos lo más cerca posible del usuario, y con criterios de calidad, eficacia, eficiencia y efectividad (Tabla 2). Se fundamenta en el consenso entre profesionales y la circulación de información entre niveles asistenciales, clarifica las responsabilidades de los profesionales en la atención de los pacientes, e implica por igual a toda la organización, tanto si hablamos de servicios, unidades, o consultas de atención primaria, como de administrativos, enfermeras, médicos, o trabajadores sociales, etc.

**TABLA 2.  
BASES DEL MODELO DE ATENCIÓN COMPARTIDA**

- Visión compartida por atención primaria y atención especializada, y misión específica para cada nivel, con relaciones de cooperación altamente incentivadas.
- Objetivos comunes, con actividades y responsabilidades específicas para cada ámbito.
- Interiorización de la función de filtro de atención primaria por ambos niveles.
- Corresponsabilización del paciente.
- Coordinación en el seguimiento.
- Protocolos y guías de actuación consensuados.
- Incentivos compartidos.

Fuente: AP del siglo XXI . Análisis de situación.

**AP-AE: ¿Mundos paralelos?**

La división del sistema sanitario español en dos niveles asistenciales diferenciados es artificial y se debe más a la organización de los servicios que a las necesidades reales de los pacientes.

En el primer escalón está la AP, cuyo referente físico es el centro de salud, y en el segundo se ubica la AE, cuyo referente es el Hospital. El médico de AP es el principal responsable del paciente y la puerta de entrada de la población al sistema sanitario, de forma que sólo se puede acceder al especialista, salvo casos excepcionales, a través de él. Por su parte al especialista se le otorga, al menos teóricamente, el papel de "consultor" y la capacidad de realizar procedimientos complejos que requieren un alto grado de especialización.

Para el especialista la coordinación con la AP no deja de ser uno más, y no el más importante, de los diversos problemas con los que se enfrenta. En relación con la coordinación, su principal expectativa es la de que el médico de atención primaria ejerza correctamente el papel de "filtro protector".

Por contra para la AP la mejora de la coordinación es un elemento fundamental y básico, ya que si no se recibe correctamente la información del nivel especializado está disminuyendo tanto la capacidad de abordar los problemas de salud, como de ser útil a los usuarios. En muchos centros de salud la accesibilidad a pruebas diagnósticas consideradas básicas para la AP se encuentra vetada o limitada por los especialistas, con lo que se compromete seriamente la capacidad de resolución del médico de familia, que pasa a depender en exceso de la derivación del paciente al hospital.

La comunicación entre AP y AE se realiza en la mayoría de los casos a través de la "hoja de interconsulta", cuyo principal problema es que busca, en general, más información que atención. Otras veces es producto de la "derivación sistemática", en ocasiones por presión de los pacientes y en otras por falta de confianza del MF. Los especialistas caen también en ocasiones en la "recitación sistemática" de pacientes remitidos para una consulta puntual o que han experimentado un evento agudo. La falta de control del sistema puede permitir, por ejemplo, que una dislipemia sea tratada simultáneamente por un cabecera, un cardiólogo y un endocrinólogo sin que ninguno de los tres lo sepa.

Las diferencias que en función de pertenecer a uno u otro nivel se han ido construyendo han contribuido a posicionamientos de preponderancia jerárquica del nivel especializado sobre el primario. Lo anterior, unido a una rígida delimitación de actividades consideradas como propias de cada nivel ha conducido tanto al aislamiento de los profesionales, como a la vehemente defensa de "espacios de poder".

La resistencia a perder la hegemonía en la que se encuentra la asistencia especializada derivada del sistema hospitalcentrista y la sacralización que de la tecnología se ha ido realizando, se acompaña de una AP que no ha sabido, no ha podido o no ha querido aceptar el reto de la verdadera reforma, quedándose en una simple mejora de recursos, materiales y humanos, que siendo importante, no ha sido suficiente.

Con este panorama el seguimiento de los pacientes no pasa de ser parcial y, la continuidad de la atención padece rupturas constantes en función del número de profesionales que intervengan y de los servicios por los que deban pasar los usuarios. La retroalimentación entre los profesionales queda supeditada a normas administrativas de nulo seguimiento (informes de derivación, de alta hospitalaria, de atención en urgencias...) y que, además, en muchas ocasiones, son utilizados como armas arrojadizas entre profesionales.

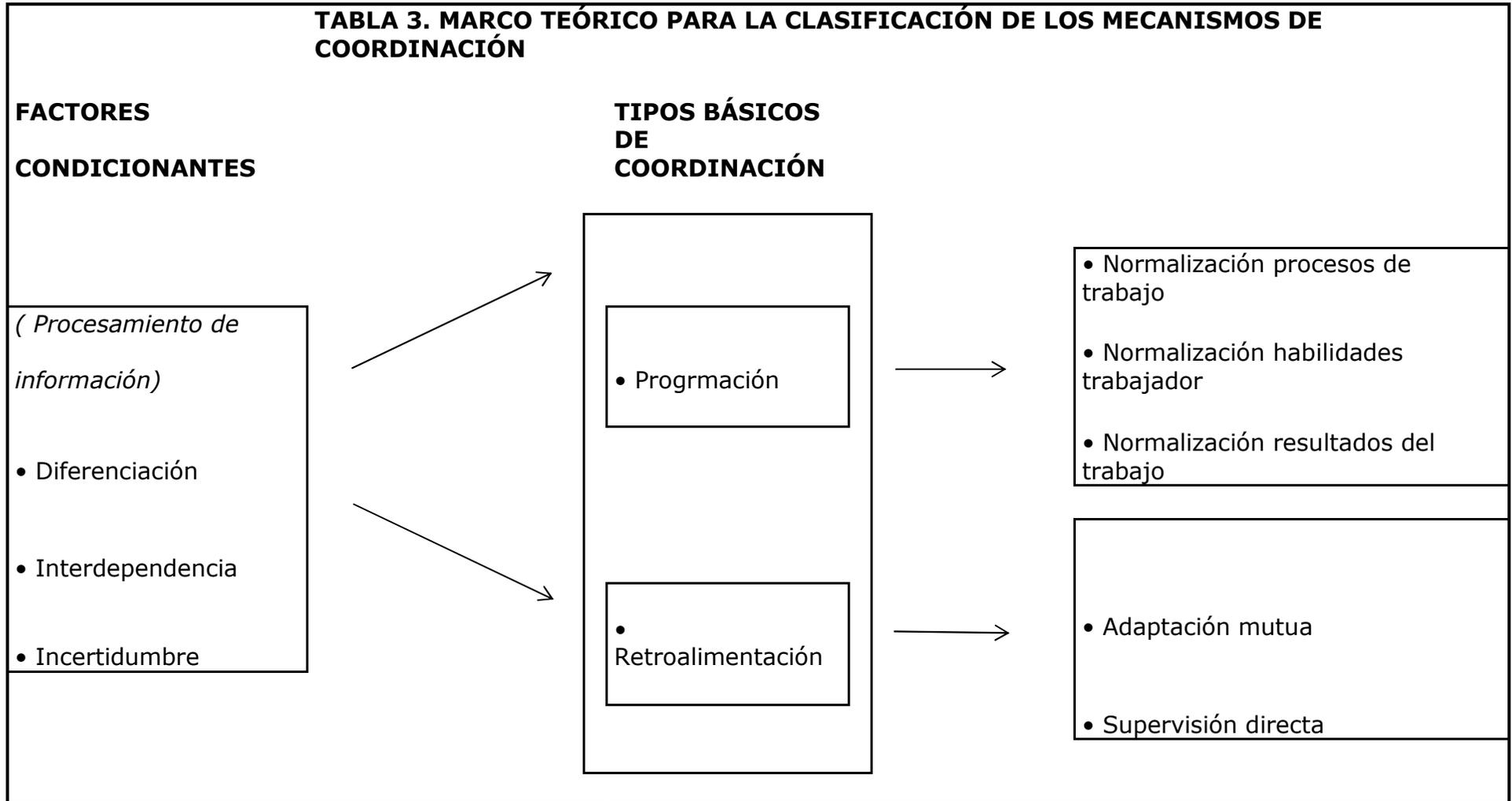
Finalmente habría que hacer referencia a la existencia de otros factores que también colaboran a que AP y AE sean mundos antagónicos dificultando su coordinación, y entre los que cabe destacar el horario de funcionamiento de los centros hospitalarios (especialmente para los profesionales del turno de tarde de la AP), el sistema de contratos programa que lleva asociados incentivos negativos para todo lo que pueda significar asumir costes adicionales o riesgo de salirse del presupuesto ("lo que gastamos en un nivel no lo gastamos en el otro"), y la defectuosa formación de pregrado dominada por los especialistas, el hospital, las enfermedades infrecuentes, la atención episódica, y el modelo científico-biológico y jerárquico que impera en nuestro sistema sanitario.

### **Factores que influyen en la coordinación**

La coordinación de cualquier actividad depende de un conjunto de factores (Tabla 3), entre los que destacamos:

- Grado de diferenciación o división del trabajo: Depende del grado de especialización de las tareas. Se relaciona con la naturaleza de las actividades coordinadas. Genera las interdependencias.
- Volumen y tipo de interdependencias: Entre profesionales y unidades. A su vez pueden ser "compartidas", participan diversos servicios que contribuyen por separado al resultado final; "secuencial", la realización de una tarea requiere que antes alguien haya realizado otra, y "recíprocas", el resultado de cada parte es, a la vez, aporte para el resto. En la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial se encuentran todas las opciones citadas.
- Grado de incertidumbre: Se define como la diferencia entre la cantidad de información necesaria para desarrollar una tarea y la información disponible. Es, probablemente, el factor más importante considerado, dado que cuanto mayor es el grado de interdependencias y diferenciación de las tareas, más información debe procesarse, con lo que el grado de incertidumbre aumenta y se limita la capacidad de planificar y tomar decisiones sobre las actividades antes de su ejecución.

**TABLA 3. MARCO TEÓRICO PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN**



Fuente: Terraza Núñez, R; Vargas Lorenzo, I; Vázquez Navarrete, M.L. "La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas". Gac Sanit. 2006; 20(6):485-95.

Existen 2 procesos básicos de coordinación:

- Programación: Permite estandarizar el trabajo, estableciendo de antemano las responsabilidades, las actividades y las habilidades necesarias para llevarlo a cabo. Resulta adecuado en situaciones que pueden ser anticipadas, con interdependencias secuenciales y un grado de incertidumbre bajo, con necesidad limitada de procesar información. A través de ésta "normalización" las operaciones se coordinan programando y explicitando las acciones en cada fase. Es el mecanismo utilizado para actividades independientes y situaciones uniformes y repetitivas.
- Retroalimentación: Se realiza mediante el intercambio de información entre las unidades y los profesionales implicados para que los problemas se resuelvan en el nivel donde se genera la información. Resulta apropiado en circunstancias en las que la incertidumbre aumenta debido al gran volumen de información que debe procesarse, cuando hay una gran diferenciación debido a la especialización de las actividades, y cuando las interdependencias pasan de compartidas a secuenciales o recíprocas. Los mecanismos utilizados son la "supervisión directa" y la "adaptación mutua". En el primero se consigue la coordinación a través de una persona que se responsabiliza del trabajo de los demás. Cuando aumenta la incertidumbre de las tareas y el volumen de la información a traspasar, lo más eficiente es descentralizar la toma de decisiones. En este caso resulta más efectivo utilizar mecanismos basados en la "adaptación mutua", que logran coordinar el trabajo mediante la comunicación informal; los ejecutores del trabajo serán los responsables de éste. Toman la forma de dispositivos de enlace (puestos de enlace, grupos de trabajo, comités permanentes, directivos integradores, estructuras matriciales...) o de sistemas de información vertical.

### **Iniciativas de mejora de la relación AP-AE**

Las iniciativas de coordinación engloban un conjunto de cambios tanto organizativos como de gestión en los servicios sanitarios, orientados a que los usuarios transiten por el sistema sin apercibirse de que existe una división entre niveles asistenciales, recibiendo cuidados apropiados en el tiempo, por los profesionales más adecuados, y lo más cerca posible de su entorno familiar.

Analicemos algunos de los principales instrumentos utilizados para lograr, de alguna manera, articular la relación entre niveles asistenciales:

- Comunicación informal: Tradicionalmente, y desgraciadamente todavía hoy, ha sido la principal forma de relación entre profesionales de los 2 niveles. Incluye teléfono, reuniones informales, correo electrónico, etc... Con todo no deja de ser una herramienta útil ya que cuando los profesionales se conocen, hablan y comparten impresiones desaparece la desconfianza y los recelos.

- Programas de formación reglada: La normalización de las habilidades a través de estos programas ha sido otra de las formas en las que, tradicionalmente, ha descansado la coordinación en los servicios sanitarios. A través de la formación

reglada cada especialista y nivel asistencial sabe, en teoría, lo que puede esperar de la labor del otro.

- Programas de formación continuada: Está ligada a la necesidad del profesional de mejorar las competencias como base para optimizar la calidad de las prestaciones de salud y debe entenderse como un compromiso personal, ético y profesional. No se trataría solo de una demanda profesional, sino también de justicia social, porque es una exigencia de la sociedad y un fin de cualquier institución sanitaria. Cuanto más formado está un profesional, en términos de conocimientos y habilidades, más calidad aporta al sistema y mayor es su capacidad resolutive. Dentro de las actividades de formación continuada podríamos inscribir las rotaciones periódicas de los médicos de AP por distintos servicios del hospital de referencia o el denominado sistema "experto" (especialistas que actúan como "expertos" formando a los médicos de AP, mediante visitas conjuntas o sesiones clínicas).

- Sistemas de información vertical: La historia clínica y los partes de interconsulta han sido los instrumentos más utilizados para transmitir información de un nivel asistencial a otro.

- En referencia a las historias clínicas, los sistemas de información sanitarios disponibles se encuentran dispersos y fragmentados. No son frecuentes los vínculos entre los diferentes sistemas de información de los distintos niveles asistenciales, y los pocos nexos existentes no se han creado como consecuencia de una planificación estratégica que buscara integrar estos sistemas. Las innovaciones están siendo, en su mayoría, parciales e inconexas. Se generan historias clínicas electrónicas en las que lejos de facilitar el intercambio de información entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales, la información tan sólo fluye como una parte más de la burocracia y del control gerencial, lo que reporta un beneficio muy relativo para el usuario en la mejora de la continuidad de cuidados. Para lograr una comunicación óptima entre niveles es importante asegurar una adecuada transferencia de información, y la historia clínica informatizada y las aplicaciones de la telemedicina constituyen el marco ideal. La existencia de una historia clínica digital única es el elemento central integrador de los diferentes ámbitos asistenciales, y debería ser un objetivo a corto/medio plazo de los servicios de salud.
- Respecto a los comunicados de derivación/interconsulta, en ocasiones el motivo de consulta es ilegible, escueto o no contiene información histórica del paciente (patologías, alergias...). El medio de transporte de esta comunicación, todavía hoy, no es raro que sea el propio paciente. La tasa de respuesta que retorna al médico de familia es baja y en algunos casos sin identificación. Las respuestas pueden no incluir los resultados de las pruebas complementarias, ni pautas de tratamiento. La medicina defensiva hace que las respuestas sean en ocasiones genéricas en negativo ("se excluye", "no indicativo de", etc.). Frente a todo lo expuesto cabe recordar que el informe de atención es un elemento clave en la comunicación y en él se plasma el resultado de la intervención (hospitalización, consulta ambulatoria, prueba complementaria...). Sin él

una asistencia no puede considerarse de calidad. Debe ser fácilmente interpretable, legible, claro, conciso, y evitando errores de interpretación.

- Guías de práctica clínica/protocolos: Son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales. Las guías contienen todas las actividades que deben realizarse a los pacientes con un determinado proceso patológico y en todos los niveles de atención, lo que las diferencia de los protocolos, que solamente se refieren a un determinado segmento del continuo asistencial. Estos instrumentos, para ser útiles en la continuidad de cuidados, deberían estar consensuados entre todos los profesionales y todos los niveles que intervienen en el proceso.

- Grupos de trabajo / comités interdisciplinarios: Contribuyen a que los profesionales involucrados desarrollen una visión global de las necesidades de los pacientes y lleguen al consenso sobre las posibles actuaciones. Su efectividad depende del número (debe ser pequeño) y compromiso de los miembros, de la existencia de una comunicación regular y de la no jerarquización dentro del grupo, para llegar a una formulación conjunta de estrategias de continuidad de cuidados cuyo resultado vaya más allá de una simple suma de soluciones individuales a problemas diversos, y que permita dar respuesta a las necesidades de los usuarios y no tan solo a la de las diversas materias que participan en el trabajo interdisciplinar.

- Mapas de atención y trayectorias clínicas: Son planes multidisciplinarios de atención al paciente que fijan los objetivos y las acciones que debe seguir cada uno de los implicados, en un tiempo determinado. Concretan criterios de derivación entre niveles de atención, fijan objetivos asistenciales comunes, y determinan el nivel de atención en el que la actividad es más eficiente. Sin embargo, no responden bien a cambios inesperados en las condiciones del paciente o cuando hay variabilidad en las respuestas de los pacientes ante las intervenciones médicas.

- "Puestos de enlace": Se trata de profesionales sanitarios que actúan como fuente de información central que encauza la comunicación y asegura la coordinación entre diferentes unidades o niveles asistenciales. Una forma especial dentro de ellos serían los "directivos integradores", puestos de enlace dotados de la autoridad formal necesaria para integrar las actividades de diferentes unidades operativas y alinear los objetivos y las estrategias locales con los globales del sistema.

- Gestión de casos/enfermedades: Estos programas se basan en la creación de equipos multiprofesionales para la atención de determinadas enfermedades (gestión de enfermedades) o de determinados tipos de pacientes (gestión de casos). A partir de la identificación de los problemas de coordinación que disminuyen la efectividad de las intervenciones o que encarecen la atención, se implantan actividades basadas en el uso de guías clínicas y de tecnologías de la información. El producto final que se ofrece es una superestructura sanitaria que se presenta como la mejor respuesta para el control del gasto y para el logro de una atención de calidad en la enfermedad en cuestión o en los pacientes con determinadas características. Sin embargo la creación de estas superestructuras sólo puede contribuir a complicar las cosas. Al valorar los programas de gestión de casos y enfermedades cabría preguntarse si contribuyen a mejorar la

capacidad de respuesta de los profesionales "naturales" de la atención primaria transmitiendo actitudes, conocimientos y habilidades, o si por el contrario conllevan dejación de responsabilidades y pérdida de capacidades. Parece absurdo complicar la estructura sanitaria con programas específicos de coordinación para solucionar los propios problemas de coordinación de dicha estructura. Sirva de ejemplo la propuesta de mejora de la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca a través de superestructuras verticales de dependencia hospitalaria, cuando la simple mejora de la atención primaria podría lograr mejores resultados.

- Gerencia única/Organizaciones sanitarias integradas: Buscan la integración en la gestión de todos los dispositivos asistenciales de una zona determinada. La diferencia reside en que en el primer caso se unifica la gestión de recursos y económica, pero no la asistencial, mientras que en el segundo caso se unifican las tres vertientes (también la asistencial). Si bien conceptualmente podría ser un buen mecanismo de coordinación entre niveles, su aplicación real ha conllevado una pérdida de autonomía de la AP, con supeditación de sus presupuestos y actividades a los intereses del hospital, y una vuelta a la medicalización y el hospitalocentrismo, fruto de la tendencia de los gerentes "únicos" a utilizar la AP como un simple "escudo protector" del hospital, abandonando actividades básicas del primer nivel asistencial como son las preventivas o las de salud comunitaria. Su versión privatizada se conoce como "modelo Alzira", e implica la concesión a una empresa totalmente privada, y con ánimo de lucro, de la explotación de toda una comarca sanitaria.

- Financiación capitativa: Se entiende como una red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad, y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero. En lugar de comprar o presupuestar servicios sanitarios o episodios, se compra o presupuesta atención sanitaria a una población, alentando la búsqueda de la eficiencia en los proveedores a través de una correcta articulación entre niveles asistenciales. Sin embargo si se produce una integración monopolizada por los hospitales de agudos se corre el riesgo de retrasar la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales, por lo que debería prestarse particular atención a orientar el sistema sanitario hacia la AP.

- "Estructuras matriciales": Permiten organizar los recursos en torno a procesos asistenciales, sin renunciar a la agrupación de las actividades por niveles asistenciales. Las decisiones deben ser tomadas conjuntamente por los directivos funcionales y los de proceso/producto /programa, que actúan como integradores de los servicios implicados en el continuo asistencial.

## **Conclusiones**

La deficiente comunicación entre niveles es un problema crónico de nuestro sistema sanitario que influye de forma negativa en las cargas de trabajo, en la calidad de la atención prestada y en la percepción por parte de la población del servicio ofrecido.

La coordinación entre niveles debe constituirse en objetivo prioritario de cualquier sistema sanitario. Dicho objetivo no puede quedar en una quimera

permanente, es imprescindible emprender los cambios organizativos, profesionales y políticos que tiendan a corregir los endémicos males que impiden alcanzar el objetivo de la continuidad de los cuidados.

Las principales barreras que dificultan la coordinación asistencial son fundamentalmente la presencia de incentivos económicos inadecuados, estructuras organizativas fragmentadas, y la escasez de objetivos y planificación conjunta.

Un nivel mínimo aceptable de continuidad asistencial solo es posible con una AP fuerte y resolutive, por lo que es preciso destinar a éste nivel los suficientes recursos humanos, diagnósticos, terapéuticos y formativos que lo permitan.

Se debe avanzar hacia estructuras coherentes con las necesidades y demandas de los ciudadanos. La AP no puede ni debe ser el aliviadero de la AE mediante la incorporación indiscriminada de tecnologías o pruebas diagnósticas en detrimento de actuaciones de promoción y prevención de la salud. Es precisa una AP con suficiente capacidad resolutive para dar respuesta a la cronicidad, pero sin olvidar la necesaria atención a la población sana.

Es inaplazable que el posicionamiento del hospital cambie en un sistema como el actual en el que ejerce un papel importante, pero no exclusivo ni protagonista. Un hospital que ofrezca servicios breves y esporádicos, con especialistas que trabajen realmente como consultores y en el que se establezcan circuitos que favorezcan la fluidez de la comunicación interdisciplinar e interprofesional centrada en el paciente, con un cambio también en el deslumbramiento que la tecnología provoca y que ha conducido a su sacralización.

La coordinación debe basarse en una relación interprofesional de tipo horizontal, sin jerarquías, en la que ambos niveles asumen responsabilidades y decisiones sobre un mismo paciente que pertenece al sistema sanitario en su conjunto y no a un nivel concreto.

La diferencia entre niveles no se establece en función de la "calidad" ni del "prestigio" aparente de los profesionales o de la atención prestada, sino por la complejidad de los medios a utilizar.

Las decisiones clínicas han sido tomadas, tradicionalmente, en exclusiva por profesionales sanitarios y sin participación de los usuarios, lo que repercute en la continuidad de los cuidados.

Es necesaria una evaluación cuidadosa y pruebas contrastadas del beneficio de cualquier iniciativa "innovadora" antes de su aplicación, y sobre todo, antes de su generalización. La AP es un sistema complejo en el que pequeños cambios pueden tener consecuencias de magnitud incalculable.

Existe en el medio hospitalario una evidente falta de visión "integral" de los usuarios, predominando la organicidad sobre la más amplia perspectiva biopsicosocial. La mala relación entre niveles asistenciales es causa de una fragmentación de los pacientes en enfermedades (diagnósticos) que nadie es capaz de sumar, lo que conlleva el peligro de considerar al conjunto como la simple suma de las partes.

Los mecanismos basados en la retroalimentación se han mostrado más efectivos para coordinar la atención en salud que los basados en la estandarización de procesos y habilidades, en la medida en que permiten el intercambio de información entre los profesionales implicados en el lugar donde ésta se genera.

Del análisis de los programas de gestión de casos/enfermedades se objetiva que su éxito es más aparente que real, pues es dudoso su impacto en la salud de los pacientes, en la mejora de la coordinación, y en el control de los costes.

Es preciso estar alerta ante aquellas ofertas que rompen innecesariamente la integralidad y la continuidad de la atención (geriatras en AP, "hospitalizaciones domiciliarias", equipos de cuidados paliativos que actúan en paralelo con los equipos de primaria...).

## **BIBLIOGRAFIA**

Jonay Ojeda, J.; Freire Campo, J.M; Gérvas Camacho, J. "La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?" *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(2):357-82.

Minué Lorenzo, S. "Continuidad asistencial y coordinación entre niveles. ¿Algo más que lugares comunes?" *SEMERGEN*, 2005; 31 (9): 401-2.

Terraza Núñez, R; Vargas Lorenzo, I; Vázquez Navarrete, M.L. "La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas". *Gac Sanit.* 2006; 20(6):485-95.

Martínez Riera, J.R; Sanjuán Quiles, Á. "¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional?" *Rev Adm Sanit.* 2009; 7(4):661-82.

Gérvas J. "La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España". Informe SESPAS. *Gac Sanit.* 2008; 22 (Supl 1):163-8.

Peña-Gil, C; Comín-Colet, J." Integración de ámbitos asistenciales" *Rev Esp Cardiol* 2007; 7(Supl C):21-9.

Gálvez Ibáñez M. "Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas". *Medicina de Familia (And)* 2003; 1:58-66.

Gérvas, J.; Seminario de innovación 2005. "Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca" *SEMERGEN* 2006; 32 (3): 125-31

Ortún, V; López, G; Puig, J; Sabés, R. "El sistema de finançament capitiu: possibilitats i limitacions" *Fulls econòmics del Sistema Sanitari. Generalitat de Catalunya.* 2001; 35:8-16.

Henaó Martínez, D.; Vázquez Navarrete, M. L.; Vargas Lorenzo, I. "Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios". *Gac Sanit.* 2009; 23 (4):280-286.

Gérvas, J.; Rico, A.; Seminario de innovación 2005. "Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada". *Med Clin* 2006; 126 (17): 658-61.

Pérez Franco, B.; Turabián JL. "Marco competencial de los médicos de familia: ¿clínicos o personas?" *Aten Primaria* 2007; 39:41-3.

Gómez-Moreno, N.; Orozco-Beltrán,D.; Carratalá-Munuera,C.; Gil-Guillén, V. "Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi" *Aten Primaria* 2006; 37 (4): 195-202.



## **Gestión Unificada de Compras**

**Joaquín Carrasco**

*Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales. UAM.*

### **Economía de la Salud**

La economía estudia la producción, distribución y consumo de bienes teniendo en cuenta dos principios básicos: Que los recursos son limitados (la escasez) y que existen multitud de usos alternativos a los que aplicarlos, lo que conlleva la necesidad ineludible de elegir. Derivada de la idea de que elegir es desechar, entre los economistas esta asentada la idea de que en este mundo nada es gratis.

Existe un punto de vista según el cual el valor de la vida humana es demasiado elevado como para que pueda ser objeto de comercio, intercambio o cálculo. Los derechos sociales (la salud es uno de ellos) absorben recursos escasos y generan demandas ilimitadas, lo cual conduce inevitablemente a la necesidad de racionar. Muchos consideran inaceptable delimitar prestaciones o cuestionar el principio de gratuidad, pero en la práctica se está racionando a través de mecanismos indirectos como son las colas o la desinformación. El oscurantismo no tiene fundamento ético alguno. Por consiguiente, contar es el primer imperativo ético de la gestión pública en materia de sanidad. Como decía Einstein, "cuando ponemos un número encima de una cosita, empezamos a saber de esa cosita".

Fue probablemente Archibald Cochrane quien en su libro "Efectividad y eficiencia. Reflexiones aleatorias sobre los servicios sanitarios" (1971), abordó por primera vez esta cuestión, de modo explícito y cuantificado. Como él mismo contaba, durante toda su juventud había defendido que "todo servicio de salud efectivo debe ser gratuito". Ahora se enfrentaba a la enorme complejidad este pensamiento. En primer lugar, qué es y qué no es "efectivo" o "eficaz": ¿cómo medir y demostrar la efectividad?, ¿quién debe medirla?, ¿cómo evitar los sesgos al medir? En segundo lugar, en cuanto a "gratuidad": ¿gratuito desde qué punto de vista?, ¿en el momento del uso o "siempre"?; ¿quién debería pagar, entonces? Cochrane reconocía, por primera vez, la "escasez de recursos" en el sistema sanitario. Tenía razón en su magnífico y sencillo mensaje: como no hay recursos suficientes para todo o para todos, debe saberse muy bien qué se paga a quién y con qué dinero

¿Son los servicios de salud, públicos o privados, "gratuitos"? Evidentemente, no. También en el campo de la salud es plenamente aplicable el paradigma de los recursos escasos. Y si los recursos son escasos y tienen usos alternativos, entonces tienen un precio. En un mundo con restricciones, todos los recursos aplicados a un paciente son recursos denegados a otro paciente. Esta idea se contrapone a la visión preeminente hace un tiempo, según la cual la salud no tiene precio. Se afirmaba que las consideraciones económicas no deben interferir en las decisiones clínicas. En realidad es al contrario: no sería ético ignorar los costes de oportunidad de nuestras decisiones.

Si nos referimos al sector público es evidente que los gastos dedicados a atención sanitaria rivalizan con otros gastos públicos potenciales. Ese es su coste. En última instancia, los gastos públicos en salud rivalizan también con los gastos privados, a través de los impuestos. Esto es, cualquier aumento del gasto público se financia con impuestos o tasas, que detraen dinero de los bolsillos de los ciudadanos. Dinero que podrían usar en los gastos privados que quisieran.

En el sector privado también está claro que la producción de servicios de salud rivaliza con otras producciones alternativas. Para las familias el gasto en salud es un gasto que se detrae de otros posibles usos del presupuesto doméstico. Y para las empresas que financian en todo o en parte las pólizas de aseguramiento privado de sus empleados, estos gastos forman parte de sus costes laborales. Como tales, afectan a la competitividad de la empresa y a la eficiencia de su gestión.

Los servicios sanitarios deben ser analizados según su contribución a la salud y bienestar de las personas y las poblaciones. La dificultad estriba en precisar qué parte de las mejoras son atribuibles a los servicios sanitarios y qué parte a otros factores como estilos de vida, entorno o mejoras socioeconómicas.

La necesidad de exigir eficiencia en la utilización de los recursos es imprescindible en cualquier contexto. No hace falta observar insuficiencia para exigir maximizar la cantidad y calidad de los servicios comprados con un presupuesto dado. La eficiencia económica versa sobre cómo hacer el mejor uso posible de los recursos escasos que posee una sociedad, dadas las preferencias de los individuos que la componen. Es decir, atañe a la decisión de qué bienes producir y en qué cantidades.

La inversión en innovaciones médicas y el gasto sanitario a lo largo del tiempo son una inversión en la mejora de la salud de los individuos, es decir, en capital salud como parte del capital social de la economía. Algunos trabajos recientes muestran (para Estados Unidos) que sería suficiente que el 27% de las mejoras en el capital salud fueran atribuibles al sistema de salud para que el beneficio neto del gasto sanitario no fuese negativo (Cutler y Richarson, 1999).

A lo largo de los últimos años el gasto en sanidad de los países de la OCDE ha ido ganando importancia en el conjunto de sus economías y últimamente los países emergentes se han sumado a la tendencia. Dada la perspectiva de continuidad de los factores básicos que le dan sustento, cabe esperar que esta evolución se prolongue a medio y largo plazo. No obstante, la crisis económica mundial está generando en estos momentos un serio obstáculo en forma de recortes presupuestarios de los gobiernos.

De otra parte, la demanda de servicios sanitarios se incrementará sustancialmente durante la próxima década por razones demográficas (mayor proporción de personas de más de 65 años, cuyo coste sanitario es más alto) y tecnológicas (nuevas intervenciones y tratamientos). Ambos factores ejercerán mayor presión sobre el gasto en sanidad. En este contexto, no sólo será necesario el aumento de recursos públicos y privados

destinados a sanidad, sino también el diseño de fórmulas que aseguren su correcta utilización por parte de los agentes (pacientes, profesionales y gestores) con el menor impacto sobre la salud de la población.

Existen dos maneras de hacerlo: actuar sobre la demanda o sobre la oferta. Desde la perspectiva de la demanda, la mayoría de herramientas se centran en una utilización más racional de los servicios de salud. Algunos datos evidencian la importancia de incrementar la responsabilidad de los pacientes, en el uso del sistema como y en la conciencia de su propia salud.

A modo ilustrativo, la frecuencia de visitas al médico es comparativamente elevada en España y ello en parte denota una posible excesiva frecuentación de los servicios sanitarios. Asimismo, el gasto farmacéutico per cápita supera al de otros países avanzados y representó cerca del 20% del presupuesto total en gasto sanitario en 2008. Por lo que respecta al cuidado de la propia salud, España tampoco obtiene una buena nota si se observan las cifras del número de fumadores y de personas con sobrepeso. Parte de esta ineficiencia en el gasto sanitario puede ser inducida porque los usuarios no perciben su coste. Una posibilidad para revertir esta tendencia sería la introducción de programas destinados a concienciar a la población del coste real del servicio.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios sanitarios, el gasto también podría disminuir si se optimizara el uso de los recursos por parte de los profesionales. Las diferencias regionales, por ejemplo, en pruebas diagnósticas (TAC, RMN, mamografías) o en actos quirúrgicos promedios por cama, muestran que las prácticas pueden hacerse más eficientes. Esto se consigue con un aumento de la transparencia del trabajo de los proveedores de los servicios sanitarios, ya que de esta forma los gestores pueden reformar los procesos que funcionan peor.

Si atendemos a las recomendaciones de la OCDE, los objetivos de la nueva gestión pública en el ámbito de la sanidad, son básicamente los siguientes:

- Concentrar los esfuerzos en la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios,
- Identificar al usuario como eje principal de la actividad, introduciendo elementos de elección para éste.
- Búsqueda de alternativas más coste-eficientes.
- Mejorar la rendición de cuentas por los recursos utilizados en términos de resultados, entre ellos los sociales (equidad en el acceso, resultados, etc.).

La asignación de recursos materiales en el seno de los organismos de provisión de servicios públicos en España se realiza mediante los principios de publicidad y concurrencia para asegurar la legalidad de los procesos, conforme establece la Ley de Contratos del Sector Público. Sin embargo, no existe un proceso previo de autorización que contemple criterios de tipo estratégico, análisis de los objetivos y consideración de alternativas. El control de resultados que se efectúa sobre las actuaciones de las

administraciones públicas en España está centrado básicamente en que éstas se hayan efectuado de acuerdo con la legalidad vigente.

La nueva gestión pública requiere la preocupación por evaluar resultados además de hacer seguimiento de los procedimientos utilizados. Esto requiere un importante esfuerzo de medición de los resultados de la actividad pública. Casi nunca hay una sola forma de atender a un paciente y de producir servicios de salud. Casi siempre existen varias tecnologías disponibles para producir un servicio o un bien. Una tecnología es una forma concreta de producir servicios, caracterizada por una determinada combinación de recursos productivos.

La función de costes de los proveedores de servicios de salud, por ejemplo de los hospitales, describe la relación que existe entre la actividad o producción de servicios realizada y el coste del hospital. El coste total de producción del Hospital tiene una elevada proporción de costes fijos -CF- debidos a edificios, mantenimiento, niveles mínimos de personal, etc. Estos costes se producen con independencia del nivel de actividad que realice el hospital. Los costes variables del hospital -CV-, a diferencia de los fijos, son aquellos que dependen del nivel de actividad realizada por el hospital (por ejemplo, el número de días de estancias realizadas por el hospital).

En la actividad hospitalaria se producen economías de escala cuando al variar la cantidad de servicios realizados, la proporción de la variación en la actividad o servicio es superior a la proporción de la variación en la cantidad de recursos o factores productivos empleados. Es decir, las economías de escala se producen cuando existen rendimientos crecientes a escala: o sea, cuando se puede conseguir, por ejemplo, un aumento del 10% en el número de pacientes ingresados en el hospital con un aumento en un porcentaje inferior en la cantidad de los factores productivos utilizados.

Existen multitud de tecnologías médicas empleadas en los hospitales que requieren de la instalación de sofisticados equipos de alta tecnología cuyo coste unitario es muy elevado. Cuando el nivel de utilización de estos equipos es reducido, todo el coste fijo se reparte entre un número reducido de servicios o de pacientes atendidos, de forma que el coste medio por paciente puede ser muy elevado.

También existe la posibilidad de que las economías de escala estén relacionadas con la llamada curva de aprendizaje. El coste de realización de algunas intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, se reduce a medida que aumenta la experiencia en la realización de las mismas, es decir a medida que aumenta el número de intervenciones realizadas,

Las deseconomías de escala representan la situación opuesta: se producen cuando el coste medio a largo plazo se incrementa al hacerlo también el volumen de actividad. Las razones pueden ser diversas. Por ejemplo, a medida que aumenta la actividad del hospital, también aumentan las necesidades y los costes de coordinación entre los distintos servicios y profesionales que trabajan en el mismo, lo que a partir de cierto nivel puede ocasionar saturación, dificultades de coordinación y aumento del coste medio.

Otra posible razón de la existencia de diseconomía de escala puede venir dada porque el hospital no consiga aumentar indefinidamente su nivel de actividad sin ampliar el espacio disponible, los equipos o la plantilla de personal. Cuando el aumento de actividad sólo es factible aumentando la capacidad del hospital (es decir, con un aumento muy importante en el coste fijo), entonces, un aumento de una unidad de actividad sólo es posible con un aumento del coste medio a largo plazo.

Un aspecto fundamental en la evaluación de la gestión de las organizaciones sanitarias (proveedores de servicios, aseguradores, compradores de atención sanitaria, etc.) debería ser la capacidad de identificar aquellas organizaciones que de acuerdo con algún estándar gestionan correctamente y aquellas que lo hacen mal o por debajo de sus posibilidades.

La información obtenida a través de la evaluación de la eficiencia de las organizaciones puede ser de utilidad en diversos niveles de la gestión de los servicios de salud. En primer lugar, para mejorar la eficiencia en la gestión de las organizaciones sanitarias, identificando las mejores y las peores prácticas asociadas con una elevada o reducida eficiencia y productividad. En segundo lugar, para aportar información útil para las políticas públicas de salud: diseño organizativo, sistemas de pago y otros instrumentos de regulación sobre la eficiencia. Y en tercer lugar, para conducir el interés hacia la descripción de la eficiencia, la clasificación de organizaciones atendiendo al nivel de eficiencia, etc.

### **Gestión unificada de compras en el ámbito sanitario.-**

Los responsables de la política y gestión sanitarias se hallan continuamente ante la necesidad de atender una demanda creciente de servicios por parte de los ciudadanos y al mismo tiempo, ajustarse a un marco presupuestario generalmente insuficiente para atender aquellas. Esto obliga a realizar permanentes esfuerzos con objeto de controlar el crecimiento de aquel, con especial énfasis en las áreas y procesos que no comprometan la calidad, ni la cobertura asistencial. Por tanto, las posibles áreas de mejora se sitúan en la consecución de mayores niveles de eficiencia en el proceso de la cadena de aprovisionamiento y otros procesos no asistenciales.

La gestión de compras en general y en el ámbito sanitario en particular, ha de cumplir una serie de requisitos básicos:

- ✓ Que el bien o servicio satisfaga las necesidades que demandan su adquisición.
- ✓ Que la calidad sea la adecuada.
- ✓ Que el precio sea lo más bajo posible, en consonancia con la calidad requerida, las condiciones de entrega establecidas y los plazos de pago.
- ✓ Que se cumplan los requisitos legales y se utilicen los procedimientos adecuados.

En general, las compras en las organizaciones sanitarias siguen siendo contempladas más en el plano de lo operativo, que como un elemento estratégico. Por lo común, han primado las actuaciones a corto plazo,

dirigidas básicamente a la reducción de precios y de costes, en lugar de diseñar y poner en marcha modelos estratégicos con proyección a más largo plazo. Así las cosas, el establecimiento de criterios homogéneos y la colaboración entre profesionales y entre organizaciones, constituyen elementos de primordial importancia para avanzar hacia ese objetivo.

Se impone realizar un paréntesis en el día a día para realizar un diagnóstico y trazar una buena estrategia de compras, con planes detallados y políticas de compras definidas según cada segmento del mercado, estableciendo en cada caso los objetivos a conseguir: reducción de precios, estandarización de productos, concentración de proveedores, fomento de la competencia, asegurar el suministro, reducción de costes, gestión del consumo, etc.

La política de compras ha de tener como guía las siguientes *líneas de actuación*:

- ✓ *Antes de comprar*: La correcta definición de la necesidad, lo que requiere la participación del usuario (personal sanitario) y del sector industrial que produce los bienes y servicios a adquirir. En este sentido, el Catálogo de Productos es referencia obligada a la hora de definir la necesidad
- ✓ *En el momento de comprar*: Promover y facilitar las actitudes corporativas, utilizando mecanismos de agrupación de compras para bienes y servicios de uso común.
- ✓ *Después de comprar*: Buena práctica logística

Una política de compras correctamente diseñada, ha de colocar a la organización sanitaria en condiciones de alcanzar los siguientes *objetivos*:

1. La racionalización del gasto vía reducción del precio de los productos y servicios.
2. Agilizar los procesos burocráticos.
3. La actualización y revisión permanente del Catálogo de Productos.
4. La implicación del personal sanitario y su coordinación con los gestores en la definición y elección de los productos, lo que nos permitirá seleccionarlos mejor y adecuarlos a las necesidades reales.

Sin embargo, la realidad cotidiana nos sitúa en no pocas ocasiones ante escenarios bien diferentes que ponen de manifiesto la existencia aún de notables dificultades para alcanzar la necesaria eficiencia, alguna de las cuales se describen a continuación.

La *inexistencia de prescripciones o fichas técnicas homogéneas* para la correcta definición o descripción de los bienes que han de ser adquiridos por parte de los Centros. Este tipo de restricción se da fundamentalmente en los productos de material sanitario y equipamiento médico asistencial, siendo más acentuado en el caso de la alta tecnología. Poder definir de manera objetiva qué es lo que se quiere comprar es imprescindible para una buena gestión de la compra. La escasez de especificaciones técnicas precisas, objetivas y su relativamente frecuente heterogeneidad, lleva aparejada una gran variabilidad en los formatos y contenidos de los

informes técnicos, siendo común la inclusión de aspectos no objetivos en los mismos.

El *alto coste administrativo* que supone la preparación, tramitación, realización, control y seguimiento de la ejecución de los contratos; sirve de argumento para que se recurra con demasiada frecuencia a la prórroga de los mismos. En algunos casos estas prácticas puede ser ventajosas debido al mantenimiento de los precios, si bien el coste de oportunidad es la posibilidad de adquirir productos o servicios con mejor relación calidad/precio.

### **Modelos de gestión de compras compartidos.**

En otros sectores de la actividad económica en general y también en el campo de la sanidad, se han implantado desde hace tiempo distintos modelos de gestión de compras compartidos, articulados a través de la alianza de distintas organizaciones con el objetivo de reducir costes, incrementar la eficiencia y optimizar la calidad.

La esencia y *objetivo común* de todos estos modelos es racionalizar el rendimiento y mejorar los resultados en diferentes aspectos:

- ✓ Reduciendo de forma neta los costes directos.
- ✓ Eliminando posibles duplicidades de actividades y de burocracia.
- ✓ Desarrollando economías de escala.
- ✓ Optimizando la gestión de recursos y procesos.
- ✓ Fortaleciendo la calidad y la eficiencia de forma objetiva.

Son quizá la herramienta más utilizada para reducir precios, homogeneizar y minorar la diversidad de artículos utilizados. De manera casi general, se centralizan las grandes obras, servicios, la alta tecnología y la adquisición de algunos fungibles de uso cotidiano por los centros.

Estas formas de gestión unificada de compras, adoptan distintas denominaciones si bien el objetivo de todas ellas es muy similar.

La realización de compras centralizadas presenta como inconveniente una cierta reducción de la capacidad de decisión de los centros, algo que suponer un obstáculo para su implantación con éxito. Para superar esta dificultad, en algún caso se están utilizando las compras "agregadas", donde todos los centros implicados participan en la adjudicación, teniendo que llegar a un consenso para que ésta se produzca.

Otra opción para salvar las reticencias de los centros es centralizar la información disponible de todas las compras para realizar compras "coordinadas", lo que requiere homogeneizar la información, hacerla disponible para todos los centros a través de buenos sistemas de tratamiento y transmisión de datos. En este caso, las compras se realizan de manera coordinada entre los centros y los servicios centrales, unificando estrategias, calendarios, etc.

Una opción mas avanzada aún, es compartir información entre los distintos servicios de salud para poder dar una respuesta común ante situaciones de cierto grado de concertación de precios (oxigenoterapia, tiras reactivas, fluidoterapia, etc.), en las que el mercado está dominado por un número reducido de proveedores, dándose situaciones de cierta concertación en los precios.

Existe la opinión generalizada de que la centralización, agregación o coordinación son fórmulas válidas para la mejora de las compras, que merece la pena desarrollar. Los ahorros previstos por los servicios de salud autonómicos se podrían incrementar sustancialmente si se lograra incluir a la tradicional gran ausente en los procesos de compras centralizadas: la farmacia.

No obstante estas *centrales de compra* actúan en un ámbito territorial reducido respecto al del antiguo INSALUD, por lo que los volúmenes de transacciones son menores y las empresas adjudicatarias tratan de mantener una posición de dominio.

Todas las centrales de compras tienen que efectuar sus adquisiciones, por Ley, mediante contratos adjudicados por procedimientos abiertos, restringidos negociados, etc.; pero también pueden utilizar las nuevas modalidades de compra establecidas por la Ley 30/2007 de Contratos del Sector Público, evitando la reiteración de procedimientos, a través de contratos marco, de sistemas dinámicos, etc.

No debemos pensar que la centralización de compras como método, es la panacea para conseguir la contención de costes. Hay diversos aspectos que han de ser tenidos en cuenta.

El primero es que el éxito de la centralización depende en cierto modo del tipo de productos o servicios objeto de la compra. Una segunda razón tiene que ver con el hecho de que las empresas desenvuelven su actividad en un mercado amplio, global incluso y los servicios de salud están sujetos en sus actuaciones a un procedimiento administrativo de contratación rígido y complejo, al que no siempre pueden o están interesadas en acceder todas las empresas. Por ultimo, las posibles mejoras en materia de precios no siempre se generalizan al conjunto de administraciones demandantes. Para la empresa es preferible discriminar en cada caso en función de la cuantía del pedido, de las programaciones de entrega, de los períodos de cobro, etc. y aplicar diferentes condiciones manteniendo los precios de adjudicación.

Las empresas oferentes a la hora de concursar a estas centrales de compra han de estimar, en ocasiones, la demanda potencial durante el período de vigencia del contrato. Si no conocen la programación de compras y los plazos de entrega, se plantean incertidumbres que se trasladan a los precios.

En tanto que las empresas del sector sanitario operan a nivel nacional o transnacional, planificando sus estrategias a este nivel; las organizaciones sanitarias actúan a nivel local o autonómico en el mejor de los casos. La

centralización de operaciones a nivel regional no siempre supone mejoras de eficiencia. La proliferación de centrales de compra (sujetas a diversas prácticas administrativas, catalogación y codificación de productos diferentes) da lugar a la existencia de mercados fragmentados y diferenciados.

Para conseguir economías de escala similares a las de la época INSALUD, habría que operar al mismo nivel, eso implica evolucionar desde procedimientos de contratación, aislados a nivel local, a mercados organizados para el conjunto de los servicios de salud. Actuar a este nivel supone disponer de una cierta organización, con una serie de condiciones de contratación previamente delimitadas: lotes de compra para cada producto, condiciones de entrega, etc. Respecto a los productos deberían existir fuertes requisitos de acceso con una catalogación única de productos, estableciendo condiciones normalizadas de calidad mediante ensayo o pruebas realizadas en laboratorios acreditados. Los distintos productos deben ser lo más homogéneos posibles en términos de calidad (es decir deberían poder actuar como sustitutivos).

Delimitada y unificada su calidad, el criterio de adjudicación sería el precio por lo que se podrían cruzar las distintas transacciones en función del precio, exclusivamente, al margen de las marcas comerciales existentes para cada tipo de producto.

### **Logística centralizada**

Así como en la centralización – agregación – coordinación de las compras existe bastante experiencia por parte de los servicios de salud, en el ámbito de la creación de plataformas logísticas es menor el nivel de experiencia, si bien su implantación es creciente. La creación de un almacén único, para reducir los costes, simplificar los procesos logísticos, reducir stocks, etc; es un buen complemento de la unificación de los procesos de compras

### **Catálogo único de artículos**

Al igual que con los sistemas de información, existen multitud de catálogos de productos, con importante variabilidad entre centros, diferentes codificaciones, diferentes estructuras, nomenclaturas, descripciones, etc. Todo esto dificulta enormemente la obtención de estadísticas comparativas, la explotación y análisis de información transversal es costosa y de baja o nula fiabilidad.

Los catálogos de productos no suelen estar mantenidos adecuadamente, ni se suelen depurar frecuentemente, con lo que extraer información de calidad de los mismos es dificultoso y poco productivo.

El catálogo es una herramienta básica para las compras. Junto con las especificaciones o fichas, técnicas de los artículos, han de ofrecer una definición clara y objetiva de qué es lo que se quiere comprar. Una dificultad añadida para su elaboración, reside en que también es una herramienta clave para la logística y los requerimientos de detalle para la compra y la logística a veces no son concordantes.

Catalogar es una acción complicada y compleja, propia de especialistas. El catálogo es una herramienta de trabajo imprescindible para la gestión de compras, útil para proveedores, clientes y asistenciales. Es un acto para identificar y reconocer un artículo y su forma de presentación. Un aspecto clave en esta materia es determinar o delimitar hasta qué punto o nivel de detalle ha de llegar la catalogación. ¿Se desciende hasta el nivel de la unidad de presentación o bien se hace a partir de una unidad de presentación determinada? Un porcentaje significativo de productos no disponen aún de catalogación normalizada a estándares europeos.

La codificación es el paso siguiente a la catalogación. Primero, hemos de ponernos de acuerdo en cómo clasificamos. Somos diecisiete Comunidades Autónomas, cada una con sus prioridades. Lo que para uno es prioritario logísticamente, para otro no tanto. El efecto masa o volumen, a la hora de solicitar a un proveedor una determinada codificación y simbolización, se disuelve.

En el sector sanitario este *posicionamiento común de los servicios de salud* no se ha logrado aún y esto otorga mayor margen de maniobra a la industria proveedora.

La dispersión de voluntades y prioridades de las diferentes administraciones sanitarias supone una cierta ralentización en el grado e intensidad del avance posible en esta materia. La única organización con capacidad y autoridad para liderar y aunar criterios hoy en día, es el Ministerio de Sanidad y Política Social.

### **El control de uso de los productos sanitarios.-**

Se han producido grandes avances en los últimos años con respecto a gestión unificada de compras, catalogación, logística, pero, ¿y el control de uso adecuado de los productos sanitarios?

La tecnología ha propiciado la consecución de importantes avances en esta materia en el pasado reciente y es de esperar que siga haciéndolo en el futuro inmediato. Se han llevado a cabo experiencias interesantes por ejemplo con implantes, con excelentes resultados en términos de fiabilidad, utilizando la radiofrecuencia para la identificación y la automatización del proceso. Todo el proceso logístico, los tiempos de preparación, el control de las rutas, los tiempos de transporte, la eficacia de la colocación, los retornos, son funciones que se pueden controlar mediante esta herramienta y otras más disponibles en el mercado, ya en funcionamiento desde hace varios años, con notables grados de eficacia y satisfacción.

### **En el futuro, más concentración**

En los próximos años es previsible que continúe el proceso de concentración. Las organizaciones tienden a concentrar compras, procesos, operaciones, funciones, centrales de distribución, etc. Además es preciso seguir trabajando en la codificación y simbolización estándar.

Esta tendencia a la concentración es defendida y apoyada también por el principal órgano decisorio del SNS. Efectivamente, en la reunión celebrada el pasado 18 de marzo de 2010, el Consejo Interterritorial del SNS renovó su compromiso con una *estrategia común* destinada a garantizar la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad. El documento firmado por la Ministra de Sanidad y Política Social y los consejeros autonómicos, incluye una batería de medidas destinadas a cumplir *dos objetivos*:

1. Mantener el ritmo de las medidas de mejora de la cohesión y la calidad en todo el sistema.
2. Promover medidas de contención de costes por medio de políticas de utilización racional y del agrupamiento de recursos a escala del SNS para mejorar las economías de escala.

En el ámbito de la racionalización del gasto, las medidas a corto plazo acordadas se centran básicamente en la política farmacéutica. El acuerdo anuncia la inmediata creación de un procedimiento de compras agregadas para todo el SNS (al que las comunidades autónomas pueden sumarse de forma voluntaria), con el fin de mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores, mediante el intercambio de información sobre precios.

En esta misma línea, se ha publicado recientemente el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, mediante el cual se establece un procedimiento para Adquisición Centralizada de medicamentos y productos sanitarios. Mediante Orden del Ministerio de Sanidad y Política Social, se podrá declarar de *adquisición centralizada* los suministros de medicamentos y productos sanitarios que se contraten en el ámbito estatal por los diferentes órganos y organismos. La contratación de estos suministros deberá efectuarse a través del Ministerio de Sanidad y Política Social

Respecto de las compras, las recomendaciones se centran en la evaluación de la tecnología sanitaria y en la constitución de *centrales de compras* para los suministros sanitarios. La puesta en marcha de estos mecanismos y procedimientos requiere el manejo de un volumen importante de información, lo que viene a poner de manifiesto el importante papel de las TIC para llevar adelante este objetivo.

El título II de la Ley 30/2007, bajo la denominación de «Racionalización técnica de la contratación» establece los acuerdos marco, centrales de contratación y los sistemas dinámicos de contratación (constituyen una importante novedad), como elementos que han de permitir articular un mercado para los proveedores de las administraciones públicas.

Las solicitudes de cada centro se puede transmitir electrónicamente a este «mercado» en los días en que tuviera sesión de contratación y es posible, mediante el uso de aplicaciones informáticas cruzar todas las transacciones previstas, cada precio mediante distintas rondas en que los oferentes vean su posición relativa y el precio al que se cierra las transacciones, ajustando precios y cantidades. Existen múltiples experiencias de mercados organizados en los que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) desempeñan un papel fundamental.

Esta peculiar «centralización» aportaría la ventaja de orientar todo el esfuerzo sobre los precios y la acreditación de calidad. En la medida en que las empresas soportan menores costes de comercialización, pueden trasladar a precios los ahorros potenciales.

Por su parte, los centros sanitarios se liberarían de la carga de trabajo que supone la preparación de complejos expedientes administrativos para centrarse en la planificación de sus necesidades, en la mejora de su logística y una gestión eficiente.

En definitiva se trata de impulsar la utilización las TIC para organizar un mercado y no sólo como mero soporte al proceso administrativo de contratación. La organización de estos «mercados» sobre la base de por ejemplo la subasta electrónica, cuyo arranque y gestión supone costes importantes, compensa en la medida que el volumen de compras de los centros sanitarios reviste cierta importancia y genera economías de escala.

## **BIBLIOGRAFIA consultada**

*McKinsey&Company y Fedea* «Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario» (2009)

*Guillem López Casanovas, Jaume Puig-Junoy, Juan José Ganuza, Ivan Planas Miret.* La Caixa. Servicio de Estudios.- Colección Estudios Económicos. Núm. 31.- Los nuevos instrumentos de la gestión pública.-

*Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.* EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA ANALISIS DE LA SITUACION Y ALTERNATIVAS PARA SU MEJORA - Mayo de 2009

*Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud.* Sistemas sanitarios en transición. España: Análisis del Sistema Sanitario 2010. Sistemas Sanitarios en Transición. España: Análisis del Sistema Sanitario 2010.

*Jaume Puig-Junoy.* Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible.

*Xavier Calsamiglia.-.* Ética y gestión sanitaria: un ensayo sobre la necesidad de contar / PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA Economía de la salud; (1998), nº 76

*Vasconcellos J.-* The war lords. Londres: Kogan Page, 1999:66.

*Cochrane AL.-* Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. Leeds: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1971.

*ALAN WILLIAMS.-* LA ECONOMÍA DE LA SALUD COMO UNA LABOR HUMANITARIA. University of York. Reino Unido.

*FEDER.- INTERREG IIIA.-* Memoria técnica justificativa del desarrollo y gestión de la Central de Compras y Aprovisionamiento de Servicios Transfronterizos.

*Martín G. Blanco García.-* LOGÍSTICA PROVINCIAL. COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DE COMPRAS Y RECURSOS MATERIALES EN CENTROS ASISTENCIALES PÚBLICOS.- 2001.

*Vicente Gil, Joan Barrubés, Juan Carlos Álvarez, Eduard Portella.-* Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Antares Consulting. 2010

*FRANCISCO L. SÁNCHEZ PRIETO.-* Medidas de racionalización del gasto sanitario y su aplicación: un enfoque alternativo sobre las centrales de compra. 2007, Instituto de Estudios Fiscales

*Instituto de Estudios Fiscales.* GRUPO DE TRABAJO DE LA CONFERENCIA DE PRESIDENTES PARA EL ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PRESIDIDO POR LA IGAE. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA SECRETARÍA DE ESTADO

DE HACIENDA Y PRESUPUESTOS. 2005. Informe para el análisis del gasto sanitario.

## **El gerencialismo sanitario Orquestas "sin director" o la pendiente deslizante de la Sanidad Pública**

**Carlos Ponte**

*Jefe de Servicio Cuidados Intensivos  
Hospital Central Asturias*

En el primer tercio del pasado siglo hubo orquestas experimentales sin director. Fracasaron. Resulta obvio decir que las orquestas también fracasan con una dirección o una organización defectuosa. Quizás un ejemplo de lo que sucede en nuestro sistema sanitario con un modelo de gestión, carente de consenso social y profesional, y con preocupantes y contradictorias tendencias que paralizan deslegitiman la Sanidad Pública.

Gestionar es dirigir, controlar y evaluar una organización. Su valor es estratégico: Una gestión deficiente sometida a múltiples vaivenes políticos, con escasa o nula confianza en los profesionales, los usuarios o en el propio modelo de la Sanidad Pública, empuja al sistema a un callejón sin salida e introduce el germen de la privatización de la provisión sanitaria. Es evidente que la gestión no es el único problema de la Sanidad Pública pero es trascendente, con la ventaja adicional de que su reforma tiene, en términos económicos, un coste cero. Basta con utilizar el Boletín Oficial de la Autonomía correspondiente, después de un razonable proceso de consenso social y profesional.

### **¿Quién está al mando en los centros sanitarios?**

La gran mayoría de los centros son de propiedad pública, financiados con los impuestos de todos los ciudadanos y su titularidad pertenece, desde las transferencias sanitarias, a las Comunidades Autónomas. En una realidad compleja, como es el sistema sanitario, hay un entramado de dominios e influencias. Tienen poder los trabajadores a través de los sindicatos y, en especial, los técnicos por su posición en el proceso productivo y la autoridad que deriva del conocimiento. Hay otros agentes cuyas actuaciones y comportamientos influyen poderosamente en la vida de las instituciones, por ejemplo, la industria de los proveedores (farmacéuticas y otras), las demandas del medio social, o la compatibilidad de los médicos con el ejercicio privado...

Por tanto, múltiples fuentes de poder, pero el que ostenta el dominio institucional estratégico no es otro que el propietario: El poder político autonómico, que actúa de forma delegada a través de los gerentes, mediante un modelo que ha sido denominado "modelo gerencial" y que fue transferido de forma mimética del mundo empresarial privado, a finales de los años 80, atribuyendo al gerente todas las competencias posibles: Compras, inversiones, plazas... Son, además, "cargos de confianza" pese a los elevados costes asociados a la actividad de los gestores.

## **El ascenso del gerencialismo.**

El patrón tradicional de gestión y organización de la Administración Pública y entidades estatutarias afines, se ha identificado con el modelo "weberiano", basado en el valor absoluto de la razón burocrática y administrativa, en la lógica de las normas y los procedimientos más que en los resultados. Por sus características jerárquicas, autoritarias y formales, deviene en una estructura vertical que dificulta una aproximación sistémica e interdisciplinar, y tiende a fragmentar las distintas áreas de actividad. Características que se consideran incompatibles con la funcionalidad, la eficiencia y la innovación que deben presidir el espacio sanitario. La reforma gerencialista, por tanto, representa la modernidad, frente a un pasado que no merece consideración.

El gerencialismo propone la superación del modelo burocrático-profesional, la rigidez organizativa y el monopolio de las relaciones entre los profesionales y usuarios, mediante un modelo de relaciones competitivas que subordina a los profesionales a las estrategias gerenciales y asigna a los usuarios el estatuto de clientes.

El eje del discurso es la ideología de la competitividad: los centros sanitarios son empresas y los servicios médicos son unidades de producción que contratan su actividad, con expectativas de recompensa a los ganadores y penalización a los perdedores.

La fuerza de trabajo se conforma con motivaciones mercantiles y no motivaciones profesionales o de responsabilidad pública (inherente a los servicios públicos), converge con la externalización de suministros y servicios, y, finalmente, reconvierte a los ciudadanos y a los pacientes en consumidores y clientes.

En definitiva, un discurso de cuasi - mercado (Irigoyen, 2007), que no implica necesariamente privatizaciones en la gestión o la provisión, pero que sienta las bases de ulteriores pasos hacia la mercantilización (Reinhardt, 1996).

## **El gerencialismo en la práctica.**

Algunos de los rasgos que se describen a continuación son inherentes al gerencialismo. Otros, aunque vinculados, trascienden al modelo y se asocian a una determinada manera de entender y ejercer el gobierno de las instituciones:

- **Turno político y "cortoplacismo"**. La gestión se diseña en el horizonte de los cuatro años de legislatura, sin otro objetivo que presentar resultados exitosos ante una nueva cita electoral. Un grave problema en la salud y la sanidad, difícilmente compatible con la orientación estratégica característica de las políticas en un ámbito que precisan una mirada y un trabajo de largo recorrido. Con el "cortoplacismo" aparecen y desaparecen, distintos cuando no contrapuestos, planes de inversiones, políticas para solucionar las listas de espera, programas de calidad asistencial, etc. Los

empleados del sistema sanitario enseguida aprenden a relativizar las decisiones de los gestores: "pronto vendrán otros directivos y otras ocurrencias".

- **Turno político y libre designación.** El turno político determina que el partido que gobierna pueda nombrar a múltiples altos cargos y asesores, y, a la vez, tejer una red de agencias y fundaciones con plena discrecionalidad en política de personal. Es la utilización indiscriminada de la "libre designación" en cargos que deberían de tener un perfil técnico y profesional, como han puesto de manifiesto dos recientes sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Asturias.

- **Riesgos de corrupción.** Diversos autores han establecido una estrecha asociación entre "libre designación" y corrupción. Para Víctor Lapuente, profesor de Ciencia Política en la Universidad de Gotemburgo (Suecia), el caldo de cultivo de la corrupción política en España es el alto número de cargos de designación política en las instituciones nacionales, autonómicas y locales. No es que la corrupción "esté en nuestra cultura" o se deba "a la falta de regulación", "las administraciones más proclives a la corrupción son aquéllas con un mayor número de empleados públicos que deben su cargo a un nombramiento político".

En efecto, "Los empleados públicos con un horizonte laboral limitado por la incertidumbre de las próximas elecciones son más propensos a aceptar o a solicitar sobornos a cambio de tratos de favor que los empleados públicos con un contrato estable. Por otro lado, la politización del poder público acarrea que al haber mucho más en juego en las elecciones, las tentaciones para otorgar tratos de favor a cambio de financiación ilegal para el partido sean también más elevadas". Este incentivo a la corrupción es la diferencia entre España y otros países europeos.

- **La especificidad del conocimiento.** Las decisiones y los procesos se vacían de racionalidad y coherencia en una organización sanitaria, cuando los políticos, por medio de gestores de su confianza, detentan el poder de las instituciones sanitarias, mientras que los médicos y los profesionales siguen teniendo (como es inevitable) la responsabilidad de los cuidados de la salud y la atención de los pacientes.

Una contradicción inherente a los sistemas en los que la base productiva no es la fuerza de trabajo sino el conocimiento. No es posible disociar, sin dañar la funcionalidad de la organización, el trabajo productivo de la gestión y la política sanitaria. La experiencia nos dice que cualquier iniciativa de gestión sanitaria, con independencia de sus propósitos o bondades, estará destinada al fracaso si no tiene capacidad de interlocución con los profesionales en el nivel al que corresponda.

- **Cementerios de elefantes.** Asegurar la lealtad de los cargos de confianza que han de representar a la propiedad en el manejo de las instituciones durante un periodo de tiempo limitado. Para cubrir este riesgo, surgen espacios – de clara ineficiencia – que permiten recolocar a los gestores cesantes en puestos "apropiados". Una modalidad de pesebrismo

común que engorda las nominas con agravios comparativos y baja funcionalidad.

- **Extrañamiento de los profesionales.** Como todo proviene de la dirección, no hay identificación con la organización. Hay pruebas que asocian efectividad y calidad con la satisfacción laboral y el grado de apoderamiento que se genera en el puesto de trabajo. La desmotivación y el desencanto son la otra cara de la misma moneda. Sólo las organizaciones que actúan de forma autónoma, con regulaciones establecidas por sus propios miembros, tienen capacidad de innovación y cambio organizativo.

- **El auge del corporativismo** es una de las consecuencias de la inexistencia de un proyecto político capaz de incorporar a los distintos estamentos sanitarios en un objetivo común. El crecimiento y la consolidación de sindicatos de todas las categorías posibles (de celadores, auxiliares de clínica, médicos, enfermeras) y la poderosa influencia de los anacrónicos Colegios profesionales son las muestras más palpables de este problema. Si no hay proyecto e implicación colectiva prospera la cultura tribal.

- **Déficit democrático y clientelismo.** El paternalismo tradicional de la atención sanitaria es una hipoteca democrática que se construye desde la ausencia de cauces de participación, pese a que es la población la que sostiene económicamente el sistema. No rendir cuentas induce dependencia pero también ineficiencia. El gerencialismo, aunque aparentemente revaloriza la figura del paciente, en realidad convierte a los usuarios en demandantes externos a los que hay que satisfacer a través de las ofertas del mercado sanitario.

- **Las externalizaciones.** Es una tendencia común de la que cabe hacer una doble lectura: Comporta comodidad para los gestores (menor responsabilidad y trabajo) al encomendar servicios a terceros, y expresa, cuando menos, una débil convicción sobre los valores y la efectividad de los servicios públicos que se superpone a la permanente fascinación por la supuesta eficiencia del sector privado.

En los últimos años, el goteo de servicios externalizados, fundamentalmente de los mal denominados servicios-no-sanitarios, es persistente sin que, hasta la fecha, tengamos constancia de ningún análisis de coste beneficio sobre sus consecuencias. Sin embargo, sus problemas son evidentes: La renuncia a buscar soluciones y alternativas dentro del sector público con descapitalización del mismo, los problemas de coordinación con distintas titularidades e intereses...

**El "viraje" de la gestión clínica: ¿Cambio o continuidad?** Los nuevos paradigmas de la gestión sanitaria se han concentrado en el ámbito de lo micro, con determinadas propuestas como la gestión clínica, la gestión por procesos o la gestión por casos. Es decir, nuevas iniciativas (que por ejemplo se plasman en el decreto del SESPA 66/2009 sobre las Unidades de Gestión Clínica) con una abundante retórica de autonomía de los profesionales, que se contradice por el mantenimiento de la "libre designación" como mecanismo de asignación de responsabilidades o por la pervivencia de las estructuras "gerencialistas" de las instituciones

sanitarias. Un singular maridaje, poco creíble, entre las reformas de la micro-gestión y la pervivencia de la actual meso-gestión.

**Conclusiones.** El modelo de gestión gerencialista es parte la estrategia neoliberal de la salud. Sin embargo, la gestión sanitaria no puede ser patrimonio exclusivo de los gerentes, porque requiere un marco de horizontalidad e intersectorialidad e incorporar a los trabajadores, los profesionales y los ciudadanos en la toma de decisiones y la rendición de cuentas y resultados. Una fórmula son los Órganos de Gobierno Colegiados que, entre otras cuestiones, permiten reubicar la figura del gerente, no sólo como delegado obediente sometido a los dictados de la propiedad. Fórmulas efectivas, y no retóricas, de participación comunitaria y de gobierno clínico, con valores organizativos identitarios como la implicación mutua o el sentido de pertenencia institucional.

Si volvemos al símil musical, nos podemos inspirar en la orquesta de cámara Morpheus (que ha ganado numerosos premios, entre ellos cuatro veces el Grammy, la mayor distinción musical de Estados Unidos) y que es un paradigma de gestión empresarial y organizativa. Creada en 1972 por el esfuerzo colectivo de un grupo de músicos (27 miembros permanentes y ochenta músicos asociados) funciona sin director desde hace treinta años, con decisiones colectivas, donde cualquiera de sus componentes puede liderar un concierto en función de su competencia. El "Método Orpheus", es realmente una forma de gestión horizontal (y no un vacío de gestión): la organización se gobierna a sí misma y asume colectivamente las responsabilidades propias del director: selección del repertorio, protagonismo de los conciertos y músicos principales de cada partitura.

**Referencias:**

- Cochrane AL (1985) Eficacia y eficiencia: Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Salvat Editores.
- Lapuente Giné V. (2009) El País (27-03-09) .
- Areas y Unidades de Gestión Clínica. (2009) Decreto 66/2009 de 14 de Julio. BOPA. [www.asturias.es](http://www.asturias.es)
- Reinhardt UE (1996). Spending more through "cost control" Health Matters 15 (2): 147 – 154.
- Irigoyen J. (2010). "La metamorfosis de la evaluación". Salud 2000, 129: 16 – 19.

## **La evaluación de las tecnologías sanitarias: ¿un mito o una solución para el control del aumento del gasto sanitario?**

**Javier Rey del Castillo**

*Médico Inspector*

### **I.- Introducción**

Las tecnologías sanitarias, conforme a la definición que hizo de ellas por primera vez la Oficina de Asesoramiento Tecnológico (OTA) norteamericana en 1982, adoptada luego en términos muy similares por la OCDE en 1998, comprenden *“el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica, y los sistemas organizativos dentro de los cuales se provee el cuidado”*.

Concebidas de esa forma, las tecnologías sanitarias constituyen el resultado de la actividad de determinados sectores industriales, básicamente el farmacéutico de una parte, y un “pool” de otros sectores entre los que se incluyen, entremezclan y complementan entre sí los de la electrónica, la informática, la química, la física, la producción de nuevos materiales y otros muchos, que deriva en productos de uso generalizado por los sistemas sanitarios, tanto públicos como privados.

Precisamente ese uso “finalista” constituye una condición peculiar de tales sectores industriales, que ha condicionado en buena parte su impulso inicial y el grado de desarrollo alcanzado en el momento actual: la constitución de los servicios públicos de salud en diferentes países en el período más inmediato posterior a la Segunda Guerra Mundial conformó de manera especial el mejor caldo de cultivo para el desarrollo de unos sectores industriales que vieron garantizado así el consumo generalizado e inmediato de sus productos, facilitado por la demanda agregada y financiada públicamente que caracterizaba a los primeros; una absorción que nunca habría alcanzado el mismo nivel de haber tenido que soportarse sobre la demanda individual y privada. Un buen ejemplo de ese desarrollo paralelo es que el primer antibiótico comercializado, la penicilina, hizo su aparición en el mercado en un fecha casi coincidente con la creación del Servicio Nacional de Salud (NHS) británico, en 1948, momento a partir del cual el desarrollo de los antibióticos y otros productos farmacéuticos, que son utilizados por todos los servicios sanitarios, ha sido explosivo hasta alcanzar la actual situación.

Aún con un sentido crítico que de alguna manera hace responsable del exceso de utilización de las tecnologías a los sistemas de cobertura sanitaria por terceros, este papel de soporte del desarrollo tecnológico por los sistemas de cobertura pública han sido reconocidos incluso en los Estados

Unidos, el país desarrollado que se caracteriza por disponer de manera peculiar del desarrollo más escaso de los sistemas públicos de atención<sup>23</sup>.

Cabe señalar, sin embargo, que el desarrollo de las industrias de tecnologías sanitarias, favorecido por ese consumo garantizado de sus productos por los servicios de salud, ha terminado por producir un desarrollo desequilibrado y "parasitario" de unos y otras en detrimento de los primeros: las diferentes industrias de tecnologías sanitarias, principalmente las farmacéuticas, han ido creciendo en importancia económica y volumen de actividad, de manera que en la actualidad los presupuestos de las empresas más potentes de este sector superan los de muchos países de mediano tamaño, y constituyen un ejemplo paradigmático del desarrollo de empresas transnacionales en el contexto de la globalización de la economía. Ese tamaño económico desmesurado, logrado también por la vía de las fusiones entre empresas que caracteriza de manera muy específica la situación, en especial en los últimos años, les confiere una enorme capacidad de influir en la orientación y el consumo de los servicios de salud, que, de ser los soportes principales de su desarrollo, han pasado a resultar condicionados en todas partes de manera principal por las orientaciones y políticas propias de las empresas de estos sectores.

El desarrollo peculiar de los mismos, en especial en el campo de la biomedicina y las biotecnologías, unos campos que se han ido abriendo a medida que se iban cancelando las posibilidades de desarrollo de nuevos productos por la vía "tradicional" de la síntesis química, los ha convertido en áreas de absorción preferente de capital, con garantía de beneficios actuales y potenciales de futuro, que ofrece una vía posible de solución a los problemas de naturaleza cíclica, consustanciales al desarrollo capitalista, que suponen la acumulación de capital improductivo en otros sectores<sup>24</sup>.

Una buena expresión del actual potencial de beneficio sobre capital invertido por parte de estos sectores, y en concreto del farmacéutico, es la comparación de los beneficios sobre activos obtenidos por la industria farmacéutica en los Estados Unidos en comparación con los obtenidos entre 1995 y 2008 por las empresas de otros sectores industriales incluídas entre las 500 primeras empresas de aquel país según la clasificación de la revista Fortune que se presenta en el gráfico 1<sup>25</sup>.

---

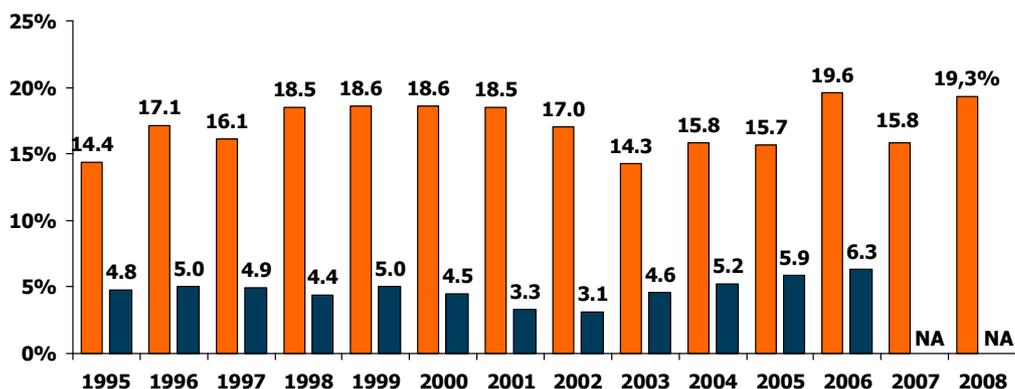
<sup>23</sup> Puede verse a este respecto Weisbrod BA. *The Health Care Quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost-containment*. Journal of Economic Literature 1991; 29(2): 523-552. Hay traducción española *Cuadrilema de la asistencia sanitaria: ensayo sobre cambio tecnológico, aseguramiento, calidad de la asistencia y contención de costes*. Cap. 1 en: González López-Valcárcel B. (ed.). *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas*. Barcelona: Masson, 2005. p. 1-36.

<sup>24</sup> Harvey D. *El nuevo imperialismo*. Madrid: Akal, 2005.

<sup>25</sup> El gráfico se ha obtenido de la página web de la Kaiser Foundation ([www.kaiserfoundation.org](http://www.kaiserfoundation.org)), una organización dedicada al análisis del sistema sanitario norteamericano, que carece de relación con la aseguradora privada de aquel país denominada Kaiser Permanente

**Gráfico 1 Evolución de la rentabilidad en beneficios netos sobre activos de la industria farmacéutica en los Estados Unidos en relación con la de otros sectores industriales entre 1995 y 2008.**

## Profitability of Pharmaceutical Manufacturers, 1995-2008



Note: Percent is the median percent net profit after taxes as a percent of firm revenues for all firms in the industry. NA = no longer available.

Source: Kaiser Family Foundation and Sonderegger Research Center, Prescription Drug Trends: A Chartbook Update, November 2001, Exhibit 4.11, at <http://www.kff.org/insurance/3161-index.cfm>, updated with data from *Fortune*, Fortune 500 Industry Rankings: April 14, 2003, Vol.147, No.7, p. F-26; April 5, 2004, Vol. 149, No.7, p. F-26; April 18, 2005, Vol. 151, No.8, p. F-28; April 17, 2006, Vol.153, No.7, p. F-26; April 30, 2007, Vol.155, No.8, p. F-32; 2007 and 2008 numbers from Fortune 500 online at <http://money.cnn.com/magazines/fortune/>.

■ Pharmaceutical Manufacturers  
■ All Fortune 500 Firms



A la vista de esa situación<sup>26</sup>, no parece descaminado prever que la tendencia por parte de las empresas de este sector, y del capital que las financia, sea a sostener un elevado nivel de presión sobre los gobiernos para que el gasto de los servicios sanitarios dirigido al consumo de sus productos se mantenga elevado, aunque sea a costa del consumo en otros sectores, de aumentar la aportación de los usuarios a través de copagos u otras formas de aportación, o incluso esté al margen de los beneficios en términos de salud derivados de tal consumo.

Lo que puede modificar el objetivo redistributivo y solidario original con el que se crearon los servicios sanitarios, para pasar a que éstos se consideren ante todo como el campo de juego en el que se dirimen los intereses

<sup>26</sup> Sobre los márgenes de beneficio con los que trabaja el sector de los “dispositivos sanitarios” (*medical devices*), término que incluye desde las prótesis de rodilla o cadera, los marcapasos, las prótesis valvulares cardíacas, los stent coronarios, los catéteres utilizados en diagnóstico y tratamiento, o los desfibriladores automáticos, se puede ver Meier, B. (2009). *Costs surge for medical devices, but benefits are opaque*. NY Times, Business, November 4. En el artículo, sobre la base de los datos aportados por el banco Credit Suisse a partir de informes de las propias compañías que operan en este campo, los márgenes de beneficio neto (*operating profit*) se estiman entre el 23 y el 30% , a la vez que se informa que las inversiones en este sector están creciendo a un ritmo más rápido incluso que en el farmacéutico.

económicos de algunos de los sectores y empresas con mayor capacidad de obtener rentabilidad para el capital en la actual situación.

## **II.- Características comunes y específicas de los diferentes sectores industriales que se incluyen en el ámbito de las tecnologías sanitarias.**

La situación peculiar y destacada que en el momento actual ocupan las empresas de estos sectores industriales en relación las de otros sectores está en relación con sus características en distintos aspectos.

**II.I.-** Como tuve ocasión de contribuir a analizar en una publicación previa realizada por la FADSP<sup>27</sup> y resumo aquí de manera reducida, algunas de esas características son comunes a todos los sectores industriales que caben bajo la denominación común de tecnologías sanitarias. Entre esas características, de las que se puede obtener una explicación más amplia en el texto citado, se encuentran las siguientes:

1) En primer lugar, la capacidad de control de la orientación de la innovación tecnológica en cada sector respectivo por parte de las empresas de los propios sectores industriales correspondientes. Por exponer de manera muy directa lo que se quiere significar con esta descripción, esta situación es la que hace posible que en el campo farmacéutico abunde el desarrollo de los productos conocidos como "me-too" (de composición y efectos similares a otros ya existentes, pero habitualmente de precios más elevados que éstos y capaces de aportar mayores beneficios a las empresas que los desarrollan) mientras se pospone y eterniza el desarrollo de medicamentos dirigidos a enfermedades que son propias de países en desarrollo; o los dirigidos al tratamiento de las conocidas como "enfermedades raras", que afectan a grupos reducidos de población.

Otros ejemplos pueden obtenerse de las líneas de desarrollo preferente del abordaje de determinadas enfermedades, como el SIDA. En esos casos, el desarrollo de nuevos medicamentos se orienta principalmente al desarrollo de tratamientos "aditivos", que hacen cada vez más caro el tratamiento de la enfermedad, mientras sigue estando marginado el desarrollo de una vacuna que pudiera evitar su inicio, a la vez que, con ello, se sostiene el consumo obligado de los tratamientos que se han ido desarrollando. En este caso las razones principales para esa evolución, como distintos trabajos se han encargado de resaltar<sup>28</sup>, son también de carácter económico y de interés por parte de las empresas que desarrollan o podrían contribuir a desarrollar unos y otros productos.

2) Una segunda característica común a los sectores productores de tecnologías sanitarias es su gran capacidad de influencia para generar la demanda de nuevos productos por todos los que intervienen en el circuito del consumo en todas sus fases.

---

<sup>27</sup> *Globalización y Tecnologías Sanitarias*. Rey Biel P., Rey del Castillo J. En: *Globalización y Salud*. Madrid: FADSP, 2005. p.209-258.

<sup>28</sup> Rey Biel P. *Why is There No AIDS Vaccine? A New Economic Explanation*. *World Economics* 2001; 2(4): 117-132.

Ocurre así en el caso de la población en general y determinados grupos de pacientes en particular, mediante instrumentos que van desde el marketing directo e indirecto en los medios de comunicación generales, que es objeto de controles diferentes en distintos países, pero que cada vez es más difícil de someter a control con la generalización del uso de Internet, hasta el patrocinio de las asociaciones de pacientes de diferentes patologías, cuyo número crece de manera paralela y a la medida del lanzamiento de productos específicos para cada una de ellas.

Ocurre también con los profesionales responsables de la prescripción del uso de los productos, principalmente los médicos. Como en el caso de la población general y los pacientes, los mecanismos de influencia adoptan expresiones individuales, en forma de incentivos directos cada vez más sofisticados dirigidos a cada profesional; pero también colectivas, mediante el patrocinio de las asociaciones profesionales y científicas y sus actividades, cuyos números tienden a multiplicarse a instancias de las mismas razones señaladas en el caso anterior. En un texto resumido como éste no son necesarios más ejemplos de una situación que es bien conocida para cualquiera que conoce mínimamente el funcionamiento de los servicios sanitarios, y que han dado lugar a sucesos expresivos de los conflictos de intereses subyacentes en distintos países. Quizás sólo merece la pena resaltar que en el ámbito de los profesionales han surgido movimientos organizados en algunos de aquéllos (como No Free Lunch, Healthy Skepticism y otras), también en España (como No Gracias, que está empezando a desarrollarse), que, situados al margen de las organizaciones profesionales habituales, pretenden contrarrestar una influencia que consideran interfiere con la independencia profesional más real.

Esa influencia alcanza también, sin embargo, a los propios organismos reguladores de la producción y la utilización de las tecnologías por los servicios sanitarios en cada país. Puesto que la referencia a la constitución de esos órganos es el objeto de este mismo texto, a los casos y las formas en los que se ha puesto y se pone de manifiesto esta influencia se hace una referencia más amplia en el desarrollo posterior del mismo.

3) La tercera característica común que se pretende resaltar es que los sectores industriales productores de distintas tecnologías sanitarias se caracterizan por el predominio en ellos de enormes (por capitalización y actividad) empresas transnacionales, que disponen de grandes posibilidades de realizar las adaptaciones y transferencias de sus costes internos, las políticas de precios por países, e incluso la distribución de sus productos, que se adaptan mejor a sus intereses globales.

Las ventajas derivadas de esa tendencia a la concentración de las empresas de estos sectores contrastan con las dificultades que afrontan cualquier clase de organizaciones supranacionales (o incluso, los países federales o descentralizados en su propio funcionamiento) para adoptar posiciones comunes en estas materias, en función de los intereses particulares de distinta naturaleza de cada país: no son los mismos los de aquéllos en los que radican (y tributan) las sedes centrales de estas empresas que los de otros que carecen de esa condición; o los de países productores que los de

los que desempeñan ante todo un papel de consumo subordinado, aunque sea a través de filiales locales de las grandes empresas.

**II.II.-** Junto con esas características comunes de estos sectores industriales, hay otras que diferencian a la industria farmacéutica de las productoras de otras tecnologías sanitarias. Tales diferencias se refieren tanto al origen y situación de unas y otras, como a las características de los mercados de unos y otros productos, e incluso a las perspectivas de desarrollo futuro de cada sector.

1) En cuanto al origen, el de la industria farmacéutica está vinculado a la industria química. Esa especificidad hace posible la implantación de la industria farmacéutica en países que carecen de un desarrollo relevante de otros sectores industriales, y facilita con frecuencia la implantación de filiales de las grandes empresas en países de menor desarrollo industrial, o la asociación con, o la absorción por aquéllas, de empresas locales que han adquirido un grado de desarrollo propio independiente, sin romper por ello una tendencia manifiesta a la concentración.

Por su parte, los sectores productores de otras tecnologías sanitarias están claramente vinculados en su origen al desarrollo de otros sectores industriales (los de la electrónica, la física, los nuevos materiales, la computación y otros), siendo las aplicaciones sanitarias unas más de las aplicables a otros sectores industriales o de servicios. Como consecuencia, el desarrollo sanitario de estas tecnologías aplicadas se ha producido con frecuencia en forma de división específica de una gran corporación con actividad y proyección hacia otros campos. Esto, a su vez, ha derivado en que el desarrollo de estas industrias se haya producido sólo en un número limitado de países, de desarrollo industrial avanzado.

2) En cuanto a las características de los mercados de una y otra clase de productos, la industria farmacéutica en general se orienta al consumo intensivo individual, y se basa en una parte muy importante en un sistema de patentes que garantiza la restricción de la competencia en la comercialización de los productos durante un número muy importante de años, no inferior a diez, que con frecuencia se pretende prolongar por diferentes mecanismos.

Ese sistema supone el instrumento, y es a la vez la expresión, de una orientación a la innovación (preferentemente sustitutiva de unos productos por otros, con algunas excepciones como las descritas más arriba en el caso del SIDA) basada en buena parte en la diferenciación de los productos por marca, a la vez que se traduce en una oposición general y casi sin excepciones al desarrollo de los medicamentos genéricos.

Por su parte, las actividades de promoción de los medicamentos por la industria se caracterizan por su dispersión, acorde con la multiplicación de consumidores y prescriptores.

A la vez, es fácil de percibir la oposición general de este sector a los sistemas de compra "colectivos", cuya constitución supone por sí misma una mayor capacidad de obtener mejores condiciones, sobre todo

económicas, en la compra de sus productos por parte de los sistemas u organizaciones que pretenden afrontar de esa forma la relación con los proveedores.

Un ejemplo reciente y explícito de esa posición es la prohibición establecida en los Estados Unidos durante los mandatos del presidente Bush para que Medicare, el sistema público que cubre la atención sanitaria de los jubilados, pueda negociar los precios de los productos farmacéuticos que consume con las compañías correspondientes; una prohibición cuyo mantenimiento fue condición pactada de manera expresa con las empresas farmacéuticas para que éstas no se opusiesen de forma más intensa de lo que lo han hecho a las reformas del sistema sanitario promovidas por el presidente Obama.

Por su parte, las otras empresas incluidas en el ámbito de las tecnologías sanitarias se orientan de manera primordial al consumo colectivo de sus productos, cuyo uso es susceptible de utilización por muchas personas a la vez, sea de forma sucesiva o simultánea, de manera que sólo ese uso múltiple garantiza la amortización de la compra realizada.

En todo caso, se producen diferencias muy importantes por países, o incluso regiones de un mismo país, en la dotación de una misma tecnología. La innovación, sobre todo en tecnologías diagnósticas, es acumulativa, de manera que cada nuevo producto de una determinada línea se viene con frecuencia a sumar en el desarrollo del proceso diagnóstico a la utilización de los productos ya existentes, en vez de sustituirlos.

En el aspecto de los métodos de promoción e introducción de las nuevas tecnologías, las campañas de márketing general son mucho más reducidas, mientras que obran un papel principal los mecanismos de comparación y emulación en relación con la dotación de zonas o regiones próximas y con condiciones políticas o económicas semejantes; como consecuencia, el instrumento clave para el lanzamiento de un nuevo producto suele ser la introducción del mismo en un centro o zona de una misma o paralela red de atención, cuya publicidad se facilita como "noticia" por los medios generales de comunicación, de lo cual cabrían numerosos ejemplos remotos y recientes<sup>29</sup>.

3) Un tercer aspecto diferencial entre la industria farmacéutica y los restantes sectores productores de tecnologías sanitarias se refiere a la importancia económica de una y otros y sus perspectivas de desarrollo futuro.

---

<sup>29</sup> El más próximo al momento de redactar estas líneas, la adquisición por el Hospital de Madrid, un centro privado que aspira y demanda a la vez integrarse en la red de atención pública madrileña, de un robot quirúrgico presentado como paradigma de la mejora de la calidad de esa clase de atención. Es curioso constatar que precisamente esa clase de dispositivo fue objeto de cuestionamiento por razones de coste no compensadas por sus ventajas técnicas añadidas en la revista *New England Journal of Medicine* en agosto de este mismo año (Ver Brabash GI, Glied SA. *New Technology and Health Care Costs- The Case of Robot-Assisted Surgery*. NEJM 2010 (August 19<sup>th</sup>); 363 (8): 701-704). El cuestionamiento realizado en esa publicación, una de las más prestigiosas revistas médicas del mundo, contrasta con la promoción y la publicidad directa de que fue objeto la adquisición del aparato por la clínica citada en medios de comunicación generales españoles.

Al inicio de este texto se ha hecho ya referencia a los superiores niveles de rentabilidad en términos de beneficio por capital invertido que ofrece la industria farmacéutica en relación con cualquier otro sector productivo industrial.

En relación con ello, aunque no sólo por esa razón, se ha calculado que el volumen global del mercado farmacéutico es superior al de las altas tecnologías sanitarias en una proporción de cuatro a uno<sup>30</sup>.

Esa proporción no tiene por el momento tendencia a reducirse, pues aunque el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos por la vía "tradicional" de la síntesis química se está reduciendo notablemente en los últimos años, la industria farmacéutica ha encontrado una nueva línea de desarrollo con la colaboración (y la absorción también a nivel no sólo tecnológico, sino de las propias empresas que se han ido creando de manera independiente) de las biotecnologías, incluida la genética. Una proyección de las nuevas posibilidades en este sector es el desarrollo de la llamada "medicina personalizada" (productos cuya eficacia se adapta a la personalidad genética de cada paciente), que aunque no está exenta de contradicciones potenciales en relación con los intereses de las compañías farmacéuticas<sup>31</sup>, se complementa con el desarrollo por las mismas empresas de los tests genéticos que permiten predecir la sensibilidad individual a cada nueva medicación como nueva línea de producción.

Otro factor que permite prever el mantenimiento como línea de beneficio preferente por parte de la industria farmacéutica es una marcada tendencia en este sector, que ya se ha comentado, a la concentración y fusión entre empresas, como forma de garantizar los niveles de beneficio sobre la base de cuasi-monopolios de hecho y restricción de la competencia. Estas condiciones no son paralelas en el desarrollo de los restantes sectores productivos de tecnologías sanitarias.

### **III. Algunos efectos contradictorios de las nuevas tecnologías sobre los servicios sanitarios.**

Como se indicaba en un trabajo anterior (nota 3 ), la razón de ser de las tecnologías sanitarias es contribuir a la mejora de la salud es un criterio extendido, sobre el que en un primer momento no parecería necesaria más reflexión.

Esta idea general fue, sin embargo, puesta en cuestión por el epidemiólogo McKweon a finales de la década de los setenta del siglo anterior; una puesta en cuestión confirmada en lo sustancial por otros trabajos posteriores en lo que se refiere a la mejoras de la salud de las poblaciones, medidas en términos de reducción de la mortalidad y mejora de la esperanza de vida en

---

<sup>30</sup> Thierry JP. *Technology and the Future of Health System* En: Dang Ha Doan B. (ed.). *The Future of Health and Health Care Systems in the Industrialized Societies*. New York: Praeger, 1988, p. 223-231.

<sup>31</sup> Ver en este sentido el informe del Tufts Center for the Study of Drug Development, *Personalized medicine is playing a growing role in development pipelines*. Tufts CSDD Impact Report Single Issues, Vol. 12. No. 6, November/December 2010.

Accesible en [http://csdd.tufts.edu/reports/description/ir\\_summaries](http://csdd.tufts.edu/reports/description/ir_summaries)

los países más desarrollados antes de 1950, cuyo logro se obtuvo por mejoras generales en las condiciones de vida (vivienda, alimentación, medidas generales de salubridad en las ciudades, todo ello acompañado de la elevación del nivel de ingresos de las poblaciones correspondientes) antes que por la contribución de la tecnología médica disponible, hasta entonces muy limitada.

La fecha señalada marca, sin embargo, de manera más o menos exacta la que se ha señalado al principio como la de inicio del desarrollo más explosivo de las tecnologías médicas. Como consecuencia, a partir de la polémica generada por los planteamientos de McKweon, se han desarrollado nuevas líneas de trabajo dirigidas a valorar la contribución real de las tecnologías médicas a la salud de las poblaciones.

Como era de esperar, esa clase de trabajos se han generado y también inducido en y por los países, principalmente los Estados Unidos, en los que asientan las empresas más potentes de los sectores productores de esta clase de bienes, y con frecuencia como una contribución, inducida y financiada desde los propios sectores (siguiendo la tradición de los *lobbies* norteamericanos), a justificar el incremento de la inversión y el gasto en I+D en estos campos, por otra parte de desarrollo prioritario en el momento actual por razones de interés económico que se han comentado.

Con algunas excepciones puntuales<sup>32</sup>, las dificultades metodológicas debidas a la ausencia de variables bien definidas que representen de forma apropiada todos los factores que hay que controlar si se quiere determinar la contribución marginal a la mejora de la salud de un recurso individual han provocado que la mayoría de los trabajos se concentren en la valoración de la aportación de determinados productos, o incluso de grandes grupos de éstos, como por ejemplo, los medicamentos de manera global, o líneas de producto concretas de ellos.

Las conclusiones con una y otras clases de trabajos distan de ser homogéneas, aunque algunos de ellos apuntan a que el valor añadido del uso de las tecnologías sanitarias se reduce en proporción a su sobreutilización, que se reconoce en muchas clases de productos<sup>33</sup>. Otra clase de trabajos, orientados a analizar las variaciones en la práctica médica, han contribuido a poner de manifiesto que la diferente intensidad del uso de determinadas tecnologías en territorios distintos de un mismo país no tienen relación demostrable con los resultados en salud.

---

<sup>32</sup> Ver, por ejemplo, un trabajo reciente (Suen, RMH. Technological Advance and the Growth in Healthcare Spending. *Economie d'avant garde*. Research Report No. 13. Department of Economics, University of Rochester, 2005. Accesible en <http://d.rpec.org/n?u=RePec:roc:ecavga:13&r=hea>). En él se indica que “*las mejoras en el tratamiento médico y la elevación del nivel de ingresos puede explicar todo el aumento en el gasto sanitario y alrededor del 37% del incremento en la esperanza de vida durante la segunda mitad del siglo XX*” en los Estados Unidos.

<sup>33</sup> Se puede ver, por ejemplo, el informe de 2010 del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS) norteamericano de enero de 2010, *Health, United States, 2009. With Special Feature on Medical Technology*. Accesible en [www.cdc.gov/nchs/hus.htm](http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm). O el informe acerca de la sobreutilización de los servicios de radiología en el mismo país *Addressing Overutilization in Medical Imaging*. Hendee WR. et al., publicado en la revista *Radiology* 257(1): 240-245. Octubre 2010.

En todo caso, el avance y la progresiva difusión de las tecnologías sanitarias, que sigue líneas de innovación autoorientada en la dirección que sirve mejor los intereses de las industrias productoras, no es globalmente dependiente, ni está a la espera de ni vinculado a una justificación razonable del valor añadido de las mismas en términos de su contribución a la mejora salud de las poblaciones. Como consecuencia, la progresiva extensión de su uso tiene algunos efectos colaterales sobre los servicios sanitarios encargados de la prestación de la atención, que son los que se pretenden analizar a continuación. Esos efectos se describen siguiendo tres grandes líneas:

1) El primer efecto es de naturaleza cualitativa: según Webster<sup>34</sup>, *“la diversidad y ubicuidad de las distintas formas de tecnologías, dispositivos y productos médicos deben ser vistos como parte del proceso de medicalización de la salud descrito por muchos sociólogos (como Foucault en 1975, Waldby en 1997 o Turner en 1996), y que Pickstone (2002) ha llamado la llegada de la “medicina de consumo”, en el que la medicina se ha convertido en un bien de consumo que los individuos eligen, habitualmente en mercados libres. Mientras que la medicina fue en un tiempo un terreno acotado del Estado de bienestar y la provisión pública, los procesos mencionados significan la aparición y ampliación (globalizada) de un mercado médico especializado y segmentado. Al mismo tiempo, la ubicuidad de la Medicina y sus distintas proyecciones permite, como dice Lupton (1997), la penetración de la “mirada médica” en la vida diaria de los ciudadanos. El resultado es que esa “medicina vigilante” monitoriza, disciplina y organiza la vida individual y colectiva, sea bajo la forma de los registros electrónicos de los pacientes, los biobancos de ADN, la regulación de la salud pública, la sexualidad, la dieta o la adhesión a estilos de vida saludables. Las tecnologías de screening y los análisis y pruebas médicas son instrumentos clave que hacen posible y aseguran esa labor de vigilancia y supervisión.*

*Al mismo tiempo, la ampliación y apertura de la Medicina y las tecnologías sanitarias más allá de la clínica ha significado que el paciente y el consumidor de cuidados sanitarios puede acceder a, y hasta cierto punto construir, sus propias definiciones de lo que significa estar sano, o su propia narrativa de lo que supone mejorar la salud con el recurso a productos sanitarios personalizados, servicios o dispositivos tecnológicos. Como consecuencia, la Medicina y su significado han pasado a resultar conceptos menos unificados y más diversos.*

*En términos más amplios se puede decir que la situación de salud y enfermedad se está redefiniendo, ya sea por la propia Medicina o por las acciones y criterios de los consumidores sanitarios. A medida que la medicina y sus tecnologías disponibles cada vez más sofisticadas penetran en las profundidades de las patologías, se producen, a veces de manera paradójica, cambios crecientes en la valoración de la severidad o el pronóstico de la enfermedad: ocurre así en el caso del diagnóstico del cáncer o en el de otras enfermedades cuyo desarrollo está en relación con determinantes genéticos multifactoriales. Por otra parte, el tratamiento del*

---

<sup>34</sup> Webster A. (ed.) . *New Technologies in Health Care*. London: Palgrave Macmillan, July 2006, p. 2-3.

*"riesgo" es mucho más complejo que el de una enfermedad bien especificada. A medida que el consumidor sanitario tiene que tratar a la vez que con molestias y dolores con perspectivas de riesgo, el "estar bien" adquiere cada vez más dimensiones y desarrollos temporales diferentes, y significados distintos...*

*Las nociones de normalidad y anormalidad resultan más difíciles de definir (se usa el lenguaje de los "perfiles de riesgo" en vez del de "síntomas") y como consecuencia, es también más difícil de definir lo que debe someterse a vigilancia médica...Pero a medida que el cálculo del riesgo se convierte cada vez más en la norma, evaluar los méritos de utilizar los recursos disponibles de una u otra manera resulta una cuestión cada vez más difícil para los proveedores, se consideren éstos a nivel clínico individual o para la organización de los servicios. La respuesta de las agencias estatales a lo largo y ancho del mundo ha sido reforzar los procedimientos mediante los que se evalúa la prestación de la atención sanitaria, y la introducción de nuevas tecnologías, pero esto se hace a la vez que se traspasa una responsabilidad mucho más amplia a los ciudadanos, convertidos ante todo en consumidores de servicios sanitarios, para determinar, y sobre todo pagar, por sus "necesidades" sanitarias", a cuya delimitación y selección contribuyen supuestamente de manera cada vez más amplia.*

En ese contexto descrito de manera tan amplia, episodios como la "creación" de "nuevas" enfermedades (desde la disfunción eréctil o la disfunción sexual femenina, al síndrome de hiperactividad y déficit de atención de los niños, o el de las "piernas cansadas" que son objeto supuesto de remedio específico por productos de nuevo diseño), que ha sido especialmente analizada por algunos autores<sup>35</sup>, son sólo una expresión más de los cambios cualitativos a los que está conduciendo una determinada (y auto-orientada por las industrias productoras) forma de expansión de las tecnologías sanitarias.

2) Hay un segundo efecto que se ha deducido de la introducción acelerada de las nuevas tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos, y es la aparición de efectos secundarios de las mismas nocivos para los que las consumen o reciben su aplicación.

En el caso de los medicamentos, el que primero desencadenó las alarmas fue el de la talidomida, un producto utilizado como analgésico y antiemético que, consumido por mujeres en el primer trimestre del embarazo, produjo malformaciones fetales manifiestas en un número significativo de mujeres que lo utilizaron.

En relación con esta cuestión hay que hacer dos consideraciones complementarias:

-la primera, que los efectos potencialmente nocivos del uso de ciertas tecnologías por todos los que las utilizan o las consumen, o por grupos

---

<sup>35</sup> Ver, por ejemplo, Moynihan R & Cassels A. *Selling Sickness: How the worlds biggest drug companies are turning us all into patients.* Vancouver: Geystone Books, 2005. También Moynihan R, Mintzes B. *Sex, Lies & Pharmaceuticals: How drug companies plan to profit from Female Sexual Dysfunction.* Crows Nest NSW: Allen & Unwin, 2010.

determinados de entre ellos, o en relación con la frecuencia e intensidad de su uso, no se restringe a los medicamentos, sino que se extiende también a otra clase de tecnologías sanitarias, como, con ejemplos muy diferentes, la radiología diagnóstica en su cada vez más distintas modalidades; el screening genético preimplantacional (esta última realizada con frecuencia desproporcionada en nuestro país respecto a las prácticas en otros países de nuestro entorno, al amparo de una legislación y un control permisivos); los marcapasos (un desfibrilador implantable de la casa Medtronic fue retirado del mercado hace pocos meses, tras haber provocado varias muertes); o algunas prótesis de rodilla (Menaflex), cuya aprobación por la FDA ha sido puesta en cuestión tras observarse, además de ciertos defectos con su uso, diversas irregularidades en su proceso de autorización .

-la segunda, que las medidas de distinta naturaleza que se han ido adoptando para tratar de evitar la aparición de esos efectos nocivos, a las que se hace referencia más adelante, no han impedido que se sigan produciendo hasta la actualidad más cercana episodios en los que se ponen en evidencia tales efectos nocivos, que llevan en ocasiones a la retirada de los productos o la imposición de determinadas cautelas para su utilización. Casos como el del Vioxx (Rofecoxib), un antiinflamatorio no esteroideo de la compañía Merck, que provocaba daños cardiovasculares; el de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, cuyo ensayo clínico con miles de pacientes fue suspendido antes de su culminación por las evidencias surgidas de aumentar el riesgo de cáncer de mama; el del Lipobay, un medicamento para reducir los niveles de colesterol de la casa Bayer, igualmente retirado del mercado tras ponerse de manifiesto que producía destrucción de fibras musculares (rabdomiolisis); el de Avandia, un antidiabético oral de GlaxoSmithKline, retirado en Europa y cuyo uso se ha restringido en los Estados Unidos tras asociarse a episodios coronarios; el de Edronax (Reboxetina), un antidepresivo de Pfizer, en situación inversa al anterior, no autorizado en los Estados Unidos y de uso limitado en Europa tras observarse efectos contradictorios con su indicación, que además habían sido ocultados por el laboratorio durante el proceso de su autorización europea; o, de manera aún más reciente, el del Mediator (Benfluorex), un hipoglucemiante comercializado por el laboratorio Servier en Francia desde 1976, que acaba de ser retirado del mercado tras detectarse que producía daños en las válvulas cardíacas que han provocado, según algunas estimaciones, más de 500 muertes de pacientes y más de 3.500 hospitalizaciones.

Esta capacidad potencial de producir efectos adversos impone la adopción de diferentes cautelas en el uso de las nuevas tecnologías sanitarias, y rompe la imagen unívoca de un progreso sin límites que acompaña de manera habitual su imagen pública.

3) El tercer efecto de las tecnologías sanitarias a considerar es su repercusión sobre el gasto sanitario de los sistemas y países que las aplican.

El gasto creciente de los sistemas sanitarios es un problema común a los de todos los países, más aún en el contexto de la actual crisis económica. Según las valoraciones más amplias, es el factor principal que amenaza la

sostenibilidad de todos ellos, al menos bajo las formas organizativas y con la extensión material y personal de la protección que los hemos conocido hasta ahora.

Que, como he puesto de manifiesto en otros textos<sup>36</sup>, el debate tenga un sesgo economicista en el marco de restricción del gasto público con el que se aborda la solución de la crisis, no quita para que las razones de crecimiento del gasto sanitario deban ser analizadas.

Hasta hace poco tiempo, el lugar común con el que se abordaba (y se solía concluir) ese debate atribuía la razón principal del crecimiento incontenible del gasto sanitario en la mayoría de los países, incluido el nuestro, al envejecimiento de las poblaciones, siendo los mayores de 65 años responsables de un mayor consumo de productos sanitarios, junto con la extensión de la cobertura sanitaria a grupos más amplios de población.

Sin embargo, a lo largo de los últimos años se han cambiado las tornas: en el momento actual, el envejecimiento de las poblaciones ha pasado a reconocerse que desempeña ahora un lugar secundario como factor responsable de crecimiento del gasto sanitario (Cuadro 1. En él, el papel de los restantes factores distintos al envejecimiento de la población, que son los más importantes, incluidos entre ellos la parte de que es responsable la intensidad en la introducción de las nuevas tecnologías sanitarias, están incluidos en las columnas de "efecto de los ingresos" y "residual").

---

<sup>36</sup> Ver Rey del Castillo J. *Cómo sostener el Sistema que queremos sostener*. En: Rodríguez-Vigil JL, Caicoya M. *La Sanidad Pública en Asturias. I: La sostenibilidad del Sistema*. Oviedo: Real Instituto de Estudios Asturianos, 2009, p. 89-129.

## Cuadro 1. Descomposición por factores de crecimiento del gasto sanitario público 1970-2002 en diferentes países de la OCDE<sup>37</sup>.

Table 2.2 Decomposing growth in public health spending <sup>1</sup>, 1970-2002 <sup>2</sup>

	Health spending	Age effect	Income effect <sup>3</sup>	Residual
Australia (1971-2001)	4.0	0.5	1.7	1.7
Austria	4.2	0.2	2.5	1.5
Belgium (1995-2002)	2.9	0.4	2.2	0.6
Canada	3.1	0.6	2.1	0.4
Czech Republic (1993-2002)	2.7	0.4	2.8	-0.4
Denmark (1971-2002)	1.9	0.2	1.6	0.1
Finland	3.4	0.6	2.4	0.5
France	3.9	0.3	1.9	1.6
Germany	3.7	0.3	1.6	1.9
Greece (1987-2002)	3.4	0.4	2.1	0.8
Hungary (1991-2002)	1.5	0.3	2.8	-1.5
Iceland	6.1	0.1	2.7	3.2
Ireland	5.3	0.0	4.4	0.9
Italy (1988-2002)	2.1	0.7	2.2	-0.1
Japan (1970-2001)	4.9	0.6	2.6	1.8
Korea (1982-2002)	10.1	1.4	6.0	2.4
Luxembourg (1975-2002)	4.2	0.0	3.3	0.7
Mexico (1990-2002)	4.5	0.7	1.7	2.4
Netherlands (1972-2002)	3.3	0.4	2.0	0.9
New Zealand	2.9	0.2	1.2	1.4
Norway	5.4	0.1	3.0	2.2
Poland (1990-2002)	3.1	0.5	3.2	-0.6
Portugal	8.0	0.5	2.9	4.4
Slovak Republic (1997-2002)	2.1	0.5	4.2	-1.5
Spain	5.4	0.4	2.4	2.5
Sweden	2.5	0.3	1.6	0.7
Switzerland (1985-2002)	3.8	0.2	0.9	2.9
Turkey (1984-2002)	11.6	0.3	2.1	8.3
United Kingdom	3.8	0.1	2.1	1.5
United States	5.1	0.3	2.1	2.7
<i>Average</i>	<i>4.3</i>	<i>0.4</i>	<i>2.5</i>	<i>1.5</i>

1. Total public health spending per capita.

2. Or the longest overlapping period available.

3. Assuming an income elasticity of health expenditure equal to 1.

Source: OECD Health Database (2004), ENPRI-AGIR and Secrétariat calculations.

Por su parte, desde Newhouse (1992)<sup>38</sup> la práctica totalidad de los estudios que con metodologías diferentes analizan las razones principales de la evolución del gasto sanitario, en especial en los países desarrollados, apuntan como razón principal de su crecimiento en la actualidad a la intensidad en el uso de las nuevas tecnologías sanitarias sin adecuada valoración de su eficiencia, ni de su relación coste-efectividad, lo que convierte el uso de las mismas con esas características en la causa principal de la crisis financiera de todos los sistemas (cuadro 2).

En el caso del texto del que se ha tomado el cuadro 2, la columna en la que se incluye el gasto atribuible al aumento de los "beneficios sanitarios" en cada país en el período analizado (también 1970-2002) es la tercera, cuya cifra resulta de restar el valor de la columna segunda en cada caso, que corresponde al crecimiento no atribuible al incremento de los "beneficios sanitarios", de la primera, que corresponde al crecimiento real en el gasto sanitario total de cada país. Respecto a ese crecimiento de los "beneficios sanitarios", en el mismo texto se indica que "*la literatura de la economía de la salud relaciona el crecimiento en "beneficios" con los costosos productos tecnológicos innovadores*<sup>39</sup>...Desde luego, la tecnología no surge

<sup>37</sup> Tomado de "Projecting OECD Health and Longterm Care Expenditures: What are the main drivers?". OECD Economics Department Working Papers No. 477. Paris, 2006.

<sup>38</sup> Newhouse J. *Medical care costs: How Much Welfare Loss?*. Journal of Economic Perspectives 1992; vol 6(3): 3-21.

<sup>39</sup> En el texto citado el ejemplo expreso que se pone para justificar que el incremento del gasto sanitario se debe a la forma en que se produce la introducción de las nuevas tecnologías es la adquisición de escáneres por los servicios sanitarios españoles. Según los datos que se ofrecen el texto, extraídos de un informe previo de la OCDE, en 1984 España disponía tan sólo de 1,6 escáneres por millón de habitantes, cuando en aquel año los Estados Unidos disponían de 11 aparatos similares por millón de habitantes. En 2001 se

espontáneamente. Por el contrario, se compra, y a un coste considerable. La voluntad por parte de las economías desarrolladas de pagar mayores proporciones de sus ingresos por la tecnología médica avanzada, lo mismo que por las medicaciones del mismo tipo, sugiere que la salud es un "bien de lujo", con una elasticidad con respecto al nivel de ingresos mayor que uno".

**Cuadro 2. Tasa de crecimiento anual del Gasto Público Sanitario en relación con el crecimiento real del PIB en diez países de la OECD1970-2002<sup>40</sup>.**

Country	Real Healthcare Expenditure Growth Rate	Real Healthcare Expenditure Growth Rate Absent Growth in Benefit Levels	Real GDP Growth Rate	Ratio of Healthcare Expenditure Growth Rate to GDP Growth Rate	Ratio of Healthcare Expenditure Growth Rate Absent Growth in Benefit Levels to GDP Growth Rate
Australia	5.61%	1.96%	3.21%	1.75	0.61
Austria	4.23%	0.51%	2.68%	1.58	0.19
Canada	4.28%	1.96%	3.23%	1.32	0.61
Germany	4.62%	1.32%	2.52%	1.83	0.52
Japan	5.50%	1.94%	3.07%	1.79	0.63
Norway	5.82%	0.78%	3.57%	1.63	0.22
Spain	5.79%	1.16%	3.03%	1.91	0.38
Sweden	2.92%	0.57%	2.01%	1.45	0.28
UK	3.91%	0.45%	2.31%	1.69	0.20
US	6.23%	1.61%	3.10%	2.01	0.52
Average	4.89%	1.23%	2.87%	1.70	0.42

Esa relación entre nivel de ingresos en términos de PIB per cápita de cada país y nivel de gasto sanitario viene siendo puesta de manifiesto desde años en diversos trabajos de la OCDE, de manera que es posible definir una recta de regresión que a partir de cierto nivel de ingresos pone en relación el PIB per cápita de un país con su nivel de gasto sanitario.

En el gráfico 3 se representa esa relación para países de la OCDE en 2002, una imagen que se reitera a través de los años, y en la que se pone de manifiesto que los únicos países que se salen de la regla común son los Estados Unidos, cuyo nivel de gasto capitativo en promedio se desvía de

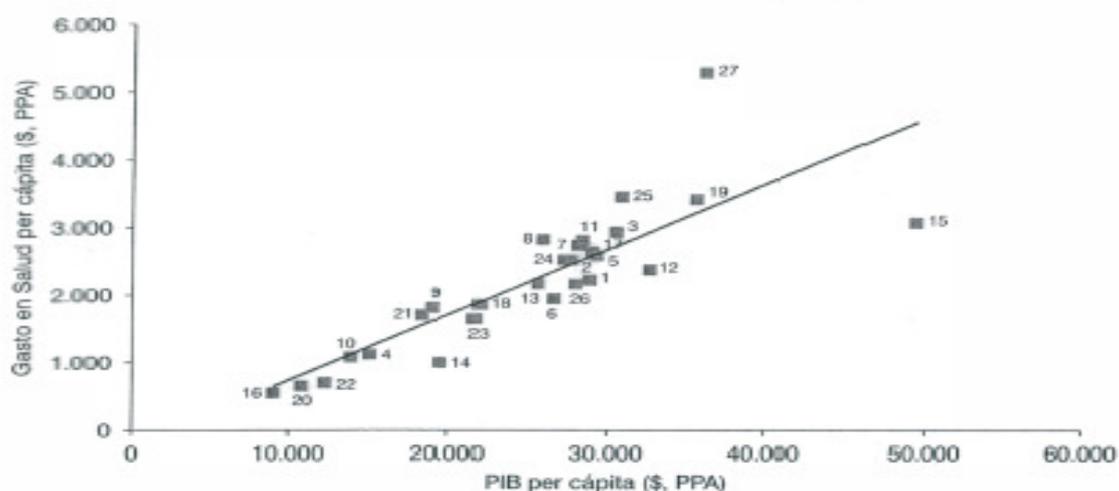
---

alcanzó en España la cifra de 12,3 escáneres por millón de habitantes, mientras en los Estados Unidos la cifra había subido sólo hasta 12,8, casi igual a la existente en España en ese año. A falta de datos más amplios que pudieran justificar una productividad similar del uso de los mismos aparatos en dos sistemas sanitarios tan distintos, el alcance de una cifra similar no parece que se deba interpretar como el alcance de unos estándares de productividad y calidad similares en el uso de dichos aparatos, sino más bien como una muestra de la facilidad, e incluso la voluntad, con la que se ha producido la incorporación de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario español siguiendo, entre otros, patrones de emulación más que de planificación adecuada, secundarios a la descentralización del propio sistema, a los que se ha hecho referencia en el apartado II.2 anterior.

<sup>40</sup> Tomado de Hagist et al. *Who's going broke?. Comparing Healthcare Costs in ten OECD Countries*. NBER Working Paper 11833, December 2005

manera notable hacia arriba del que le correspondería conforme a las cifras de PIB per cápita (a lo que hay que añadir que más de un 15% de su población carece todavía de cualquier clase de cobertura sanitaria que le permita el acceso a las tecnologías que, por el contrario, son utilizadas de manera intensiva, aunque con grandes desigualdades territoriales, por el resto de la población), y Luxemburgo, que en ausencia de servicios sanitarios propios, para lo que recurre a los de los países que le rodean, tiene un gasto en salud muy inferior al que le correspondería según sus cifras de PIB per cápita.

**Gráfico 3. Gasto sanitario per cápita versus PIB en países de la OCDE 2002.**



Fuente:  
OECD (2004).

CLAVE:		
1. Austria	10. Hungría	19. Noruega
2. Bélgica	11. Islandia	20. Polonia
3. Canadá	12. Irlanda	21. Portugal
4. Rep. Checa	13. Italia	22. Rep. Eslovaca
5. Dinamarca	14. Corea	23. España
6. Finlandia	15. Luxemburgo	24. Suecia
7. Francia	16. México	25. Suiza
8. Alemania	17. Holanda	26. Reino Unido
9. Grecia	18. Nueva Zelanda	27. Estados Unidos

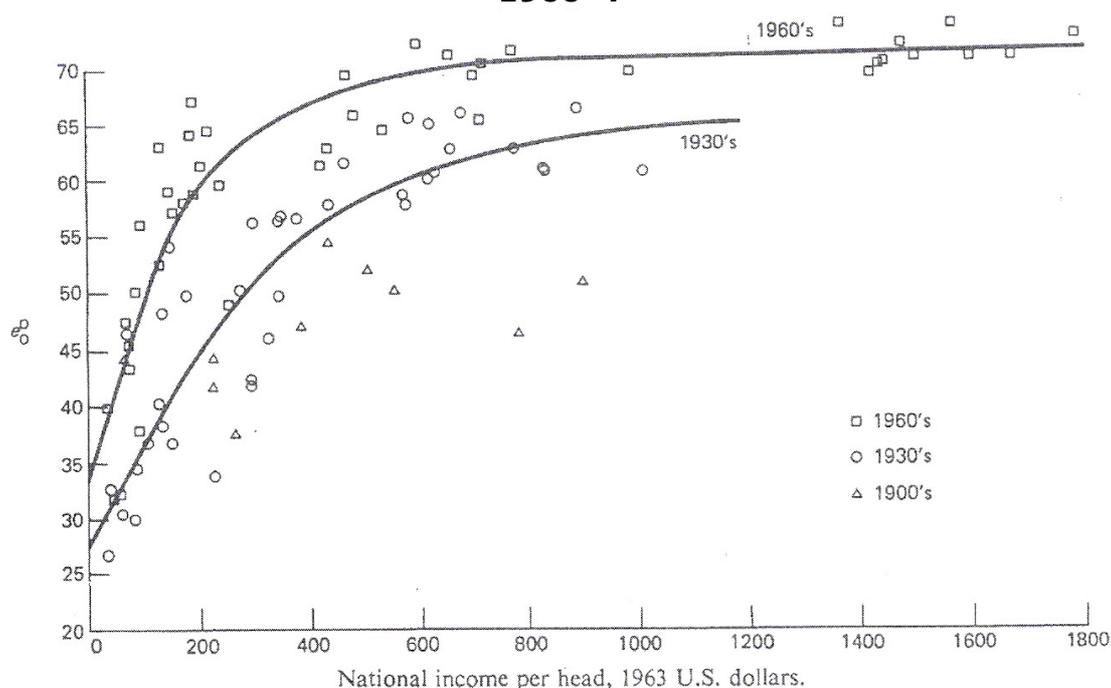
Ese mayor nivel de gasto sanitario a medida que aumenta el nivel de riqueza de un país, atribuible, sobre todo en el caso de los países desarrollados, de manera principal al uso intensivo de las nuevas tecnologías sanitarias, no se corresponde, sin embargo, con una mejora paralela en los resultados obtenidos a medida que aumenta el nivel de recursos dedicados a la sanidad, sino que tales resultados tienen, por el contrario, una relación casi inversa con el nivel de desarrollo (y, por tanto, con el nivel de gasto sanitario) del país en que se emplean.

Esa relación se puede representar mediante una curva que se recoge en el gráfico 4, de pendiente inicial inclinada (con pocos recursos, en paralelo a un bajo nivel de renta, y con poco gasto, se obtienen mejoras importantes en el estado de salud de las poblaciones correspondientes, medido en este caso en términos de esperanza de vida al nacer), mientras que a partir de cierto nivel de riqueza (y, en consecuencia, de recursos empleados en servicios sanitarios), la curva se hace asintótica con la horizontal, poniendo

en evidencia que las mejoras obtenidas en la salud global de la población de esos países, aunque pueda hacerlo la de grupos concretos, es escasa por mucho que se aumente el nivel de gasto sanitario.

El gráfico aportado en este caso tiene además el valor añadido de analizar la forma de esa relación en tres períodos históricos diferentes: en los primeros años del siglo pasado, donde no cabía deducir relación general alguna entre nivel de riqueza y esperanza de vida; en los años 30, cuando, en coincidencia con un desarrollo tecnológico inferior (ya he comentado cuándo y en coincidencia con qué circunstancias se produjo la "explosión" tecnológica) ningún país había alcanzado esa parte asintótica o "plana" de la curva; y, por último, en los años 60 del mismo siglo XX, momento en el que ya había países que habían alcanzado esa situación, que se ha ido extendiendo a más países a medida que se iba elevando su nivel de renta (y con ello de gasto sanitario, conforme a la relación descrita más arriba).

**Gráfico 4. Relación entre esperanza de vida al nacer y promedio nacional de ingresos per cápita en diferentes países en 1900, 1930 y 1960<sup>41</sup>.**



A los factores de demanda señalados hay que añadir que, como se indica en otros textos<sup>42</sup>, desde el punto de vista de la oferta "prácticamente todos los participantes en el mercado de bienes y servicios sanitarios tienen un papel en el desarrollo y la rápida difusión de las tecnologías sanitarias, con frecuencia de coste elevado: los principales usuarios de la tecnología y, en consecuencia, los principales clientes de las industrias innovadoras, no son

<sup>41</sup> Tomado de Preston, SH. *The Changing Relation between Mortality and Economic Development*. Population Studies, Vol. 29, No. 2 (July 1975): 231-248

<sup>42</sup> Dybczak K, Przywara B. *The role of technology in health care expenditure in the EU*. European Commission. Economic Pers 40, February 2010.

*los propios pacientes, sino los hospitales y los médicos; los clínicos se ven con frecuencia envueltos en los procesos de desarrollo y valoración de las nuevas tecnologías; los gestores de hospitales obtienen su recompensa por la adopción rápida de las nuevas tecnologías en un ambiente competitivo; y sobre el público en general ejercen una fuerte influencia las informaciones que se publican sobre los beneficios de las nuevas tecnologías". Nada que no responda a la descripción de las características de estos sectores industriales que se hizo al principio.*

Por otra parte, en un ambiente de competencia entre compañías aseguradoras y colaboración de las aseguradoras privadas en la cobertura pública, situaciones a las que se están de una u otra manera dirigiendo los sistemas sanitarios de diferentes países, aquéllas, a semejanza de lo que ocurre en los Estados Unidos, encuentran oportunidades para la diferenciación de su producto específico en cada caso en la inclusión de nuevas tecnologías concretas en la cobertura que ofrecen. Lo que, por otra parte, llevan en todo caso a cabo en las condiciones que les proporcionen una mayor rentabilidad.

Una posición que en ocasiones, como ha ocurrido en España con los escáneres y la resonancia magnética, o algunos laboratorios, supone asumir el monopolio o una proporción importante de la prestación de determinados servicios en territorios concretos, para ofrecer la cobertura de los mismos a los propios servicios públicos en unas condiciones de control más difícil del uso que se hace de las nuevas tecnologías y, por tanto, del gasto en el que se incurre con ese uso.

#### **IV.- Las medidas dirigidas a paliar los efectos contradictorios de las tecnologías sanitarias.**

En la exposición de este apartado se siguen las líneas generales de descripción de los efectos "contradictorios" de las tecnologías sanitarias que ha sido objeto de exposición en el apartado anterior.

1) Los efectos cualitativos más generales de medicalización y tecnificación de la atención descritos, derivados ante todo de la capacidad de los sectores productivos correspondientes para orientar en el sentido que les es económicamente más favorable la innovación tecnológica, no han tenido hasta ahora contestación posible en la actual situación económica y política del mundo globalizado. En el contexto de un sistema económico que reconoce como base principal el desarrollo y el interés de la iniciativa privada, no se dispone de instrumentos positivos que permitan inducir que la innovación se oriente en el sentido más adecuado a las necesidades de la población, con arreglo a los problemas principales que afectan a su salud, y que a la vez sea más sostenible desde el punto de vista económico.

Incluso si, a la inversa, el problema se plantea en términos de buscar los instrumentos que serían efectivos para estimular el desarrollo de las tecnologías más adecuadas para resolver las necesidades de las poblaciones, las iniciativas, muy limitadas, se han orientado principalmente en el sentido paliativo de la "beneficiencia" a favor de países o poblaciones de menor nivel de desarrollo, afectadas por mayores problemas de salud:

En esa vía cabe incluir las rebajas de los precios de los medicamentos específicos a ciertos países afectados de manera especial por determinadas enfermedades, como es el caso de los tratamientos contra el SIDA en ciertos países africanos. Esas rebajas, logradas tras largas discusiones y la presión de diferentes organizaciones internacionales, muchas de ellas no gubernamentales (ONGs), y como "concesión" por parte de las empresas productoras, pueden ser puestas en cuestión si amenazan, sea vía el desarrollo de un comercio paralelo de los productos rebajados o de otra forma, los beneficios de las empresas productoras.

Pero también se puede incluir la constitución de fondos específicos para el desarrollo de medicamentos o vacunas contra ciertas enfermedades más propias de los países menos desarrollados, cuya dotación económica depende en buena parte de aportaciones (más o menos) filantrópicas de distintos donantes, más que de aportaciones regulares de países o incluso de organizaciones internacionales.

Los problemas financieros permanentes del Fondo Global contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis<sup>43</sup> son un buen ejemplo de las limitaciones económicas de esta forma de aproximación, por otra parte inexcusable a falta de efectividad de otra clase de iniciativas, como las que, con escaso éxito, y apoyo principal por parte de determinadas ONGs, pero contradichas por los países en los que radican las empresas productoras, pretenden poner en cuestión las reglas aplicables al comercio de medicamentos en los acuerdos de la Organización Internacional de Comercio.

Otra clase de limitaciones de este tipo de iniciativas son las derivadas de las interferencias que las actuaciones de esta clase producen con la organización y el funcionamiento de los sistemas sanitarios de los países en los que se aplican<sup>44</sup>.

En todo caso, el problema de iniciativas como las descritas, igual que el que se da para la orientación de la innovación y la inducción del consumo indiscriminado de productos sanitarios en los países más desarrollados, es el mismo que el que se ha puesto de relieve en el abordaje de la actual crisis económica con los agentes financieros a los que llamamos "los mercados": los actores políticos carecen de capacidad de control de los agentes económicos que actúan en este caso en el terreno sanitario, que son los que de esta forma dirigen con arreglo a sus intereses el desarrollo de este sector. Por contra, no disponemos por el momento de instrumentos adecuados para cambiar esa situación.

Algunos medios que podrían utilizarse para tratar de empezar a introducir algunos cambios en la relación entre poderes políticos y agentes económicos productores de las tecnologías sanitarias pasarían por la utilización del poder del que pese a todo disponen los poderes públicos en algunos terrenos:

---

<sup>43</sup> Ver, por ejemplo, *The Global Fund: a bleak future ahead*. Editorial. The Lancet, 2010; 376(16): 1274.

<sup>44</sup> Ver en este sentido *Ten years of the Global Alliance for Vaccines and Immunisation*. Editorial. BMJ 210; 340:c2004

Una parte importante de la investigación básica que da pie al desarrollo de una parte significativa de los productos sanitarios, en especial en el caso de los medicamentos, se lleva a cabo por los institutos públicos de investigación de distintos países, en especial los Estados Unidos, y sus resultados se ceden habitualmente para su utilización en investigación aplicada por el sector privado sin ninguna contrapartida.

El desarrollo de los ensayos clínicos de distintos productos, en especial los medicamentos, requieren, conforme a las regulaciones impuestas en todas partes, del consentimiento individual de los participantes en los mismos, que, en especial en los países europeos, son, sin embargo, reclutados a través de las instituciones públicas en que son atendidos, de cuyos comités de ética requieren también el informe. Ni el criterio de estos últimos, ni el obtenido de los pacientes de manera individual, permiten expresar el criterio colectivo respecto al interés general de los ensayos.

De esa forma de participación, que es colectiva aunque se exprese de manera individual, no se obtiene tampoco compensación alguna para el conjunto del sistema sanitario en el que se llevan a cabo. Se trata de un problema que ha venido tendiendo una expresión extrema en el caso de los ensayos que se llevan a cabo en países en desarrollo para medicamentos cuyo suministro posterior no se garantiza no ya a los países, sino siquiera a las personas que participan en los ensayos, lo que ha provocado algunos cambios en la regulación del desarrollo de los ensayos en esos casos.

Las dificultades mayores para ir introduciendo algunos cambios que pudieran permitir la recuperación de una mejor posición por parte de los poderes públicos en la relación con los productores sanitarios privados estriban en la posición que la mayoría de los gobiernos de los países más industrializados, en los que radican las empresas productoras de tecnologías sanitarias, adoptan a favor de estas últimas, las propias en cada caso, en detrimento de la defensa de los intereses de sus sistemas sanitarios. Una posición que, por otra parte, se justifica como contribución a la competitividad de las empresas "propias" en un marco globalizado y en el que las industrias relacionadas con las tecnologías sanitarias ocupan la posición de desarrollo preferente que ya se ha comentado.

Desde esa perspectiva general de previsible inamovilidad de los mercados de tecnologías sanitarias en un horizonte visible, las medidas dirigidas a contrarrestar otros efectos contradictorios del desarrollo de aquéllas, a las que se hace referencia a continuación, adquieren un carácter tan sólo paliativo de esas situaciones, sin pretender poner en cuestión las características ni las posiciones dominantes de las empresas en estos mercados. Esa perspectiva permite también comprender mejor las limitaciones con las que se han adoptado muchas de esas medidas.

2) Por su propia naturaleza contradictoria con el valor positivo que se quiere otorgar al desarrollo de las tecnologías sanitarias, y porque el problema de la evidencia de posibles efectos nocivos de algunos productos sanitarios surgió muy pronto, sin necesidad de que se produjera un desarrollo tecnológico y de productos muy amplio, la puesta en marcha de mecanismos que permitieran ofrecer garantías de seguridad en el uso de los

productos sanitarios tuvo carácter preferente y se desarrolló antes que ningún otro instrumento de evaluación de aquéllos.

2.a) Los movimientos en el sentido indicado dieron lugar a la puesta en marcha de dos mecanismos distintos, pero interrelacionados:

El primer mecanismo fue la creación de Agencias de Evaluación de Medicamentos, de los que la FDA norteamericana fue el primero y es el más característico, a cuya creación siguió la de agencias estatales en la mayoría de los países desarrollados.

Como sus propias siglas inglesas indican "Food and Drug Administration"), la agencia americana citada, nacida en 1906 bajo otra denominación, y que pasó a adoptar el nombre actual en 1936 en el contexto de la Public Health Service Act aprobada aquel año, no dedica sólo sus actividades a la vigilancia de la seguridad de los medicamentos de distinto tipo, sino también la de los alimentos.

Con el tiempo se ha añadido también la evaluación de la seguridad de otros tipos de productos, de manera que en el momento actual dispone de 5 grandes centros, cuyos ámbitos de actuación se deducen de su denominación (que aquí se presenta en castellano, asociada a sus siglas inglesas). Son los siguientes: Centro de Evaluación Biológica e Investigación (CBER); Centro de Dispositivos y Salud Radiológica (CDRH); Centro de Investigación y Evaluación de Medicamentos (CDER); Centro de Seguridad de Alimentos y Nutrición Aplicada (CFSAN); y Centro de Medicina Veterinaria (CVM).

La separación en centros distintos de la evaluación de cada clase de productos y tecnologías obedece a las diferencias en las características de cada uno de ellos: de los medicamentos se resalta que se trata de productos de vida media corta pero larga presencia de la marca en el mercado, cuyos problemas derivados de su uso no están habitualmente provocados por defectos en el proceso de fabricación; es una situación contraria a la de otros dispositivos sanitarios, cuya seguridad, menos susceptible de valorarse antes de su aplicación en la clínica si no es por comparación con otros productos existentes similares, viene determinada principalmente por el correcto desarrollo de su proceso concreto de fabricación<sup>45</sup>.

Tales diferencias en los productos a evaluar desde los puntos de vista restringidos de su seguridad y eficacia antes de permitir su comercialización y aplicación es probablemente lo que ha llevado a que en otros países, principalmente los del ámbito europeo, no se haya seguido el modelo de un organismo único para la evaluación de los términos indicados de toda clase de productos. Y a que en la mayoría de los países el interés de la constitución de esta clase de organismos, vinculados en su origen en todas partes a los poderes públicos, aunque sea con diferencias en su definición y personalidad jurídica, exponente en todo caso de la "autoridad sanitaria"

---

<sup>45</sup> Una explicación más amplia de estas cuestiones se puede ver en Feigal DW, et al. *Ensuring Safe and Effective Medical Devices*. NEJM 2003; 348(3): 191-192.

que se ejerce con su función de autorización de la comercialización de los productos, se haya centrado sobre todo en la evaluación de los medicamentos.

Por el contrario, para el caso de otras clases de productos y aparatos tecnológicos, en muchos países, como ocurre en España, el proceso de autorización se sitúa al margen de los organismos sanitarios, y tiene sólo el carácter de autorización y registro administrativo para su producción industrial.

En la mayoría de los países se ha producido también el mismo proceso de centrado de la atención en los medicamentos en el desarrollo del segundo instrumento desarrollado al servicio del control de la seguridad de los productos. Se trata en este caso de la regulación progresiva por parte de todos los países de los ensayos clínicos con medicamentos. Una regulación que habitualmente exige la realización de pruebas previas en modelos animales, el posterior traslado a la experimentación de la aplicación de los nuevos productos a grupos seleccionados de sujetos humanos, y la vigilancia posterior del uso de los efectos en la población general sometida a los tratamientos una vez que se ha autorizado la comercialización de los productos para uso humano.

El denominador más común de estas regulaciones es que, además de observar la ausencia de efectos secundarios nocivos, en los ensayos, cuyo análisis se realiza por la agencias de evaluación existentes, sólo se requiere habitualmente comprobar la eficacia del producto en relación con un placebo, sin que para la autorización de un producto nuevo por la mayoría de los países se exija comparar su eficacia con la de alguno ya existente de objetivo terapéutico similar.

La comparación de la eficiencia de cada producto que se somete al proceso de autorización con la de otros productos ya existentes como requisito para obtener el registro y la autorización de su comercialización no es tampoco, mucho menos aún, una exigencia general en esta clase de regulaciones, y ni siquiera se puede citar el ejemplo de un solo país que haya previsto alguna cláusula de esta naturaleza en sus normas de autorización de los medicamentos. El resultado es que, como consecuencia de cualquier clase de límites a la iniciativa privada para desarrollar los productos que mejor respondan a sus intereses, se lanzan continuamente a los diferentes mercados toda clase de productos cuya utilización posterior depende ante todo, como he indicado al principio, de la demostrada capacidad de influencia de los productores sobre todos los agentes que actúan en el circuito que lleva a su consumo final.

2.b) De la observación de la situación y evolución de las actuaciones dirigidas a la evaluación de la seguridad y eficacia de las tecnologías sanitarias que se han reseñado en el apartado anterior, pese a las limitaciones que se han reseñado, se pueden, sin embargo, derivar algunas consideraciones de interés para otra clase de actuaciones, dirigidas a someter a algún control la evolución de los costes derivados de la utilización de las tecnologías sanitarias, aspecto al que se dedica un apartado posterior.

La primera consideración se refiere a que se puede observar una cierta tendencia a la configuración de registros para la autorización y agencias evaluadoras supranacionales, en especial en espacios económicos que actúan como un mercado único de cierta clase de productos, y también al reconocimiento mutuo de las actuaciones de otras agencias de países distintos si pertenecen al mismo espacio común..

El ejemplo más evidente de esta tendencia es la creación en 1995 de la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos, junto con la aprobación de ciertos procedimientos de reconocimiento mutuo en el sentido indicado en el ámbito del mismo espacio europeo común. El sometimiento de la autorización de determinados medicamentos a la Agencia Europea se limita por ahora de manera obligada a los productos biotecnológicos, pero con los procedimientos complementarios de reconocimiento mutuo mencionados se ha abierto la puerta a la necesidad de repetir procesos semejantes en cada país en que se pretenda comercializar un producto.

Una segunda tendencia observable es a fomentar la constitución de los organismos evaluadores como "agencias" u organizaciones autónomas independientes del poder político en cada caso, fomentando a la vez su exclusión de los presupuestos públicos correspondientes y el establecimiento de mecanismos de autofinanciación basados en la actividad que desarrollen, y el pago de sus actuaciones por "los clientes" que acuden a obtener la evaluación y el registro de sus productos. Aunque en este caso se trata de un mecanismo desarrollado en diferente grado en países distintos, la Agencia Europea fue la primera en marcar el rumbo a seguir en esa dirección. (Lo que se complementa con la frecuencia y la facilidad del intercambio de profesionales entre la Agencia y la industria del sector).

Un efecto innegable de esas dos tendencias combinadas es el de facilitar la elección de agencia evaluadora por los productores de las tecnologías, sobre todo los medicamentos, sometidos a los procesos correspondientes de evaluación y autorización.

En las decisiones de elección se puede esperar que una de las razones que guíen aquélla sea la rapidez en la respuesta a la evaluación solicitada, que es muy diferente de unas a otras de las agencias existentes. Pero no se puede excluir que en los motivos de la elección se incluya también la valoración de la actividad de las propias agencias en términos de facilidad o frecuencia de emisión de valoraciones favorables. Ambos criterios pueden servir de vías para poner en cuestión el rigor de las evaluaciones que se realicen en esas condiciones, determinantes de la viabilidad económica de cada agencia, atendiendo de esa forma de manera prioritaria los intereses de las empresas productoras de los medicamentos sometidos a evaluación.

Que esos intereses se centran ante todo en poner cada producto en el mercado no es discutible: por la industria farmacéutica se pone repetidamente de manifiesto el coste que supone el retraso en la autorización y lanzamiento comercial de un producto: en un trabajo

reciente<sup>46</sup> se estima que cada seis meses de retraso en el lanzamiento de un producto puede suponer una pérdida, valorada en coste de capital (Net Present Value, NPV) de 100 millones de dólares, o una reducción de 0,5 puntos en beneficios sobre capital invertido (tasa interna de retorno, "internal rate of return", IRR).

Ese interés prioritario por parte de las industrias productoras se pone también de manifiesto en las repetidas sugerencias que realizan en todas partes para acelerar la actuación de los Comités de Ética de Investigación Clínica, que son las entidades creadas en los centros sanitarios de todos los países para aprobar y hacer el seguimiento más directo de los ensayos clínicos. Esta presión ha hecho cambiar el objetivo principal de esos Comités, que comenzó siendo la defensa de los derechos de los participantes en los ensayos, para reconvertirlo en la gestión rápida de éstos, que condiciona también la selección de los centros en los que desarrollar los ensayos<sup>47</sup>.

Por su parte, las empresas farmacéuticas desarrollan estrategias dirigidas de manera expresa a incentivar el funcionamiento rápido de los comités en la valoración de los ensayos. Hay algunas publicaciones<sup>48</sup> especializadas en prestar asesoramiento sobre las formas de lograr esos resultados, los procedimientos e incentivos para lograr una adecuada selección de participantes en los ensayos, y cualquier otro detalle en el desarrollo de éstos que pueda contribuir a su más rápida realización y presentación de sus resultados para acelerar los registros de medicamentos.

El conjunto de situaciones y tendencias descritas constituyen una buena expresión de que la posición dominante de las industrias productoras de tecnologías sanitarias sobre los poderes públicos que deberían controlar y regular su desarrollo busca también formas de expresarse en los mecanismos puestos en marcha para realizar su evaluación, aún en los aspectos más básicos de la misma, los relativos a la seguridad y eficacia de los productos.

Entre los peligros que encierra esa situación se encuentra que disminuya el rigor de las evaluaciones realizadas, con efectos de extensión de situaciones como las que se han descrito más arriba, en las que se han detectado efectos nocivos de algunos medicamentos después de su comercialización, que han obligado a su retirada, un proceso siempre complejo y difícil de llevar a cabo, o a cambios en sus patrones de uso y distribución, y a procesos compensadores de los daños causados, en muchos casos difíciles o imposibles de resarcir.

Esas situaciones tienen además repercusiones importantes no sólo sobre la imagen pública de las empresas, sino en ocasiones incluso sobre su situación financiera, por las indemnizaciones que se ven obligadas a pagar

---

<sup>46</sup> David E, Tramontin T y Zimmel R. (2009)., *Pharmaceutical R&D: the road to positive returns*. Nature Reviews/ Drug Discovery, 8 (August): 609-610.

<sup>47</sup> Ver, por ejemplo, Instituto Roche. (2009). *Controles éticos en la actividad biomédica*. Madrid, Instituto Roche, octubre 2009. Accesible en [www.institutoroche.es](http://www.institutoroche.es) .

<sup>48</sup> Ver, por ejemplo, Cutting Edge Information, cuyos informes, todos ellos de precio elevado, son accesibles en [www.cuttingedgeinfo.com](http://www.cuttingedgeinfo.com) ;

por los daños causados, que pueden llevar a la desaparición de alguna de ellas, o su absorción por otras, lo que ha ocurrido ya en alguna ocasión.

3) Los efectos de la difusión de las tecnologías sanitarias sobre el aumento del gasto de los servicios que las aplican, de cuyo crecimiento son el determinante principal en el momento actual, han provocado por parte de aquéllos dos clases de respuestas generales que desde un punto de vista cualitativo son similares a las que se han descrito en el caso anterior: de un lado se ha producido una respuesta institucional, consistente en la creación de órganos de distinta naturaleza constituídos para llevar a cabo la evaluación de la eficiencia del gasto en el que se incurre con la adopción de las nuevas tecnologías; de otro, se ha ido creando una metodología para llevar a cabo las evaluaciones mencionadas.

3.a) Desde el punto de vista de la creación de entidades dedicadas a la evaluación de la eficiencia de la innovación tecnológica, la de la primera de esa clase de entidades tuvo también lugar en los Estados Unidos, donde a mediados de los años 70 del siglo anterior se creó la OTA (Office of Technology Assessment), que tras su primer informe, publicado en 1976, acuñó en 1982 la definición de tecnologías sanitarias con la que se ha abierto esta exposición.

La Oficina, constituida de manera independiente a la FDA, orientó su actividad principal de manera original respecto a ésta al análisis del coste-efectividad de una y otra clase de tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos, sin dejar por eso de lado los aspectos de la seguridad y la eficacia de los mismos. Además de ese nuevo enfoque económico de la evaluación, otro aspecto diferencial con la actividad de la FDA es que sus trabajos, lo mismo que los de las entidades creadas después en otros países, no se centraron en productos que estuviesen pendientes de recibir la autorización correspondiente para su comercialización, sino, por el contrario, en el de productos ya lanzados al mercado y en uso por los servicios sanitarios, centrando su interés en unos u otros según su coste individual o colectivo, y elaborando también propuestas dirigidas a considerar qué sectores o áreas de la actividad sanitaria se podrían beneficiar más de esa clase de evaluación.

La primera extensión de esta clase de iniciativas, con cierta demora en el tiempo, se produjo con la creación en Suecia a finales de los años 80 siguientes del denominado Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU según las siglas en su idioma). Según el texto del que se ha tomado esta descripción<sup>49</sup>, a partir de finales de los años 80, y durante las dos décadas siguientes, la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (HTA según sus siglas inglesas) "se difundió a casi todos los países europeos, y después a algunos de los países más ricos de Europa Central, América

---

<sup>49</sup> Banta D, Jonsson E. *History of HTA: Introduction*. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2009; 25: Supplement 1: 1-6. El suplemento completo contiene una descripción del origen y la situación de la evaluación de las tecnologías sanitarias en hasta 34 países, regiones y zonas del mundo diferentes, además de la explicación de otros desarrollos llevados a cabo en este campo, como la creación de revistas, bases de datos y otras actividades que han ido sirviendo de soporte a la homogeneización y mejora de los métodos que dan pie a esta clase de evaluaciones, a cuyas características se hace referencia a continuación.

*Latina y Asia*”, un patrón coincidente con las áreas geográficas donde el gasto sanitario es más elevado.

La línea seguida por la OTA norteamericana en su actividad y en su propia constitución como organismo asesor marcó también los desarrollos posteriores de los organismos similares creados en otros países. Aún manteniendo el carácter público peculiar y propio de los países de tradición anglosajona, el denominador común de esta clase de entidades en todos los países es que como tales organismos asesores no suelen tener relación directa con los servicios sanitarios de cada país, de manera que sus informes se utilizan de manera discrecional por aquéllos, según el grado de vinculación con las propuestas que quieren hacer efectivas las autoridades sanitarias responsables de los servicios<sup>50</sup>. En relación con ello, son también variables de unos u otros países los grados de libertad en la elección de las materias a examinar por parte de estas entidades.

En el caso de la OTA americana, se trataba de una entidad creada formalmente al servicio del Congreso norteamericano, no al del público en general ni al de la rama ejecutiva del Gobierno. El propio Congreso creó a principios de los años 80 otro órgano, el Centro Nacional para la Tecnología Sanitaria (National Center for Health Care Technology, NCHCT), que sólo existió durante dos años, desde 1980 a 1982, durante los cuales utilizó los informes y propuestas elaborados por la OTA para asesorar al programa Medicare, que cubre la atención sanitaria de los jubilados de aquel país, en la selección de los productos, servicios y tecnologías a incluir en la cobertura ofrecida por el programa. Por razones que se indican más adelante, la OTA fue suprimida en 1995, siendo sustituida en su papel puramente asesor por el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de aquel país.

La azorosa vida institucional de la evaluación de las tecnologías sanitarias en los Estados Unidos, que fueron su lugar de origen, y donde en la actualidad carece de una representación institucionalizada permanente, supone un buen indicio de los problemas que esta clase de entidades han tenido y siguen teniendo en muchos países.

El apoyo político a su desarrollo institucional ha sido y es variable en muchos de ellos<sup>51</sup>, incluso en las condiciones de necesidad de esta clase de evaluaciones que supone el gasto sanitario creciente que pone en cuestión la sostenibilidad de muchos sistemas sanitarios, que, como he argumentado previamente, se debe en buena parte en el momento actual a la introducción y el uso de las diferentes tecnologías sanitarias.

En todo caso, en cuanto a las formas de actuación de este tipo de “agencias” se ha movido entre dos modelos polares: en la mayoría de los países las entidades correspondientes se han limitado a elaborar con mayor

---

<sup>50</sup> Sobre la caracterización de este problema como una cuestión general que se puede observar en todos los países donde se han puesto en marcha de una u otra forma instrumentos institucionales para llevar a cabo la evaluación de las tecnologías sanitarias se puede ver McDaid D. *Breaking down the barriers: linking knowledge production and decision-making*. EuroObserver 2003; 5(4): 6-7.

<sup>51</sup> Ver Mestre-Ferrándiz J. *Use of health technology assessment in selected countries. What are the key issues and trends going forward?*. Revista de Economía de la Salud 6(4): 206-211.

o menor grado de precisión análisis comparados de la efectividad y la eficiencia de determinados productos con los de otros existentes en cada mercado, aplicando los métodos de evaluación a los que se hace referencia más abajo.

Sólo hay un caso en el que esa labor se ha complementado con otra que parecería imprescindible si se tiene en cuenta que la mayoría de los análisis se refieren a productos que ya están autorizados y que, por tanto, en la mayoría de los casos ya están siendo utilizados. Esa excepción, es el NICE (National Institute of Clinical Excellence) inglés, que empezó a funcionar como "quango" (organismo autónomo no gubernamental, uno más de los creados por el Gobierno laborista de Tony Blair, cuya continuidad ha sido puesta en cuestión por el nuevo gobierno conservador) en 1999.

Además de realizar estudios del tipo indicado, que son utilizados por el NHS para incluir o no en su panel de prestaciones determinados productos, el NICE ha venido centrando una parte complementaria de su labor en la elaboración de protocolos o guías clínicas para el uso de determinados productos, medicamentos u otras tecnologías, en el propio Servicio Nacional de Salud inglés, o para el abordaje preferente con unos u otros medios de determinadas patologías según las condiciones clínicas de los casos.

Tales guías son de aplicación obligada en el ámbito del NHS en unos plazos determinados una vez han sido aprobadas<sup>52</sup>. Que sus propuestas hayan sido contestadas en ocasiones desde algunos medios profesionales no quita para considerar la utilidad de esa actuación en términos de un uso más coste-efectivo de las tecnologías correspondientes y de la elección de la forma de tratamiento más adecuada para cada grupo de casos.

Probablemente no es casual que en el país en el que se ha puesto de manifiesto un mayor interés en la puesta en marcha de instrumentos de evaluación tecnológica que permitan contribuir al mejor uso de las tecnologías desde el punto de vista de su coste-efectividad coincida también en ser uno de los primeros en tomar la iniciativa de poner en marcha sistemas de compra de productos por su servicio sanitario orientados a mejorar el control del gasto en este campo.

Una de las vías para ello es hacer asumir a las empresas productoras el coste de la compra de los productos, o al menos una parte de él, si en un plazo determinado no justifican el valor añadido en términos de mejoras de los resultados, en salud y costes, obtenidos con determinados productos con respecto a los que ya existían cuando se introdujo el nuevo producto en el mercado. Se trata de los llamados "contratos de riesgo compartido"<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Sobre los procedimientos de actuación del NICE para la elaboración de esas guías, que mediante procedimientos de consulta pública garantizan la participación en su elaboración incluso de los grupos de ciudadanos interesados se puede ver en Bravo Y. *La evaluación de tecnologías sanitarias en el Reino Unido: situando al NICE en su contexto*. Revista de Economía de la Salud 5(5): 266-271.

<sup>53</sup> Sobre este tipo de contratos se puede ver Puig-Junoy J., Meneu R. *Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos*. Gestión Clínica y sanitaria, 2005; 7(3): 88-94. Una explicación de la aplicación concreta de este tipo de contratos por el NHS se puede ver en Jack A. *No Cure, No Cost*. BMJ 2007; 335 (July 21th) : 122-123. Se trata de un sistema de contrato no exento de problemas en su aplicación, de cuyo posible valor de cara a contribuir a controlar el gasto derivado de la

Otra vía que puede contribuir a controlar el gasto en este campo es la de sistemas de compras centralizados por parte de los sistemas sanitarios correspondientes, mediante el que oponer al poder monopólico que ejercen las empresas en este campo el "poder de compra" de las economías de escala que pueden facilitar los sistemas de compra integrados, aún en países de gestión sanitaria federal o descentralizada.

Sin embargo, cuando se dan esas últimas circunstancias es muy frecuente que se diversifiquen y multipliquen no sólo los sistemas de compras, sino incluso la creación de agencias u otras entidades de evaluación de las tecnologías sanitarias<sup>54</sup>. Cuando eso ocurre como expresión de la prioridad de la utilización política de las compras como manifestación del poder económico que se ejerce en un territorio determinado, por encima de la mayor eficiencia en el gasto sanitario que se puede obtener de sistemas integrados de evaluación y de compras, los resultados previsibles son la ruptura de las ventajas derivadas de las economías de escala posibles y el aumento del gasto.

Un último aspecto a considerar en la constitución de entidades de una u otra naturaleza en diferentes países dedicadas a la evaluación de tecnologías es la influencia que pretenden ejercer sobre las mismas también en este caso las empresas de los sectores industriales cuyos productos son los que se someten a la evaluación de aquéllas. Como en el caso de las entidades dedicadas a la valoración de la seguridad y eficacia de los productos de manera previa a su autorización, esta clase de empresas aspira a ejercer su influencia sobre las entidades dedicadas a la evaluación de las tecnologías por vías directas e indirectas.

De las primeras pueden servir de ejemplo las peticiones de la OMS al NICE inglés en 2003 para que aclarase sus relaciones de soporte financiero con la industria ante determinadas recomendaciones que había elaborado que favorecerían los intereses de determinadas empresas<sup>55</sup>.

De las segundas, el soporte financiero y, en consecuencia, la orientación y el control efectivo que otras empresas ejercen sobre las bases de datos de Medicina Basada en la Evidencia (que realizan búsquedas bibliográficas exhaustivas y revisiones sistemáticas de cuanto se publica sobre determinadas materias, lo que facilita la elaboración de estudios agregados y conclusiones que orientan las pautas a seguir en el abordaje de diferentes enfermedades y situaciones y la utilización en ellas de las tecnologías médicas), que sirven de soporte al trabajo de las agencias de evaluación. La

---

incorporación de productos cuya eficacia se puede poner en cuestión puede ser una buena referencia la rapidez con la que se difunden esos problemas ante el público (ver, por ejemplo, Puig-Junoy J. *Falta de resultados en la evaluación del riesgo compartido en esclerosis múltiple*. Diario Médico, 26 de enero de 2010, p. 21, col. 1-5), que no debería eximir de intentar resolver esos problemas y avanzar en una aplicación razonable del procedimiento

<sup>54</sup> Ver Bravo Y. *Regional Health Technology Assessment Agencies in Spain: How many are too many?*. Revista de Economía de la Salud 6(5): 272-277.

<sup>55</sup> Ver Kmietowicz Z. *NICE is told to break links with drug industry*. BMJ 2003; 327:637. Ó también McLellan F. *WHO review committee makes NICE recommendations*. The Lancet 2003; 362:966.

más conocida de esas bases de datos es la llamada "Colaboración Cochrane", que tampoco se ha librado de esa influencia<sup>56</sup> .

3.b) En cuanto a la metodología de trabajo de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias, se trata de una disciplina que, desarrollada a partir de los ámbitos de la Economía de la salud, se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo, sin que pueda considerarse una materia cerrada que permita utilizar un mismo modelo de estudios comparables a cualquier situación.

El objetivo global se puede definir en términos de comparación de los resultados de las intervenciones a evaluar sobre el estado de salud de los individuos afectados con el impacto de la intervención sobre el consumo de recursos económicos correspondiente a esas mismas intervenciones sometidas a evaluación. Pero eso puede dar lugar a estudios de tipos muy diferentes (de minimización de costes; de coste-efectividad; de coste-utilidad; o de coste-beneficio), cuyas diferencias exceden con mucho las posibilidades de explicación en un texto como éste.

De cualquier forma, los análisis que se pueden llevar a cabo dependen en buena parte de la información sanitaria y económica disponible en cada caso, lo que, como se puede fácilmente comprender, varía notablemente de unos a otros países, e incluso dentro de cada país de unos u otros procedimientos o productos a evaluar. Como consecuencia, es difícil llegar siquiera a alcanzar una cierta estandarización de los procedimientos de evaluación a desarrollar incluso dentro de cada país.

De la dificultad de esta tarea puede dar idea que una primera propuesta muy general de estandarización de condiciones y procedimientos a seguir en España para la evaluación económica de tecnologías sanitarias, resultado de un grupo de trabajo con participación pública y privada, incluyendo la de diferentes empresas de los sectores implicados promovido por el Ministerio de Sanidad y hecha pública en fecha muy reciente<sup>57</sup>.

Otros países de menor desarrollo económico recurren a la experiencia de países más desarrollados para ir creando sus sistemas y procedimientos de evaluación<sup>58</sup>, lo que conlleva las dificultades añadidas derivadas de la diferente disponibilidad por parte de unos y otros de sistemas y niveles de información, tanto económica como sanitaria.

A la dificultad de desarrollar esta clase de sistemas de evaluación contribuye también la dificultad de comprensión de los resultados de las evaluaciones realizadas, y de las consecuencias que se pueden derivar de las mismas, no sólo por la población en general, sino incluso por buena parte de los responsables políticos y los gestores de los servicios sanitarios.

---

<sup>56</sup> Ver Moynihan R. Cochrane launches global consultation on drug company sponsorship. *BMJ* 2003; 327: 1068.

<sup>57</sup> Ver López-Bastida et al. *Spanish recommendations on economic evaluation of health technologies*. *Eur. J. Health Econ.* 2010; 11: 513-520

<sup>58</sup> Ver Ooortwijn W, Mathijssen J, Banta D. *The role of health technology assessment on pharmaceutical reimbursement in selected middle-income countries*. *Health Policy* 2010; 95: 174-184.

En la línea de encontrar instrumentos que puedan facilitar una visión dotada de una cierta objetividad de los resultados obtenidos en las evaluaciones, quizás el instrumento más relevante fue el diseño del concepto de "años de vida ajustados por calidad" (QALYs), que ha evolucionado y sufrido distintas modificaciones metodológicas que han dado lugar a otros conceptos posteriores equivalentes, y su comparación con el coste del logro de cada año de vida añadido con cada una de las tecnologías sometidas a evaluación.

El cálculo requiere de una amplia información disponible, que sólo lo está en algunos países. En uno de ellos, también el Reino Unido en este caso, se estableció como criterio estándar la aceptación por el NHS de aquellas nuevas tecnologías cuyo coste por año de vida añadido no superase las 30.000 Libras. En otros países, como principalmente los Estados Unidos, o Francia, como se indica a continuación, hay un rechazo explícito (incluso legal) a utilizar criterios expresos como los citados, y hasta a establecer la comparación entre tecnologías distintas en esos términos.

Otro tipo de problemas metodológicas que afectan a la evaluación de tecnologías sanitarias es la dificultad que supone que lo que se compara habitualmente es la relación coste-beneficio o coste-efectividad de unas tecnologías con otras en el uso individual de cada una de ellas, lo que puede incluso variar de unos a otros grupos de personas según diferentes características o situaciones, pero que de esas comparaciones no se deriva necesariamente una conclusión en cuanto al uso y la distribución colectiva de los recursos más adecuada a realizar por los servicios de salud<sup>59</sup>.

A su vez, si lo que se evalúa es qué combinación de técnicas puede resultar más coste-efectiva o beneficiosa, y como consecuencia de la misma se excluye de manera general el uso de ciertas tecnologías por la aplicación de criterios fijos como los que se han mencionado, ello puede dar lugar a las demandas de grupos de pacientes que se podría ver beneficiados también en términos coste-efectivos del uso de algunas de ellas.

3.c) Una panorámica real del desarrollo de la evaluación de las tecnologías sanitarias en diferentes países tiene que considerar que las dificultades para su desarrollo no derivan sólo ni ante todo de los problemas estructurales y organizativos que se han apuntado, ni tampoco de las debilidades teóricas y metodológicas propias de una disciplina y actividad de desarrollo reciente. Por el contrario, se trata de subrayar aquí que una parte importante de esas dificultades deriva de los valores que subyacen a una y otra clase de servicios sanitarios, desarrollados de manera distinta en diferentes países.

La mejor expresión de esta afirmación son los Estados Unidos, un país que, como se repite con frecuencia, se caracteriza por disponer de cobertura pública sanitaria tan sólo para determinados grupos de población (Medicare para los jubilados; Medicaid para la población de bajos ingresos; una organización específica para los veteranos del ejército), que sigue dejando sin cobertura alguna a más del 15% de su población, y que cubre al resto mediante el recurso al aseguramiento privado (de más de 4.000

---

<sup>59</sup> Ver Weinstein MC, Skinner JA. *Comparative Effectiveness and Health Care Spending- Implications for Reform*. New Engl. J. Med. 2010; 362 (5): 460-465.

compañías aseguradoras existentes en aquel país) en la mayoría de los casos concertado por las empresas para sus trabajadores, y que cambia con el cambio de puesto de trabajo.

Esa situación, que no es puesta en cuestión por una parte importante de la población de ese país, que concibe el derecho a la protección sanitaria como accesible para aquel que puede pagarla, es la que ha sido puesta en cuestión por la reforma que el presidente Obama consiguió que se aprobara finalmente en marzo de este año. Mediante ella se pretende extender, aunque con una demora de cuatro años, hasta el 2014, la cobertura sanitaria a 30 de los más de 45 millones de norteamericanos.

Una de las razones para emprenderla, una tarea que ha tenido un elevado coste político para el presidente, como han puesto de relieve las elecciones parciales al Congreso y a los Gobiernos de los Estados realizadas hace pocos días, era la de los costes crecientes sin control del sistema americano, que se han comentado antes, que se asienta principalmente, como se ha descrito antes y numerosos estudios han subrayado durante el debate, en el consumo intensivo, poco eficaz y menos eficiente, que se hace de las tecnologías sanitarias más novedosas por grupos limitados pero significativos (los más ricos) de la población.

En relación con esa razón de crecimiento del gasto sanitario en aquel país, una de las medidas que se trataron de introducir para controlarlo fue la de someter a su vez a control la introducción de las nuevas tecnologías en el mercado americano mediante la evaluación económica previa a su incorporación a éste de las nuevas tecnologías.

Por el contrario, la aprobación limitada de la reforma que se ha logrado ha precisado la aprobación de una cláusula concreta (The Patient Protection and Affordable Care Act PL 111-148. 3-23-2010) que prohíbe de manera expresa al Instituto de Investigación de Resultados Centrados en el Paciente (Patient-Centered Outcomes Research Institute, PCORI), creado en la misma Ley, *“desarrollar o emplear estudios en dólares de QALYs (o medidas similares que introduzcan descuentos en el valor de la vida en función de discapacidades individuales) que puedan utilizarse como umbral para establecer qué tipo de atención sanitaria es coste-efectivo o recomendado. El Secretario (de Sanidad) no utilizará ningún estudio de QALYs (o medidas similares) como umbral para determinar la cobertura, reembolso, o programas de incentivos desarrollados bajo el título XVIII”*.

El argumento con el que se introdujo esa cláusula fue el de evitar *“comités de muerte”* que pudieran recomendar la restricción de algunas prestaciones a pacientes ancianos, que pusieran de alguna manera recomendar la limitación del uso de determinadas tecnologías en pacientes en que su uso no resultase coste-efectivo<sup>60</sup>.

La idea de restringir el uso individual de cualquier recurso con carácter general en función de criterios colectivos, distintos a la capacidad

---

<sup>60</sup> Ver Neumann PJ, Weinstein MC. *Legislating against Use of Cost-Effectiveness Information*. NEJM 2010; 363 (16): 1495-1497.

económica de cada cual, no pudo ser superada en éste (como en otros) caso. A ello contribuyó también el enraizamiento que parece existir en el pueblo americano de una posición contraria a la ampliación de la actuación del gobierno (en especial del Gobierno federal) en terrenos que se consideran propios de la libertad (económica) individual. Una posición que se ha encargado de promover hasta los extremos más incomprensibles desde la orilla europea el Partido Republicano.

Lo que esas posiciones netamente sesgadas a favor de los más ricos (y de las empresas productoras), y de la consideración de la atención y las tecnologías sanitarias como un bien de consumo "de lujo", no evitaron fue la constitución de un Comité independiente (Independent Payment Advisory Board) para asesorar y recomendar el uso más coste efectivo de las nuevas tecnologías en el ámbito público de Medicare<sup>61</sup>, cuyos criterios, en consecuencia, resultarán tan sólo de aplicación a los grupos de población jubilada de recursos económicos más limitados.

Evitar una excesiva extensión de este texto me obliga a no hacer una descripción más amplia de cómo las normas francesas en materia de Seguridad Social de 1945 han dificultado en Francia hasta hace muy poco tiempo, con un sentido contrario al norteamericano (aquí se trata de no limitar por razones económicas, y con el sentido igualitario que supone el sistema de Seguridad Social, cualquier prestación que pueda ser eficaz para cualquier paciente individual), desarrollar allí evaluaciones económicas de cualquier clase de tecnologías en paralelo a las de la eficacia de los productos que pudieran suponer un impedimento al reembolso de la prestación por razones de precio de los productos o servicios.

Esa situación ha cambiado de manera reciente, con la creación por la Alta Autoridad Sanitaria (HAS) de aquel país, que regula las prestaciones sanitarias en el ámbito de la Seguridad Social citado, de una Comisión para la Evaluación Económica y de Salud Pública (CEESP). Ésta, compuesta por 26 miembros de diferentes áreas de conocimiento y dos representantes de asociaciones de pacientes, ha comenzado a ejercer sus funciones con la evaluación y recomendación de uso de productos concretos (estatinas en casos diversos de hipercolesterolemia)<sup>62</sup>.

3.4) La descripción de la situación de la evaluación de las tecnologías en España, que ha sido realizada en algunas de las publicaciones citadas previamente por diversos autores<sup>63</sup> puede resumirse atendiendo a tres aspectos que han sido tocados a lo largo de los apartados anteriores.

En primer lugar, la existencia en la actualidad, en el contexto de un Estado descentralizado como es el español, de 8 agencias de evaluación de tecnologías o entidades con funciones similares, que corresponden a una

---

<sup>61</sup> Ver Stoltzfus T. *The Independent Advisory Board*. NEJM 2010;

<sup>62</sup> Ver de Pouvourville G. *A French approach to cost-effectiveness analysis?*. Eur. J. Health Econ. 2010; 11: 521-523.

<sup>63</sup> Ver Sampietro-Colom L. et al. *History of health technology assessment: Spain*. International Journal of Health Technology Assessment in Health Care 2009; Vol 25. Issue S1: 163-173. También Solá-Morales O, Granados A. *Health Technology assessment in Catalonia: An overview of past and future perspectives*. La misma revista, p. 88-93.

dependiente del Gobierno central (la denominada Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, dependiente del Instituto de Salud Carlos III, creada en 1994), y las siete restantes creadas cada una de ellas en un momento distinto en el ámbito de una Comunidad Autónoma diferente, en las de Andalucía (AETSA, creada en 1996), Aragón (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, creada en 2003), Canarias (Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud, creado en 1995), Cataluña (en la actualidad denominada Agencia para la Calidad, la Investigación y la Evaluación en salud, creada con otra denominación en 1984), Galicia (AVALIA-t, creada en 1999), Madrid (Agencia Laín Entralgo, creada en 2003) y País Vasco (OSTEBA, creada en 1992).

De esa simple relación llama de entrada la atención que dos de las agencias autonómicas existentes, la catalana y la vasca, lo fueron antes de que se constituyera la Agencia central. Una situación que quitó a ésta la iniciativa en el campo de la evaluación de tecnologías en el conjunto del Estado, no sólo por el momento posterior en el tiempo de su constitución, sino por la actitud de renuncia que desde el inicio asumió en el desarrollo de tareas de coordinación que habría podido desarrollar. Una actitud semejante a la adoptada por los gobiernos centrales sucesivos en otras muchas materias sanitarias, que ha llevado al sistema sanitario español a su situación actual.

El segundo aspecto, que constituye el único denominador común de todas las agencias en cuanto al momento de su creación, es que todas ellas lo fueron cuando las CCAA respectivas habían recibido ya los traspasos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, una competencia que arrastraba consigo la transferencia del volumen individual más importante de recursos económicos (un promedio del 37,5% del total de los recursos recibidos para la financiación de sus competencias por cada CA) recibidos por cada una de ellas para el desarrollo de su actividad.

Que ocurriera así no supone, sin embargo, que haya ninguna otra homología entre ellas en cuanto a su forma de constitución, ni en la vinculación de ninguna de ellas con los servicios de asistencia sanitaria respectivos, con lo que no hay garantía alguna de que su actividad y recomendaciones se traduzcan en orientaciones adecuadas para la introducción de las tecnologías sanitarias en y por los servicios sanitarios correspondientes en cada caso.

El mejor ejemplo de esa desconexión es la dependencia actual de la Agencia (central) de Evaluación de Tecnologías, incluida en el Instituto de Salud Carlos III, del Ministerio de Ciencia y Tecnología, sin relación institucional prevista alguna con el sistema sanitario, y con total autonomía de éste para fijar sus prioridades y su actividad.

Por su parte, las políticas generales de compras, tanto a nivel de cada CA como en el conjunto del Sistema sanitario (lo que, en sentido contrario, era una de las funciones que la Ley General de Sanidad atribuyó al Consejo Interterritorial, sin que nunca se haya desarrollado), han seguido líneas de descentralización no ya a cada CA, sino que en el ámbito de éstas se han descentralizado en la mayoría de los casos a cada uno de los centros sanitarios.

Los efectos de esas políticas han sido, como era previsible que ocurriera, de ruptura de las economías de escala, de diferenciación en los precios aplicados en muchos casos, en especial en el caso de las tecnologías no farmacéuticas y, en conjunto, un aumento descontrolado (y desconocido en su seguimiento) del gasto en la compra de productos, que ocasionalmente se pone de manifiesto cuando los proveedores, que ven sistemáticamente retrasados sus pagos, reclaman sus deudas pendientes de pago.

Unas deudas que hace poco tiempo han sido evaluadas en conjunto por aquéllos en más de 11.000 millones de euros, con una distribución territorial muy desigual, que suponen una de las partidas más importantes de la deuda de las CCAA, y constituyen un factor muy relevante en la situación de crisis económica actual.

Por otra parte, la descentralización de los sistemas de compras (ante lo que la inclusión de un sistema centralizado de compras entre las medidas sanitarias para contribuir a la solución de la crisis económica constituye una invocación sin viabilidad política real alguna, dadas las competencias autonómicas en esta materia) constituye por sí misma una contribución añadida a que la introducción de las nuevas tecnologías se guíe por criterios de emulación (entre centros; entre CCAA), como los que se han descrito más arriba, y no como consecuencia de una valoración positiva de su coste en relación con su afectividad. La contribución real de las agencias de evaluación en términos de resultados obtenidos frente a esa situación ha sido escasa, si no nula.

Un tercer aspecto a destacar se refiere a la metodología utilizada por las Agencias españolas en sus trabajos, más allá de las debilidades expuestas previamente en cuanto a disponibilidad general de una metodología de evaluación unánimemente acreditada.

Desde la Comisión de Prestaciones dependiente del Consejo Interterritorial se han hecho diversos intentos de orientar de manera conjunta la actividad de las diferentes Agencias central autonómicas a la realización por encargo de informes de evaluación de determinadas tecnologías y procedimientos de interés para el conjunto del Sistema a cada una de ellas.

A ello se han dedicado cantidades importantes derivadas desde los presupuestos del Mº de Sanidad, cuya finalidad expresa incluía, según un convenio de colaboración firmado con las Agencias existentes en Enero de 2000, *“por una parte, (la obtención) de una serie de informes sobre temas de interés para el conjunto del SNS, y por otra, el necesario apoyo económico a las Agencias para llevar a cabo la dirección técnica de los seis (evaluaciones conocidas como) usos tutelados mencionados y el diseño de los protocolos relativos a nuevas técnicas o procedimientos sobre los que surja la necesidad de disponer de mayor información sobre su seguridad, su eficacia, su efectividad o su eficiencia”*.

Las expresiones citadas parecen manifestación muy evidente de que la finalidad de apoyo económico a las agencias se situaba así al mismo nivel que el requerimiento del ejercicio de la función para la que teóricamente debían haberse constituido, sin ninguna evaluación previa de la relación

coste-efectividad de su propia constitución de la manera indicada, que podría sospecharse que respondía más a razones de interés político de cada una de las CCAA que las constituyeron que a buscar su contribución a la eficiencia en la introducción de las tecnologías sanitarias por el conjunto del Sistema sanitario.

En 2007, con motivo de una jornada organizada por FENIN, la federación de industrias proveedoras del Sistema, tuvo ocasión de hacer una revisión de los treinta y seis primeros trabajos realizados hasta 2003 (12 en 1999; 16 en 2000; 3 en 2001; 3 en 2002, y 2 en 2003) por las Agencias existentes en aquel momento al amparo del convenio mencionado y de otros encargos posteriores, financiados de la misma manera, y distribuidos de manera "equitativa" (9 realizados por la agencia catalana; 7 por la AVALIA gallega; 5 por OSTEBA; 6 por la agencia andaluza y 8 por la Agencia central del Carlos III).

De aquellos 36 trabajos, en los 36 constaba una revisión bibliográfica del tema tratado, que habría podido ser obtenida de igual forma con la simple consulta a las bases de datos de Medicina Basada en la Evidencia, pero sólo en 20 de ellos se derivaban algunas conclusiones clínicas, con referencia a resultados obtenidos en los trabajos revisados; 21 de ellos formalizaban propuestas de realización de estudios específicos o la constitución de registros igualmente específicos para poder hacer una mejor valoración del problema analizado en cada caso; en 13 de los 36 se hacía alguna referencia a estudios coste-efectividad desarrollados en los trabajos revisados (sólo en uno de ellos se hacía mención a la utilización de un método estandarizado en términos de coste de QALYs); y sólo en 11 de ellos se derivaban algunas recomendaciones de carácter muy general y sin precisión alguna específica para la utilización en el sistema sanitario español de los procedimientos o la tecnología revisados.

El funcionamiento de las agencias desde aquella revisión ha seguido siendo el mismo en lo sustancial, y se han seguido produciendo encargos de trabajos a las agencias, que además se han multiplicado desde entonces, con resultados similares, salvo excepciones puntuales. Todo ello que sugiere que la primera evaluación que debería hacerse sería la de la eficiencia de las propias agencias, que se justifican en buena parte como un lugar de empleo, pero no como un instrumento que haya demostrado hasta ahora la adecuación de su organización y su misma existencia con resultados adecuados a los objetivos supuestamente buscados con su creación.

#### **IV.- Una conclusión en forma de respuesta a la pregunta inicial.**

Si la pregunta es acerca de la caracterización de la evaluación de las tecnologías sanitarias como un mito o una solución para el control del gasto sanitario y como tal, si constituye por sí misma una alternativa de mejora a la gestión sanitaria pública, mi respuesta es que, con arreglo a los razonamientos que se han expuesto a lo largo de este trabajo, se trata de un instrumento de desarrollo hasta ahora limitado cuya mera invocación no constituye por sí misma una mejora de la gestión pública, que en este campo debe afrontar en condiciones muy desiguales la relación con unos agentes muy poderosos en términos económicos y políticos, como son las

empresas productoras de tecnologías sanitarias, que son en realidad las que condicionan la orientación y el desarrollo de todos los sistemas sanitarios.

Por otra parte, el problema principal de mejora de los instrumentos y formas de evaluación de las tecnologías sanitarias no se encuentra ante todo en las limitaciones técnicas de las metodologías utilizadas, ni siquiera en sí misma en la estructura y forma de constitución de los instrumentos creados con ese fin, sino, como condicionante principal de la superación de las limitaciones de unas y otros, en la voluntad política real por parte de cada gobierno de utilizar estos procedimientos para contribuir al control de la evolución del gasto sanitario en el sistema sanitario correspondiente con arreglo a los valores dominantes en la constitución del propio sistema sanitario y político en general. Un objetivo en el que no está garantizada la coherencia entre los pronunciamientos verbales de los responsables de esos sistemas y el desarrollo real de las políticas llevadas a cabo en este terreno, lo mismo que en otros campos.

## **La integración sociosanitaria: otro tema pendiente**

**Antonio Vergara**

*Medicina interna Hospital de Puerto Real.*

*ADSP Andalucía*

En la promulgación de la Ley de Dependencia está perfectamente definido el asunto que nos ocupa. En el apartado Modelos de Atención Sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de la Secretaría General de Asuntos Sociales, del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, se especifica literalmente: "los cuidados que requiere una persona con patología crónica y con discapacidad funcional a lo largo de su vida son sanitarios y sociales a la vez, aunque puede darse una preponderancia de los cuidados sanitarios en algunos casos y, en otros, la preponderancia de los cuidados personales y sociales".

Es decir: la cuestión está bien clara para nuestras autoridades, no es cuestión de seguir insistiendo en los conceptos sino de aplicarlos en la organización rutinaria de los Servicios Públicos, para resolver las graves necesidades de las personas a las que van dirigidas.

A pesar de este punto de partida siguen siendo innumerables los trabajos, la literatura, la bibliografía, tanto en Documentos Oficiales de la Administración Pública como en iniciativas de colectivos sociales o individuales que siguen insistiendo en la necesidad imperiosa, acuciante y urgente de organizar la integración de los cuidados y atención sanitarias y sociales, para cubrir las necesidades de las personas dependientes y así completar el estado del bienestar social.

Las opciones están bien definidas: la creación de nuevas Secretarías Generales Sociosanitarias o bien (más sencillo y viable a corto plazo y con aparente beneficio coste-eficiencia) la organización de los porcentajes que en el gasto correspondería a cada administración en la cobertura de cada problema: esto último exige una coordinación permanente entre profesionales de cada departamento para atender a la atención continuada del ciudadano dependiente.

Pues bien, después de décadas debatiendo sobre estos aspectos y sin resolver los problemas, la situación es la misma. Los asuntos sanitarios y los sociales son como repúblicas independientes y sin relaciones diplomáticas, siendo imposible, por lo tanto, ponerlos de acuerdo en la integración de los costes económicos y de responsabilidades cuando una persona padece una dramática situación que afecta a la esfera sanitaria por desamparo en su situación personal y/ó familiar y/ó social.

¿Cómo se resuelven estos conflictos todavía en el momento actual? Si la familia de la persona afectada tiene posibilidades económicas no hay problemas: contratan a una persona cuidadora o bien ingresan al familiar en una institución (normalmente privada y costosa) y resuelven el dilema; pero si el núcleo familiar no tienen posibilidades económicas el ciudadano afectado queda en el desamparo real: la única posibilidad que tiene es

acudir a alguna Organización No Gubernamental (ONG) o colectivo social de afectados, para pedir acogida y, como alternativa, quedar en el mayor de los desamparos, habitualmente en precarios domicilios o bien directamente en la calle, es decir, como ocurriría en países empobrecidos ó en vías de desarrollo. Lamentable pero cierto.

Un caso clínico práctico que resuma estos conflictos. Mujer, de 87 años pero que hasta ese momento mantiene una salud física y mental más que aceptables: hace natación, yoga, pasea diariamente, realiza viajes con frecuencia, lee con fluidez y vive en su domicilio con independencia y soltura. Sufrir una caída accidental y padece una fractura de cadera. Es remitida sin problemas al hospital público de referencia, se interviene de urgencia de prótesis articular y todo evoluciona sin contratiempos.

La paciente queda, obviamente, con dolores generalizados e incapacidad funcional para moverse por sí misma. Los profesionales sanitarios del hospital le indican correctamente la necesidad del alta médica (aprovechamos para recordar que los hospitales de agudos son recursos necesarios para enfermedades con esa consideración y no de se pueden reconvertir en recursos sociosanitarios). Pero la paciente vive sola, porque su único hijo, divorciado, vive en Madrid y no puede encargarse de sus cuidados. No se puede valer sola en su casa pero no necesita estar en un hospital.

¿Qué hacer? ¿Cómo resolver este drama? (esta situación ocurre a diario en todos los centros hospitalarios públicos). La solución está clara: esta persona precisa un recurso intermedio que la permita recuperarse para volver a su casa con autonomía. Otra cuestión menos transitoria es si el supuesto del caso hubiera sido una enfermedad irreversible, en que necesitaría un recurso público indefinido para su atención continuada.

¿Cómo se solucionaban estos dilemas hasta no hace mucho tiempo? Pues las mujeres de las familias (incluso vecinas) se ocupaban a tiempo completo del cuidado y la atención durante todos los años que hicieran falta para que sus parientes vivieran dignamente. Los deseados cambios sociales han modificado rotundamente este escenario y en el momento actual no hay familiares-cuidadores a tiempo completo.

Otro caso clínico: varón, de 43 años, desde la infancia politoxicómano y delincuente, siempre con delitos no graves y relacionados con el consumo de drogas. Por ese motivo ha estado casi toda su vida en la cárcel. Debido al consumo intravenoso de drogas, padece desde los 18 años de Sida y como no toma bien los medicamentos necesarios, se ha ido deteriorando progresivamente. Los ingresos hospitalarios son continuos y cada vez por enfermedades más graves (obvio). La última ha sido por padecer abscesos toxoplásmicos cerebrales que le han condicionado un deterioro cognitivo y motor grave que le han convertido en un gran dependiente.

¿Cómo sigue en la cárcel? Debido a sus antecedentes desde la infancia su desarraigo familiar es absoluto: ¿a dónde irá si es que se consigue que salga en libertad? Es pobre y no tiene apoyo socio-familiar. Pues bien, aunque parezca mentira, la solución también está clara: esta persona

necesita una excarcelación justa y solidaria debido a la enfermedad que padece y además necesita un recurso público que lo acoja. Como no existen estos recursos, la única posibilidad que tiene este paciente es ser acogido en una ONG que haya trabajado hasta conseguir abrir y mantener una Vivienda de Acogida para enfermos de Sida (VAES), en la que será dignamente atendido de forma continuada.

Estos recursos, tan necesarios e imprescindibles, subsisten de forma diversa, dependiendo de las comunidades, pero habitualmente con un sistema de inestabilidad económicas, pocas veces con conciertos públicos estables, muchas veces necesitando del apoyo privado de donaciones, etc, y además, desconectadas unas de otras porque no tienen capacidad para una correcta coordinación.

¿Estos pacientes comentados previamente tienen un problema sanitario o social? Absurdo dilema para ellos. No se pueden fragmentar a los seres humanos y abordar sus problemas correlacionados de forma separada, como temas desconectados entre sí. Las personas que necesitan atención, que ellos no saben definir como sanitaria o social, pero que en cualquier caso les resulta completamente imprescindible para mejorar o resolver su penosa situación.

La división antagónica entre "lo social" y "lo sanitario" crea una zona de nadie, es decir, de personas no atendidas. Y la excusa o justificación siempre es la misma: "no es un problema sanitario.....o no es un problema social"...en un intento de derivar el problema a otra ventanilla y desvincularse con ello de su solución. Esta situación que dura desde hace tantos años no es admisible que continúe igual.

Es un hecho, ampliamente documentado, que la estructuración tradicional de los Servicios de Salud y de los Servicios Sociales no se adapta bien a la naturaleza mixta de determinadas necesidades, y que esa inadaptación – centrada en su falta de flexibilidad y adaptabilidad a las nuevas demandas de la sociedad y en sus dificultades y en sus reticencias para coordinar sus actuaciones– determina su incapacidad para responder a esas necesidades con la prestación de la atención más idónea, es decir, de una atención integral y personalizada, orientada a garantizar la buena articulación y la continuidad de los cuidados.

Esa dificultad de respuesta no es exclusiva, naturalmente, de esos dos sectores de atención, sino que se observa, con carácter general, en todas aquellas áreas que se hallan en la confluencia de dos o más ámbitos de la intervención pública, ámbitos que, en consecuencia, difícilmente pueden delimitarse con absoluta precisión y que, en sus zonas fronterizas, padecen de esa indefinición, produciéndose solapamientos o, inversamente, vacíos, es decir déficit de cobertura por parte de ambos sectores.

Tal situación puede darse tanto entre áreas de distinta naturaleza y sujetas a un tratamiento administrativo diferenciado (por ejemplo, entre los servicios sociales y los servicios de vivienda) como entre áreas que, globalmente, se inscriben en un mismo sector, política pública o sistema

(como se observa, por ejemplo, en el ámbito sanitario, en las relaciones entre la atención primaria y la atención especializada u hospitalaria).

Entre el ámbito sanitario y el ámbito de los servicios sociales, las zonas de confluencia son particularmente confusas, debido, principalmente, a que ambos sectores tienen por finalidad prestar servicios de atención a la persona y a que, contrariamente a lo esperable, no siempre resulta sencillo delimitar cuándo un tipo de cuidado deja de ser sanitario para ser social o de ser social para ser sanitario.

Las dificultades de coordinación entre sistemas tan cercanos tienen múltiples causas (unas estructurales y organizativas, pero otras culturales y relacionales), pueden tener un impacto muy negativo en la calidad de la atención prestada, con consecuencias que llegan a ser graves para la calidad de vida de las personas que requieren de esa atención mixta y para su entorno más inmediato.

Pueden, además, tener efectos nefastos y perversos para el propio sistema, en la medida en que la incapacidad para ofrecer, con eficacia, la atención idónea, conduce a una utilización ineficiente de los recursos, generando costes innecesarios para ambos sistemas (la falta de articulación puede determinar, incluso, que las personas usuarias tiendan a convertirse en hiper-frecuentadoras e hiper-demandantes de los servicios sanitarios y sociales).

Lo cierto es que, hoy por hoy, la estructuración de los sistemas hace caso omiso de un hecho básico como es el de que, en la vida de las personas, la división entre lo social y lo sanitario es absolutamente artificial. Se impone pues el principio de realidad, que fuerza a constatar que el carácter mixto y complejo de determinadas necesidades conduce, inevitablemente, a que las actuaciones sanitarias y sociales orientadas a su atención se interrelacionen e, incluso, sean interdependientes.

La constatación de esta realidad y, sobre todo, el creciente aumento de las necesidades que requieren la intervención combinada de ambos sectores, han llevado a las instituciones internacionales y a la mayoría de los países desarrollados, a considerar la necesidad de articular un espacio también mixto, que pretende aplicar fórmulas de atención y servicios de forma combinada y complementaria.

Cuando alcanzan su nivel máximo de coordinación estas fórmulas pueden llegar a adquirir entidad propia, una naturaleza diferenciada de la de los dos sectores de origen, y ello independientemente de que esa especificidad se refleje o no en la estructura administrativa, pudiendo circunscribirse a una única estructura de servicio o extenderse a toda una red de equipamientos o al conjunto del sistema.

En nuestro entorno inmediato, este ámbito mixto se conoce como "atención sociosanitaria", "espacio sociosanitario" o, simplemente, "coordinación sociosanitaria". En la literatura internacional, las denominaciones son también variadas, pero impera el término "*integrated care*", que pretende englobar modelos, experiencias e iniciativas diversas que responden a

diferentes apelaciones: “*shared care*” y “*joint care*” (Reino Unido), “*vernetzung*” (en Alemania), “*transmurale zorg*” (en Holanda), “*soins médicosociaux*” (en Francia), “*managed care*” (en Estados Unidos), por mencionar sólo algunas. Con todo, no puede afirmarse que todos estos términos se refieran exactamente a las mismas realidades, abarquen los mismos objetivos, y estructuren, para su consecución, modelos y estrategias de actuación comparables.

En realidad, la adopción del término “*integrated care*”, que podríamos traducir, como “atención integrada” o “integración de la atención”, obedece a una convención, derivada de la necesidad de poder aludir, de forma unificada, a una pluralidad de modelos o, más acertadamente, de formas de organización y funcionamiento, que coordinan, con mayor o menor intensidad, diferentes estructuras o servicios.

A pesar de las diferentes denominaciones y a pesar también de la diversidad de modelos y de formas organizativas que se engloban bajo las mismas, existen algunos elementos que pueden considerarse definitorios de la atención sociosanitaria:

- Responde a situaciones de necesidad complejas que requieren de intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias, de forma simultánea, o también secuencial, pero en todo caso complementaria y estrechamente articulada.
- Tiene un objetivo principal: garantizar la continuidad de los cuidados, evitando desajustes materiales (solapamientos y vacíos o déficit de cobertura) y desajustes temporales (desfases o tiempos de espera entre los diferentes servicios).
- Recurre, para su prestación, a una serie de estrategias e instrumentos de colaboración que se articulan en torno al principio de interdisciplinariedad.
- Tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía, otorgando prioridad y facilitando, siempre que sea posible, su permanencia en su entorno social habitual y la atención en su domicilio.

El objeto prioritario de la atención sociosanitaria es la respuesta a situaciones de necesidad complejas. Sin duda, una buena coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales resulta beneficiosa para cualquier persona que presente necesidades de ambos tipos, independientemente de su grado de complejidad, en la medida en que la correcta articulación de las intervenciones facilitará su acceso a los diferentes servicios y prestaciones, adecuando la secuencia a sus necesidades y circunstancias y favoreciendo un itinerario fluido por ambas redes.

Con todo, cuando esas necesidades no son mixtas, es decir, cuando no se sitúan, a pesar de presentarse simultáneamente, en la zona de confluencia entre lo social y lo sanitario, puede bastar para garantizar la fluidez de su itinerario por ambas redes, con una fórmula ligera de colaboración.

Existen, en cambio, determinados grupos de población para quienes, por la naturaleza y las características de sus necesidades sociales y sanitarias y, sobre todo, por el fuerte componente simultáneo o mixto de ambas, la máxima coordinación entre ambos sectores es indispensable para responder a ellas de forma idónea y eficiente, constituyéndose así en los colectivos diana de la atención sociosanitaria.

La literatura especializada da cuenta de numerosas propuestas internacionales, estatales y autonómicas para la delimitación de estos colectivos, siendo un rasgo común a todas ellas la larga duración de los cuidados requeridos. Encabezan así la lista de protagonistas de este sector de atención las personas mayores dependientes, las personas con condiciones crónicas (principalmente, enfermedades crónicas, graves discapacidades, enfermedades infecciosas persistentes y enfermedades y trastornos mentales) y las personas con enfermedades en fase terminal.

Con todo, debe tenerse presente que la consideración de estos colectivos como grupos de atención preferente de la atención sociosanitaria no significa que todas las necesidades que presentan deban calificarse de tales; en muchos casos, a pesar de su complejidad, se circunscriben estrictamente al ámbito social o exclusivamente al sanitario y, en esos supuestos, el nivel de coordinación requerido es más ligero.

El protagonismo adquirido por la atención sociosanitaria, tanto en la literatura especializada como en los documentos oficiales que reflejan los fundamentos y la estructuración de las políticas públicas, es un fenómeno reciente y es también un fenómeno internacional, y todo apunta a que, si de momento parece afectar principalmente a los países desarrollados, en un futuro no muy lejano aparecerá también en las agendas políticas de los países actualmente en vías de desarrollo.

Este protagonismo parece tener un doble origen:

- Por un lado, el ya aludido creciente aumento de los grupos de población más susceptibles de necesitar y de beneficiarse de esta atención: todos ellos constituyen colectivos muy vulnerables, con necesidades complejas y permanentes que afectan a su autonomía en la vida diaria, y que requieren un paquete de servicios de naturaleza mixta, prestados de forma simultánea o secuencial, en su domicilio o en el ámbito hospitalario o residencial.

Este aumento de las necesidades hace más evidentes las disfunciones del marco actual y sitúa, por lo tanto, en el centro del debate, el carácter urgente de esta materia, otorgándole un muy considerable protagonismo.

En efecto, en la actualidad, la fragmentación y la compartimentación de los sistemas de salud y de servicios sociales –crecientemente manifestada y criticada por las y los profesionales de ambos sectores y por las personas usuarias y sus familias que padecen directamente sus consecuencias– impiden ofrecer esos servicios en un continuo coherente, constituyéndose, el diseño y la prestación de una atención bien articulada, susceptible de responder a necesidades de diferente naturaleza, en un auténtico reto, que

requiere enfrentarse a innumerables dificultades para compaginar la planificación y la actuación de las dos redes:

- dificultades para valorar o evaluar las múltiples necesidades;
- dificultades para organizar paquetes de servicios susceptibles de responder eficaz y coordinadamente a esa multiplicidad;
- dificultades para coordinar a las diversas entidades y profesionales que intervienen en la prestación de los servicios;
- dificultades para responder a las situaciones de crisis y apoyar a las y los cuidadores familiares;
- y, finalmente, dificultades para hacer frente a todas las anteriores dentro de las disponibilidades presupuestarias.

• Un segundo elemento que explica el protagonismo adquirido en esta última década por la atención sociosanitaria es, sin duda, la orientación general que, afortunadamente, han tomado tanto las políticas sanitarias como sociales hacia fórmulas que otorgan prioridad a la permanencia en el domicilio y a la atención en el ámbito comunitario. La apuesta por esta orientación hace más visible y evidente la necesidad de un reforzamiento de los cauces de coordinación y de atención conjunta, en la medida en que conllevan, cuando atienden necesidades complejas, la intervención de una gama amplia de servicios y de profesionales. Efectivamente, en un contexto tan plural, las políticas públicas, actuando desde la responsabilidad, deben acometer la creación de servicios sanitarios y sociales que hagan posible, más allá del discurso, la atención en el entorno comunitario de personas con necesidades mixtas y complejas.

No es posible ni aceptable (como ha ocurrido en muchos países europeos con sus políticas de desinstitucionalización y como, de hecho, está ocurriendo en la actualidad en nuestro propio contexto, en particular, con respecto a las personas con enfermedad mental) optar por la desinstitucionalización o por la atención comunitaria, sin crear, en contrapartida, los recursos capaces de actuar en un entorno de proximidad. Son dos facetas indisociables de una misma realidad.

Las finalidades que se persiguen con la intensificación de la coordinación entre los servicios sociales y los servicios de salud son múltiples, pero pueden sintetizarse en dos objetivos esenciales: el primero, desde la perspectiva de los propios sistemas, es alcanzar la máxima eficiencia en la organización y en la prestación de la atención; el segundo, desde la perspectiva de las personas usuarias, es acceder a un continuo de atención que permita un itinerario fluido por servicios de diferente naturaleza.

### **La eficiencia de los sistemas**

En términos generales, puede decirse que un sistema de atención es eficiente cuando consigue responder adecuadamente a las necesidades de la persona usuaria, al mínimo coste posible, y manteniendo la calidad constante.

Sin duda, alcanzar esta eficiencia es uno de los principales retos de las políticas públicas y de los sistemas de salud y de servicios sociales actuales, y la coordinación entre ambas redes constituye un medio orientado a ese fin, en la medida en que favorece una mayor racionalización en la utilización de los recursos, tanto porque permite evitar solapamientos y, por lo tanto, duplicidades en la prestación, como porque, en el marco de fórmulas de actuación conjunta, hace posible la combinación flexible de servicios e incluso, la combinación de fondos económicos procedentes de diferentes fuentes para su financiación.

### **La continuidad de la atención**

Este concepto, y otros similares, como la continuidad de los cuidados, el continuo de servicios o la atención continuada ("seamless care") aparecen con frecuencia en la normativa reguladora de los servicios y en los documentos programáticos de las políticas públicas europeas, pero las referencias a los mismos suelen ser breves, casi implícitas, como si constituyeran un objetivo tácito y evidente en la construcción de los sistemas y en la articulación de los modelos de atención, cuando lo cierto es que faltan tanto referencia teóricas como prácticas que orienten sobre su significado real.

La literatura especializada sobre esta materia es escasa, aunque, en los últimos años, se ha realizado un esfuerzo considerable, sobre todo desde el ámbito sanitario, por definir sus contenidos y por diseñar instrumentos capaces de evaluar y medir el grado de continuidad alcanzado en la atención prestada. Sus principales conclusiones pueden, en principio, considerarse aplicables, por analogía, al ámbito sociosanitario, y se refieren a los elementos básicos definitorios de la continuidad de la atención y a la tipología que puede establecerse en relación con este concepto.

- *Elementos básicos.* Existen dos elementos básicos que definen la continuidad y que la diferencian de otras características de la atención; ambos son indispensables, aunque no suficientes, para que exista dicha continuidad:

- El primero es la dimensión individual o personal de la propia continuidad, que permite distinguirla de otros conceptos cercanos como la integración o coordinación de la atención. Contrariamente a éstos, la continuidad no es una característica de las organizaciones que planifican o que prestan los servicios, sino que alude a cómo la persona, paciente o usuaria de un servicio, percibe y experimenta esa coordinación.

- El segundo elemento es el elemento temporal, que se ha identificado con la dimensión longitudinal o cronológica de la continuidad; a él se alude, en el ámbito de la coordinación de servicios, al referir la necesidad de evitar desajustes temporales.

- Solapamientos o tiempos de espera– en el acceso a diferentes servicios.

- *Tipología.* Se identifican tres tipos de continuidad:

- Continuidad en la información. La información es el hilo de conexión entre las diferentes entidades y profesionales que intervienen en la prestación de la atención, pero también entre diferentes episodios o contingencias que requieren una intervención sanitaria o social.

El trasvase de información entre profesionales de un servicio o entre diferentes servicios o entidades permite conectar diversos elementos de la atención a lo largo del tiempo y constituye un requisito previo de la coordinación de la atención. Esta transmisión se hace más difícil a medida que se hace más complejo el paquete de cuidados y que aumenta el número de profesionales, de equipos y de servicios que intervienen de forma simultánea o secuencial en la atención.

– La continuidad en la gestión alude a la prestación de diferentes servicios de forma simultánea o secuencial, pero siempre complementaria, tanto desde un punto de vista material –evitando solapamientos, vacíos o déficit– como desde un punto de vista temporal –evitando dificultades de articulación, en particular, tiempos de espera–. La aplicación de itinerarios integrados de atención, de planes conjuntos de atención individual y de protocolos comunes facilitan esa continuidad y resultan particularmente relevantes en la transición de un medio a otro, sobre todo en el traslado del medio hospitalario al medio comunitario.

– Continuidad relacional. La continuidad relacional alude al contacto permanente entre la persona atendida y su profesional de referencia (del ámbito sanitario o social) como elemento subyacente a la continuidad de los cuidados a lo largo del tiempo; esa relación permite la continuidad de la información y genera un sentimiento de confianza y comprensión mutua y un sentido de responsabilidad profesional, que sirve de conexión entre la atención prestada en el pasado, la atención presente y la atención que será necesaria en el futuro.

Si en algo existe un consenso en materia de atención sociosanitaria, tanto en el nivel teórico como en los niveles políticos, técnicos y de intervención directa, es en reconocer la complejidad inherente a la articulación coordinada o integrada de esa atención mixta. Pero ¿cuáles son los factores que determinan esa complejidad?

- Por un lado, la fragmentación propia tanto del sistema sanitario como del sistema de servicios sociales actúa como uno de los principales obstáculos para alcanzar la coordinación de los servicios y la continuidad de la atención. Esta fragmentación es el resultado de la interacción entre un conjunto de factores que se refuerzan mutuamente. Son, básicamente, los siguientes:

– *Las diferencias en la naturaleza del derecho.* La atención sanitaria se ha constituido en un derecho social, subjetivo, fundamental y universal, mientras que, históricamente, la atención prestada desde los servicios sociales se ha configurado como algo residual, que, todavía hoy, no ha alcanzado un estatus equiparable a aquél, salvo excepciones recientes, muy directamente vinculadas a la atención de las personas en situación de dependencia.

– *Complejidad organizativa y estructural.* Una de las principales dificultades para la prestación de una atención sociosanitaria, bien articulada y coordinada, viene dada, sin duda, por la patente compartimentación y por la falta de coherencia existente no sólo entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales, sino también en el seno de cada uno de estos

ámbitos de intervención. En efecto, se observa, con carácter general, que la atención social y sanitaria en los países desarrollados se estructura verticalmente, entre diferentes niveles administrativos y competenciales, y horizontalmente, entre diferentes ámbitos materiales. Por lo que se refiere a la división vertical de funciones, en la mayoría de los países europeos se observa el siguiente esquema: la administración central es responsable de establecer las directrices generales de la política sanitaria y de la política social, mientras que la prestación de los servicios recae en las administraciones regionales y locales, siendo lo más habitual que la prestación de servicios de salud recaiga en el nivel regional y la prestación de los servicios sociales corresponda a las administraciones municipales. Esta fragmentación estructural de los servicios origina, sin duda, importantes dificultades de cara a su efectiva coordinación y, por supuesto, de cara a una prestación integral e integrada del conjunto de servicios y prestaciones idóneos en cada caso.

– *Complejidad financiera.* Las diversas administraciones se enfrentan también a destacables dificultades relacionadas con la financiación:

- ✓ La primera, y esencial, es el diferente tratamiento de la participación económica de la persona usuaria en uno y otro sistema, que opone la gratuidad de la atención sanitaria a la no gratuidad de muchos servicios sociales.
- ✓ Una segunda dificultad viene dada por la diversidad de las formas de financiación de los servicios sanitarios y sociales. De hecho, algunos analistas defienden que la irracionalidad sistémica de las estructuras actuales deriva, en buena medida, de los mecanismos de financiación vigentes, ya se trate de modelos basados en el sistema impositivo, ya de modelos basados en el sistema de seguros sociales. En todos los casos, los recursos públicos disponibles se asignan por separado a los ámbitos sanitario y social, siendo habitualmente aquél el más beneficiado en el reparto; son, en cambio, limitadísimos los recursos destinados específicamente a la coordinación e integración de servicios de diferente naturaleza, lo cual constituye una dificultad mayúscula para la construcción de una atención bien articulada. La literatura científica parece unánime en este punto: es un error creer, sea cual sea el modelo de atención sociosanitaria por el que se opte, que la intensificación de la relación y la coordinación entre ambos sistemas puede conseguirse sin asignar a esta finalidad dotaciones económicas específicas.
- ✓ Por último, la necesidad de adoptar medidas que permitan obtener el mejor aprovechamiento y el uso más racional y eficaz de los fondos públicos ha llevado a muchas administraciones europeas a desarrollar sistemas de evaluación basados en indicadores de resultados. Esta vía, comprensible desde la óptica de la eficacia administrativa, puede producir, no obstante, algunos efectos perversos.

En efecto, es sabido que cuando la asignación de los presupuestos públicos y los niveles salariales del personal cualificado en las entidades que intervienen en la prestación de servicios, ya sean de salud, ya sean sociales, dependen de los resultados alcanzados, se produce un efecto incentivador para alcanzar la mejora de estos resultados y, en ese empeño, puede darse una tendencia a filtrar a la población usuaria (a seleccionar en

base al riesgo), es decir, a invisibilizar los casos que pudieran poner en peligro la obtención de los resultados deseados o a prestarles una atención que no responde adecuadamente a sus necesidades.

En ese contexto, las personas mayores y, con carácter general, todas las personas que pudieran precisar de cuidados de larga duración, son particularmente vulnerables a este tipo de prácticas, en la medida en que son las más susceptibles de requerir la dedicación de importantes, variados y costosos recursos en su atención durante periodos de tiempo prolongados, sin resultados espectaculares; en otros términos, pueden "atascar" el sistema y determinar la obtención de unos resultados poco atractivos y poco apetecibles para las entidades que compiten en la obtención de los fondos públicos.

A nivel de sistema, lógicamente, esta forma de actuar es irracional, porque perjudica a las personas que presentan mayor grado de necesidad de atención y apoyo, obstaculizando su acceso al conjunto integrado de servicios y prestaciones a los que les convendría acceder, pero, sin duda, para la entidad prestadora del servicio, puede ser una fórmula tentadora.

- *Conocimiento y competencia profesional.* En la fragmentación del sistema participan también factores asociados a la práctica profesional, dado que los principios, el lenguaje, los roles y responsabilidades profesionales, los enfoques clínicos y los métodos de prestación del servicio son muy diferentes en los dos sectores.

El conocimiento y la competencia profesional constituyen uno de los principales haberes de los actuales sistemas de salud y de servicios sociales, tanto que puede afirmarse que la configuración de ambos sistemas está fuertemente condicionada por las diferentes áreas de conocimiento y especialización profesional. Pero también eso puede originar dificultades de cara a la plena coordinación de los servicios, en particular, cuando los límites entre las áreas de especialización profesional coinciden plenamente con los límites organizativos y estructurales y, por lo tanto, los refuerzan.

En efecto, como apunta la literatura especializada, en el sector de los servicios de atención a las personas, tanto sanitarios como sociales, las diversas profesiones han desarrollado una posición de dominio basada en la monopolización de conocimientos y habilidades o competencias específicas y muy especializadas, y, en cierta medida, en la exclusión de otras profesiones que podrían poner en riesgo su control, favoreciendo la consolidación de límites estructurales que contribuyen al mantenimiento de su estatus profesional y de su protagonismo en el sector.

Al margen de la fragmentación de los sistemas y de los factores que contribuyen a la misma, en el origen del desajuste entre las múltiples necesidades de las personas que requieren cuidados de larga duración y la estructura de los sistemas se encuentra también la todavía presente tendencia del sistema sanitario a preservar una orientación preferente hacia la atención de las patologías en su fase aguda, relegando a un segundo plano una realidad social en la que cada vez adquiere más peso el envejecimiento de la población, la enfermedad crónica, y la discapacidad, y

en la que la habilidad para responder de forma integral a esas contingencias debería constituirse en un indicador clave de calidad de la atención y de idoneidad del sistema de cuidados.

Otros factores de complejidad organizativa es la *naturaleza cambiante de la frontera entre lo sanitario y lo social y, por otro lado, la asimetría de la relación entre lo sanitario y lo social*. Las modificaciones observadas en la delimitación de los ámbitos sanitario y social referidas en el apartado anterior se han visto fuertemente determinadas por la asimetría de la relación entre ambos sectores. Aunque se representen como dos bloques independientes, dotados cada uno de su propia estructura institucional, financiera y cultural, lo cierto es que se desenvuelven en el marco de una relación extremadamente desigual en la que uno representa lo determinado, y el otro, lo indefinido, lo ambiguo y lo residual.

Esta desigualdad explica, en buena medida, la diferencia entre ambos sistemas de financiación y la diferencia en la naturaleza del derecho sobre el que cada uno de ellos reposa y explica también que las políticas sociales públicas se hayan caracterizado por su falta de sistematización y articulación.

La aparición en España del Sistema Nacional de Dependencia abre unas expectativas indudables en este terreno. Existen estudios importantes que tratan estos complejos asuntos, clarificando la parte teórica de la cuestión, como el realizado por M<sup>a</sup> del Castillo Gallardo Fernández, de la Universidad Pablo de Olavides durante los años 2007-2008 ó un tratado en el que se desarrollan las claves para la construcción del Espacio sociosanitario en España (Antares Consulting, 2010).

Por lo tanto, lo que resta es que exista una decisión política enérgica tratando prioritariamente de diseñar el marco general del Espacio-sanitario a nivel nacional, que permita el desarrollo posterior en todas las Comunidades Autónomas. El desarrollo de los recursos necesarios para la implantación y desarrollo de la nueva Ley de Dependencia está siendo muy desigual entre los diversos territorios autonómicos y lo que nos queda es seguir atentamente para comprobar que la crisis económica que estamos padeciendo no repercuta en estos aspectos tan fundamentales para completar el estado del Bienestar.

La situación actual no es esperanzadora, por eso hay que pelear. La mayoría de las personas con padecimientos que obligan a una continuidad en la asistencia social y sanitaria, en el momento actual o tienen recursos familiares que se encargan de dicha asistencia (los menos) o bien se derivan a centros privados si las posibilidades económicas lo permiten (la mayoría) o bien se intentan acoger en recursos de ONGs que subsisten en condiciones precarias, descoordinadas entre sí y con los sistemas públicos y que consiguen a duras penas mantener una actividad que es muy meritoria pero que no resolverá en su justa medida los aspectos de atención universal, gratuita y financiada con servicios públicos en la atención socio-sanitaria, que sería lo que necesitan estas personas dependientes. Cuando se consigan estos hechos habremos completado el Estado del Bienestar.

Como destacó Vicenç Navarro en su participación en la Subcomisión de Sanidad en el Congreso de los Diputados, no podemos entender la sanidad, el árbol, sin entender el bosque, que es el Estado del Bienestar. Y para los que opinan que nuestro Sistema Sanitario Público es ineficiente aportó datos contundentes demostrando todo lo contrario, sobre distintos parámetros:

El porcentaje de la población adulta que trabaja en los servicios del Estado de Bienestar (España=10%, UE=15%, Suecia=23.8%), el gasto público en protección social como porcentaje del PIB (España=20.9%, UE-15= 27%, Suecia=30%) y otros. España es el país de la UE de índice de protección social más bajo después de Irlanda y Luxemburgo, entendiendo Protección Social como todo el gasto del Estado en Bienestar Social, incluyendo pensiones, sanidad, servicios sociales, vivienda social, etc.

El gasto público en Sanidad, como porcentaje del PIB aporta datos similares: España:5.7%, UE-15: 6.7%, Suecia:6.8% (utilizó el ejemplo de Suecia como el país que tiene el máximo desarrollo del Estado de Bienestar).

A modo de conclusiones, destacó que España tiene el gasto público por habitante en protección social más bajo de la UE-15 y que la convergencia económica que Europa exige se está haciendo a costa del aumento del déficit de gasto público social.

Mientras no se reaccione políticamente frente a estas tendencias, se está produciendo una privatización, a menudo descarada, de la atención socio-sanitaria, en base a la aparición creciente de recursos residenciales privados, que conocen las expectativas de mercado actuales y las necesidades imperiosas de aquellas personas y familias que las padecen.

Las instituciones públicas no deberían permanecer pasivamente contemplando esta dinámica porque están obviando sus responsabilidades.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bascuñana Quirell, A. Ponencia: Funciones actuales de las Casas de acogida para enfermos de Sida y sin domicilio. IV Jornada Hogar Gerasa, 2010. En [www.hogargerasa.org](http://www.hogargerasa.org)
2. Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la Institución Defensoría del Pueblo (Ararteko) al Parlamento Vasco. Abril, 2007.
3. Gallardo Fernández, M<sup>a</sup> del Castillo y cols. Universidad Pablo de Olavides, Sevilla: Estudio Financiado por FIPROS, 2007-2008. "Relación entre el futuro Sistema Nacional de Dependencia y la Seguridad Social, y entre aquel y el Sistema Nacional de Salud: posibles medidas de coordinación". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
4. "Espacio Socio-sanitario. Algo más que una corriente de opinión". Fabiola Moreno, Trabajadora Social. Hospital de Basurto. Bilbao, 2006.
5. Claves para la construcción del Espacio sociosanitario en España. Antares Consulting, Barcelona, Marzo 2010.
6. Dr. Vicenç Navarro. Intervención en la Subcomisión de Sanidad para el Pacto de Estado en la Sanidad dentro de la Comisión de Sanidad y Consumo. Madrid, 13 de Octubre de 2009 ([www.vnavarro.org](http://www.vnavarro.org)).

## **Análisis económico de la provisión y producción de servicios asistenciales sanitarios: ¿pública o privada?**

### **Francisco Reyes Santías**

*Licenciado en Derecho (Universidad de Barcelona)*

*BSc in Economics (University of London)*

*MSc in Health Economics (University of York)*

*Doctor en Ciencias Económicas (Universidad de A Coruña).*

*Profesor Asociado. Organización de Empresas. Universidad de Vigo.*

*Economista. Servicio Galego da Saúde. Unidad de Epidemiología e Investigación Clínica (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago).*

*Investigador. Instituto Universitario de Ciencias Neurológicas (Universidad de Santiago).*

### **Intervención del Estado**

El Estado realiza un conjunto amplio de actividades financiando bienes y servicios públicos, redistribuyendo la renta nacional a través de los impuestos y los gastos públicos incurridos para la provisión generalizada de ciertos servicios sociales.

Las razones teóricas para la intervención económica del Estado son, fundamentalmente, dos: el estado interviene para asegurar la equidad o justicia cuando los resultados en la distribución de la renta, la riqueza, ciertos bienes básicos y, en general, de los derechos a los que se llega en el mercado, es considerada injusta.

En ambos casos, los fallos del mercado justifican la actuación del Estado que se constituye en una instancia supletoria o complementaria del mercado.

#### **1. Intervención por motivo de eficiencia:**

En primer lugar, debemos comenzar por definir la eficiencia. La eficiencia exige que se obtenga el máximo bienestar posible para los ciudadanos de los recursos de que dispone la sociedad. Es posible pensar en un aumento del bienestar social redistribuyendo la producción o los recursos de los que ya disponemos sin que aumente la producción por lo que, según la definición dada de eficiencia, la redistribución por el Estado para mejorar la equidad, al aumentar el bienestar social, incrementaría la eficiencia con lo que equidad y eficiencia pasarían a ser la misma cosa.

Para diferenciar ambos conceptos (eficiencia y equidad), un sector de la doctrina define la eficiencia como la consecución del máximo bienestar posible sin redistribución obligatoria por parte del Estado, es decir, tomando como dada la distribución de recursos existente. En otras palabras, la eficiencia se conseguiría cuando no sea posible mejorar el bienestar de algún ciudadano sin que empeore el de algún otro, situación que se conoce como óptimo de Pareto y, una situación sería

ineficiente cuando fuese posible que algunos individuos mejoren su bienestar sin que nadie empeorase.

El problema que plantea el criterio de eficiencia de Pareto es que limita de forma extrema las situaciones que se pueden considerar como ganancias de eficiencia respecto de una situación previa. Si algún ciudadano pierde, aunque el resto de la población gane, no se puede estar seguro de que las ganancias de toda la ciudadanía menos uno sean mayores a la pérdida de bienestar de un individuo. El criterio paretiano se basa en el supuesto de la imposibilidad de comparaciones interpersonales de utilidad o bienestar; al no poder cuantificar las pérdidas y ganancias de bienestar, no se puede valorar si suponen una mejoría social los cambios que suponen ganancias de bienestar de unos y pérdidas de otros.

Para superar la rigidez del criterio de Pareto, es posible detraer una parte de las ganancias para compensar a los que pierden y aún obtener una ganancia neta para una parte de la población con lo que se podría sostener que se ha obtenido una ganancia de eficiencia.

La economía plantea que partiendo de una distribución dada de recursos, los mercados competitivos consiguen el objetivo de eficiencia en el sentido de Pareto, según el que nadie puede mejorar sin que otro empeore. De este modo, siempre que se produce un intercambio recibimos en bienestar más de lo aportamos, ya que si no, no realizaríamos el intercambio.

Al mismo tiempo, los mercados perfectamente competitivos eliminan a los productores ineficientes que incurren en costes más elevados. Por todo ello, los mercados competitivos, en los que no oferentes ni demandantes tienen capacidad para imponer las condiciones de intercambio, son espacios de intercambio voluntario que consiguen la eficiencia explotando todas las posibilidades de ganancias mutuas de bienestar.

De lo anterior se colige que la intervención del Estado por motivos de eficiencia se producirá cuando no existan mercados para el intercambio de ciertos bienes o servicios o cuando los mercados no sean competitivos. Esta intervención del estado se produce pues ante situaciones de fallos del mercado que determinan que los mercados no sean competitivos.

## 2. Intervención por motivo de equidad:

El resultado del funcionamiento libre del mercado en cuanto a la distribución de la renta, la riqueza o determinados bienes puede resultar poco equitativo o injusto. La desigualdad puede ser causada por la diferente dotación inicial de recursos económicos y posibilidades de los individuos, por su desigual capacidad natural o por contingencias y azares de la vida. A pesar de que un mercado competitivo pueda conseguir una asignación eficiente de recursos, la distribución resultante puede no ser equitativa.

El Estado desarrolla su actividad distributiva a través de diferentes mecanismos. Así, los impuestos gravan de forma más intensa a quienes tienen una mayor capacidad económica de modo que los ingresos obtenidos se utilizan en financiar programas de gasto como la sanidad, las pensiones o el subsidio de desempleo que benefician especialmente a los grupos de renta inferior.

También pueden establecerse normas para que los agentes económicos privados modifiquen su comportamiento permitiendo con ello la generación de rentas para los grupos de ciudadanos más desfavorecidos, como es el caso de promoción de contratación laboral de determinados grupos de trabajadores.

Desde una posición de corrección de las desigualdades, la intervención pública se justifica por el carácter de bien público de la mejora de la situación de los más desfavorecidos. La utilidad de los ciudadanos aumenta cuando aumenta la renta de los más pobres, pero dado que lo mismo les ocurre al resto de los ciudadanos, cada uno prefiere esperar a que sean los demás los que financien la redistribución. Dado que la redistribución es un bien público y que el mercado proveerá una cantidad insuficiente de redistribución por lo que el sector público intervendrá para imponer coactivamente la redistribución mediante la regulación, la legislación fiscal y los gastos públicos.

Dado que los beneficios redistributivos recaen sobre toda la población, su coste no debe ser financiado sólo por un grupo específico de rentas o de ciudadanos. Este es el motivo por el que su financiación se realiza a través de los impuestos que reparten la carga sobre toda la población, en función de criterios específicos de justicia distributiva. Los instrumentos redistributivos más importantes con que cuenta el Estado son los impuestos y los gastos públicos.

Existen diversos estudios sobre la incidencia distributiva de los ingresos y los gastos públicos. Respecto del efecto redistributivo del impuesto sobre la renta, Lasheras et al (1993) identifican que el impuesto, efectivamente genera un efecto redistributivo.

Sin embargo, en el caso del IVA (González Páramo et al, 1991), este empeora la distribución de la renta con unos tipos impositivos sobre la renta ligeramente regresivos ya que, si bien el tipo del impuesto es proporcional, el impacto del impuesto grava el consumo y, la propensión marginal de la renta al consumo disminuye a medida que se incrementa la renta, con lo que las rentas bajas dedican la mayor parte de esta al consumo, viéndose gravada por el impuesto en su mayor porcentaje, mientras que las rentas más altas dedican la mayor parte de esta al ahorro, estando por tanto no sujeta al impuesto sobre el consumo.

Referente a la incidencia distributiva de los gastos sociales en especie a las familias (a saber, educación, sanidad, vivienda y otras prestaciones sociales), en el estudio de Bandrés (1991) se determina que las transferencias en especie tienen un claro efecto redistributivo, siendo de todos los gastos la sanidad el que presenta un mayor efecto en la

redistribución de la renta. A similares conclusiones llegan los estudios de Medel et al (1990) y de Gimeno (1993), que muestran el carácter especialmente distributivo de los gastos en pensiones, sanidad y servicios sociales.

### **Intervención por motivos de eficiencia: fallos del mercado**

La expresión fallos del mercado aparece ante la discrepancia entre los supuestos del mercado perfectamente competitivo y el funcionamiento real de los mercados. La teoría convencional del mercado competitivo parte de varios supuestos fundamentales:

- a) Hay muchos vendedores, cada uno de los cuales trata de maximizar sus beneficios.
- b) Los bienes y servicios que se compran y venden son homogéneos.
- c) Los compradores están bien informados ya que conocen los precios y la calidad que ofrecen todos los vendedores.
- d) Existe libertad de entrada y salida para todos los vendedores en el mercado.

Cuando no se satisfacen estas condiciones, los productores ineficientes pueden sobrevivir y los precios pueden ser superiores a los costes de producción. Por ejemplo, si hay un **monopolista**, para un bien o servicio determinado sólo habrá un productor que lo ofrece en el mercado. Este bien o servicio no tendrá un sustituto cercano; es decir, ningún otro bien por el cual se pueda reemplazar y, por lo tanto, este producto es la única alternativa que tiene el consumidor para comprar y el precio que cobrará el monopolista será superior a sus costes de producción y al precio que existiría en un mercado competitivo.

En otras palabras, el monopolista podrá fijar el precio que maximice sus beneficios, que no coincide con el precio que maximizaría el bienestar social, y esto lo hace produciendo la cantidad de máximo beneficio que alcanza cuando vende todas aquellas unidades para las que el ingreso adicional (ingreso marginal) es superior al coste adicional (coste marginal); generándose una pérdida de bienestar social cuya corrección justifica la intervención estatal.

La competencia es reducida entre los hospitales, ya que la mayoría de las ciudades (y no solo las más pequeñas) cuentan con pocos hospitales (cuando no uno solo). Además, en caso de emergencia, una persona raras veces se encuentra en condiciones de elegir.

Igualmente, se dan situaciones de monopsonio, es decir, mercados con varios oferentes y un solo comprador. El monopsonio contrata a menos trabajadores y paga un salario menor que un mercado competitivo. En las localidades donde hay un solo hospital (la mayoría), los hospitales tendrán un importante poder de monopsonio en el mercado de contratación de profesionales sanitarios (Sullivan, 1989).

Por otra parte, una situación de selección adversa surge cuando una de las partes (el agente) dispone de información privada antes de firmar el

contrato. Estas situaciones de asimetría informativa se manifiestan también en el mercado de asistencia sanitaria. Así, un individuo que decide contratar un seguro de enfermedad con una compañía de seguros, tiene mejor información sobre su estado de salud que la empresa. Si la compañía de seguros ignora este hecho y fija la prima según las estadísticas del estado general de salud de la población, obtendrá pérdidas. Los individuos con baja probabilidad de contraer alguna enfermedad rechazarán el contrato porque la prima es demasiado cara. La compañía de seguros solo atraerá a los individuos con alta probabilidad de caer enfermos.

El resultado es que la población asegurada será una muestra sesgada de la población cuyo gasto medio en servicios de salud, que deberá pagar la compañía de seguros, es superior al gasto medio de la población en su conjunto y que ha sido la referencia utilizada por la compañía de seguros para el cálculo de las primas, lo que determina una solución ineficiente para el mercado de seguros de asistencia sanitaria.

En el mismo sentido podemos evaluar una situación como de riesgo moral, cuando la posesión de un seguro afecta a la conducta de quien lo tiene. El seguro puede afectar a las actividades que realiza el tomador del seguro para conservar su salud. Como no tiene que pagar todos los costes de las enfermedades puede suceder que no ponga el suficiente cuidado en prevenirlas.

Cuando el producto o servicio es heterogéneo y los consumidores no están perfectamente informados, es difícil saber si un precio más bajo significa una compra mejor o un servicio de peor calidad y cuando los consumidores no están informados sobre los precios que se cobran en todo el mercado, las empresas pueden subirlos por encima del nivel competitivo y perder solamente algunos clientes.

Mientras que se presupone que los consumidores están razonablemente bien informados cuando compran un automóvil o un televisor (ya que existen formas de obtener, con facilidad, la información necesaria), cuando se acude a un médico, lo que se compra es en gran medida los conocimientos de ese médico. Los pacientes deben confiar en las opiniones de este sobre el tratamiento necesario. Resulta más difícil valorar a los distintos médicos que valorar automóviles o televisores (Arrow, 1963).

La información imperfecta reduce el grado efectivo de la competencia (Salop, 1976. Los pacientes que vean que un médico cobra precios más bajos que sus competidores pueden deducir de ello que este médico no tiene una gran demanda de sus servicios y que, por ello, está tratando de atraer más clientes pero que la falta de demanda de sus servicios se debe a que no es buen médico. Es por ello, que la heterogeneidad de los servicios médicos dificulta la comparación de precio y calidad de los mismos e impide que se difunda rápida y eficazmente la información al respecto.

Según Stiglitz (1992, el hecho de que los médicos necesiten consultarse frecuentemente y compartir los hospitales puede reducir las presiones competitivas, haciendo una acertada referencia a Adam Smith, que en la Riqueza de las Naciones, escribió que los miembros del mismo gremio raras veces se reúnen, ni siquiera para divertirse, pero cuando lo hacen, la conversación siempre termina en una conspiración en contra de la gente o en algún acuerdo para subir precios”.

De hecho, Fuchs (1983) afirma que ante un incremento en el número de cirujanos en un territorio determinado, no bajaría el precio de las operaciones sino que aumentaría su número. Difícilmente un médico recomendaría una operación con el único objetivo de ganar más dinero, pero la opinión profesional sobre la conveniencia de realizarla estará condicionada por la cantidad de tiempo de que disponga el médico y la presión a la que esté sometido por parte de los otros pacientes que también la necesiten.

En este sentido, la demanda inducida por la oferta, entendida como la variación en la demanda de asistencia sanitaria asociada al poder de discrecionalidad del proveedor, generalmente el médico, sobre el paciente, como consecuencia de una ventaja en el nivel de información, responde habitualmente a los intereses del proveedor y no a los del paciente. Este es uno de los temas más controvertidos en la economía de la salud cuyo origen son las aportaciones de Roemer (1961) y su conocida ley: “una cama instalada es una cama ocupada”.

La asistencia sanitaria puede considerarse como un bien excluible, pero los costes sociales que generaría la exclusión serían muy altos, por lo que se determinaría su provisión pública (Gutiérrez Junquera, 1998). Así, algunas enfermedades, especialmente las infecto-contagiosas, generan externalidades negativas. En estos casos es conveniente regular el aislamiento de los enfermos y la vacunación obligatoria, lo que justifica la existencia de los servicios públicos de salud. Incluso la no asistencia de enfermedades no contagiosas impone unos costes sociales elevados.

En España, por ejemplo, el coste económico de la mortalidad prematura evaluada como pérdida de vidas en edad laboral, ascendió en 2005 a 9.136 millones de euros y la suma de la pérdida de producción estimada imputable a accidentes y problemas de salud (comprendiendo la mortalidad prematura y las situaciones de incapacidad permanente y temporal) sería el equivalente al 4,27% del PIB en España del año 2005 (Oliva, 2010). Del mismo modo, el trabajo estadounidense del National Institutes of Health (2006) presenta un coste total imputable a las enfermedades en el año 2006 de 2.499,2 miles de millones de dólares, de los que 529,8 miles de millones de dólares corresponden a fallecimientos prematuros, estimando dicho impacto en el 4,8% del PIB de EE.UU. en el 2006.

Igualmente, un estudio canadiense calcula el coste total imputable de las enfermedades en el año 1998 en 159.435 millones de dólares de los que la pérdida de producción imputable a mortalidad prematura se estimó en

33.481,5 millones de dólares; en total el 4,4% del PIB canadiense en el año 1998, por lo que la sanidad se consideraría un bien público impuro y no un bien privado categorizado como preferente, es decir aquellos bienes para los que la sociedad entiende que el estado no debe limitarse únicamente a suministrar información sobre el mejor nivel de consumo del bien sino que el estado debe obligar a consumir, como es el caso de los cinturones de seguridad o la educación elemental, en acertada aportación del profesor Gutiérrez Junquera (1998).

En relación con los costes sociales de exclusión, se dice que un bien o servicio presenta externalidades cuando genera efectos a terceras partes fuera del sistema de precios. Cuando estos efectos pueden contribuir al bienestar de esas terceras partes, se habla de externalidades positivas. Por ejemplo, la vacunación de la gripe de una parte de los trabajadores de una empresa, disminuye las posibilidades de que contraiga la infección el resto de la plantilla de la empresa.

La presencia de efectos externos reclama la intervención del estado para corregirlos. Esto es así porque en los mercados competitivos los sujetos económicos, tanto consumidores como empresas, toman sus decisiones en base a sus costes y beneficios privados, es decir, en sus cálculos no incorporan los efectos que sus decisiones de consumo y producción pueden causar a otros agentes o, dicho de otro modo, sólo consideran costes y beneficios privados pero no los costes y beneficios sociales. La consecuencia inmediata es que la asignación de recursos resultante es ineficiente, al conllevar las externalidades positivas un grado de subproducción y subconsumo.

### **Intervención por motivos de eficiencia (y 2): soluciones del sector público a los fallos del mercado**

Las causas anteriores de los fallos del mercado impiden que la economía sea eficiente si no interviene el Estado, es decir, la economía de mercado, en estos casos, si se la deja sola, no es óptima en el sentido de Pareto.

Los mercados de asistencia sanitaria difieren de los mercados competitivos convencionales porque no satisfacen ninguna de las condiciones necesarias para que funcione bien un mercado competitivo.

En este sentido, una explicación básica del papel del Estado en la provisión de los servicios médicos tiene su origen en las consecuencias de la desigualdad. Los servicios médicos son diferentes de la ropa, de las películas, de los automóviles y de la mayoría de las demás mercancías. El derecho a vivir, a través del acceso a los servicios médicos, no debe ser controlado por el mercado; teoría que se conoce como igualitarismo específico. Además, los gastos médicos reducen la capacidad de pago del individuo y el sistema tributario trata de compensar el "impuesto injusto" en palabras del Premio Nobel de economía Joseph E. Stiglitz (1992), que impone el destino a los individuos en forma de gastos médicos.

Así, la intervención del Estado ante una situación de monopolio podría devenir en una regulación de precios al nivel que maximice el bienestar social con una subvención suficiente para cubrir las pérdidas incurridas por el productor, o la opción de la producción pública del bien o servicio en caso de monopolio, con una discriminación de precios basada no en una contribución en proporción a los beneficios que se obtienen del sector público, esto es, como pago a los servicios públicos recibidos sino según su capacidad de pago, en función de sus posibilidades económicas.

Por otro lado, el monopsonio hace que el salario sea artificialmente bajo y un sindicato puede lograr que el salario suba, recuperando los trabajadores parte de las rentas que les ha arrebatado el monopsonio, siendo por lo tanto razonable el poder contrarrestar el poder de mercado del lado de la demanda (un monopsonio) con el poder de mercado del lado de la oferta (un sindicato) (O` Sullivan y Sheffrin, 2003)..

Con respecto al problema de selección adversa en el mercado de seguros de salud, para Arrow (1963) este problema constituye la base sobre la que se construyen los sistemas nacionales de salud, al ofrecer como solución un contrato de seguro agrupado para el conjunto de la ciudadanía, agrupando tanto a individuos de alto como de bajo riesgo, con una *subvención cruzada* obtenida a través del sistema impositivo, en el que el principio de la capacidad de pago es el determinante en la determinación del impuesto a pagar y no el principio del beneficio del servicio público prestado. En contraste con lo expuesto, Nyman (2002) sugiere que los países que han optado por un sistema nacional de salud son más eficientes en la redistribución y en el gasto del PIB en sanidad, frente a aquellos países como los EE.UU. donde el 17% de la población está excluido del proceso de redistribución por carecer de seguro de asistencia sanitaria.

El argumento a favor de la provisión pública de unos bienes por los que podría cobrarse al usuario consiste en que los costes en que se incurre cobrando por el uso son mayores que los costes en que se incurre recaudando los ingresos de otra forma como puede ser por medio de un impuesto sobre la renta.

Además, la administración del sistema de precios también tiene costes y, si estos son muy altos, puede ser más eficiente que el bien lo suministre el Estado y que sea financiado mediante los ingresos fiscales. De este modo, los elevados costes de los mercados privados de seguros han sido uno de los argumentos que se han esgrimido para que los suministre el Estado.

Los seguros no satisfacen la segunda propiedad de los bienes públicos; por poner un ejemplo, el coste marginal de asegurar a una persona más es aproximadamente igual al coste medio.

Los costes administrativos de muchos tipos de seguros (y entre ellos los seguros de asistencia sanitaria) en que se incurre, cuando estos son suministrados por empresas privadas, representan más del 20% del

valor de las indemnizaciones, en contraste con los costes administrativos en que incurre el Estado, que normalmente representan menos del 10% del valor de las indemnizaciones (Stiglitz, 1992).

Para los bienes rivales con coste positivo de exclusión (bienes públicos impuros), cuanto mayores sean los costes de exclusión y de transacción y menores sean los costes de rivalidad, más deberá la economía inclinarse por la provisión pública del servicio.

Es decir, la provisión pública generará una ganancia para la sociedad derivada del ahorro de los costes de exclusión, del ahorro de los costes de transacción y de la ganancia derivada de los nuevos consumidores como consecuencia de la supresión de los costes de exclusión frente a la pérdida de eficiencia derivada de un consumo excesivo del servicio, al ser este provisto por el Estado (Gutiérrez Junquera, 1998).

En las situaciones en las que hay una externalidad positiva, el Estado debe conceder subvenciones que estimulen el consumo del bien o servicio o proveerlo públicamente, lo que provocará un incremento en el consumo al ahorrar los costes de exclusión y los costes de transacción.

Ejemplos de este comportamiento eficiente serían no solo la prestación de servicios de asistencia sanitaria sino otros como la subvención de los gastos realizados para la restauración de monumentos históricos o su tratamiento fiscal favorable, debido a que toda la sociedad se beneficia de la evitación de un infra-consumo de asistencia sanitaria o de la conservación del patrimonio nacional (Stiglitz, 1992).

Un mercado privado de servicios públicos asistenciales da lugar a una infraprovisión de información. Para corregir esta situación se puede apelar a la provisión pública de información, lo que ayudaría a diseminar información (Martínez Giralt, 2010).

La provisión pública de la sanidad significa la financiación pública de un servicio sanitario para toda la población, en correspondencia con su carácter de bien público impuro. La alternativa a la provisión pública sería la provisión privada por la que las familias compran directamente la asistencia sanitaria o suscriben seguros sanitarios privados.

Para evitar la desprotección sanitaria de las personas con menos recursos que no tuvieran acceso a la medicina privada, se instrumenta un sistema público gratuito que cubra la asistencia sanitaria. Debe señalarse que una cobertura sanitaria parcial, que cubriera sólo la asistencia sanitaria básica, si bien reduciría las diferencias en cantidad y calidad que se pudieran recibir en función de la renta, no solo no eliminaría en su totalidad esas diferencias por nivel de renta, quebrando el planteamiento de equidad categórica, sino que podría generar efectos externos sanitarios y sociales negativos.

Por tanto, la provisión pública de la sanidad, además de garantizar un elevado grado de igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, permite introducir elementos de equidad redistributiva en la financiación del

gasto sanitario a través de impuestos progresivos sobre la renta, lo que no sería posible con un sistema de provisión privada en el que los individuos pagarían un seguro privado en función de sus riesgos sanitarios y su nivel de renta.

Si asumiésemos que los riesgos sanitarios no estén correlacionados con el nivel de renta, el gasto sanitario esperado por persona sería el mismo, lo que significaría una proporción creciente sobre la renta cuanto menor fuere el nivel de renta. Esto sin tener en cuenta que grupos específicos, como los enfermos crónicos, deberían pagar primas muy elevadas por sus seguros sanitarios que podrían quedar fuera de sus posibilidades de pago.

Con respecto al problema del control del posible consumo excesivo de servicios de asistencia sanitaria como consecuencia de la demanda inducida, en los sistemas públicos el pago de la asistencia sanitaria y su prestación son realizadas por el sector público por lo que no existen incentivos económicos a la expansión del gasto. Sin embargo, si la financiación y la asistencia sanitaria son realizadas por dos empresas privadas diferentes, de tal modo que la aseguradora paga la asistencia sanitaria en el centro elegido por el asegurado, entonces existe un incentivo económico del centro sanitario asistencial para expandir el gasto o aceptar las posibles demandas de gasto excesivo por parte de los pacientes.

Con un sistema de producción privada el usuario puede elegir el centro sanitario. Si los hospitales privados buscan la maximización de sus beneficios y, teniendo en cuenta que la demanda de servicios sanitarios es en buena parte determinada por los oferentes (información imperfecta, producto heterogéneo, demanda inducida), existe el riesgo de que los costes sanitarios desborden los necesarios para el correcto mantenimiento de la salud. En un sistema de producción pública es reduce sustancialmente el incentivo económico a la expansión del gasto (Gutiérrez Junquera, 1998).

Atendiendo al fallo de mercado conocido como riesgo moral, que determina que ante una situación de cobertura de seguro de asistencia sanitaria, se produzca un aumento de la demanda de servicios médicos simplemente porque el paciente tiene muy poca sensibilidad a los costes que genera, por lo que es preciso articular mecanismos de incentivos que disciplinen el asegurado.

Así, el Estado actualmente puede disponer de la información relevante para determinar, en función de la situación personal de cada ciudadano, el nivel racional de demanda de servicios sanitarios. En esta situación, podría informar a todos los ciudadanos que está dispuesto a compartir el ahorro del gasto público que se obtendría por la reducción del "consumo innecesario". Anualmente compararía el consumo de cada ciudadano con el que se considerase razonable en función de sus condiciones personales y realizaría una bonificación, mediante la reducción en el pago de impuestos, a aquellos ciudadanos que realizasen un uso racional de los servicios de sanidad.

Con este método de bonificación se produce un incentivo al usuario para que demande los servicios sanitarios con racionalidad, por lo que se provocaría una reducción de la demanda de los servicios sanitarios. El ahorro conseguido con la reducción del gasto sanitario sería compartido entre el Estado y los ciudadanos por lo que la suma de todas las bonificaciones no podría superar el ahorro obtenido por los incentivos introducidos (Gómez Ciria, 2000).

### **Privatización de servicios públicos asistenciales**

Otra cuestión a tener en cuenta es la aproximación al concepto de privatización. Bel (2006) [Bel, G. 2006. Economía y política de la Privatización Local. Fundación Rafael del Pino, Colección Economía y Empresa. Editorial Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, Madrid] establece que en 1941, apareció publicado el libro de Maxine Sweezy "The Structure of the Nazi Economy", en el cual el autor analiza la política económica nazi y le atribuye un papel central a la relación entre poder político y negocios privados. Es precisamente al analizar esta relación cuando Sweezy emplea el término "reprivatización", en la que probablemente sea la primera ocasión en la que se utiliza este término en inglés en el conjunto de la literatura de las ciencias sociales.

El autor expone que los grandes industriales apoyaron el acceso de los nazis al poder y su política económica y como recompensa por el apoyo del mundo de los negocios, los nazis "dieron evidencia cumplida de su buena voluntad devolviendo al capitalismo privado varios monopolios poseídos o controlados por el estado" cuya implicación práctica fue que la "clase capitalista continuase sirviendo como buque insignia de la acumulación de la renta. Además, los beneficios generados por el retorno a manos privadas han ayudado a la consolidación del partido nazi en el poder".

Un año después, Singer (1942) expone que la política en la Alemania nazi era defendida con el argumento de que impulsaba la libertad económica y un componente de esta política era "la reprivatización, fábricas y maquinaria que hasta entonces sólo habían sido alquiladas a empresarios privados son ahora vendidas a los mismos".

A su vez Merlín (1933) analiza la intervención del Partido Nacionalsocialista en las estructuras productivas alemanas estableciendo que "el partido, además, facilita la acumulación de fortunas privadas e imperios industriales por sus principales líderes y colaboradores a través de la privatización y otras medidas, intensificando con ello la centralización de los asuntos económicos y del gobierno en un grupo cada vez más estrecho que, a todos los efectos prácticos, puede denominarse la élite nacionalsocialista".

Es sin embargo, a mediados de la década de los ochenta cuando, como consecuencia del proceso de privatización impulsado por Margaret Thatcher en el Reino Unido y su extensión a países como Chile, Francia, España u Holanda, que en el ámbito académico comenzaron a suscitar

interés creciente las diferentes aproximaciones a la delimitación del término privatización.

La mayoría de las acepciones que ofrece la literatura son aproximaciones concretas y específicas, centradas en la transferencia de actividad productiva desde el sector público al sector privado.

Así, Savas (1987) define privatización como el acto de reducir el papel del gobierno o aumentar el papel del sector privado en una actividad o en la propiedad de activos; Hanke (1987) se refiere al término como contratación o venta al sector privado de funciones o empresas de propiedad pública o controladas por el gobierno; Donahue (1989) lo define como la práctica de delegar responsabilidades públicas en el sector privado; para Starr (1989) supone el cambio desde lo público a lo privado en la producción de bienes y servicios; según Domberger, Meadowcroft y Thompson (1986) la privatización implica la transferencia al sector privado de actividad desempeñada antes por la administración y atendiendo a Sappington y Stiglitz (1987) es la transferencia del desempeño de actividades productivas desde el sector público al privado.

La privatización puede efectuarse mediante la venta de activos en manos del sector público o mediante la delegación al sector privado de la producción de servicios que antes eran producidos directamente por el sector público y ello, mediante bien un contrato de servicios bien mediante un acuerdo de concesión.

Con la contratación externa se contratan servicios públicos a empresas externas privadas o públicas. El contrato acostumbra a especificar con cierto detalle el precio y cuestiones relativas a la cantidad y la calidad del servicio. La administración financia el servicio por medio de su presupuesto y paga directamente a los contratistas con los que ha contratado la producción. Ejemplos habituales en que la privatización se realiza mediante el contrato externo son los de limpieza de edificios públicos o el mantenimiento de equipamiento.

El acuerdo de concesión es la autorización a empresas privadas para que produzcan un servicio en una determinada área geográfica. La concesión acostumbra a tener carácter exclusivo por lo que se otorga el monopolio de la actividad en el ámbito territorial para el que la concesión es otorgada. La administración suele regular el nivel y la calidad del servicio e incluso el precio, pero son los usuarios quienes pagan el servicio directamente a la empresa concesionaria que lo produce.

En ocasiones se afirma que en el caso de la contratación externa no se está ante una privatización en sentido estricto, puesto que el sector público acostumbra a reservarse un importante espacio de decisiones y, además, el contrato o concesión al agente privado tiene carácter temporal y no indefinido.

Es cierto que la contratación externa no conlleva generalmente la transferencia de activos físicos. Pero, como indican Vickers y Yarrow

(1991), mediante la contratación externa se está transfiriendo un activo: un contrato de servicio o un acuerdo de franquicia. Los derechos sobre cualquier excedente financiero que resulte de esta actividad se trasladan al contratista externo y el derecho a las ganancias residuales es un elemento central de lo que se entiende por propiedad.

Por lo tanto, es apropiado hablar de privatización también en este caso, aunque su naturaleza e implicaciones económicas sean distintas de las de la venta de empresas públicas.

### **Aproximación pragmática a la privatización**

En principio no es imprescindible que el gobierno responsable de proveer un servicio público se encargue también de su producción, ya que cuando los contratos o la regulación son perfectos, no existen diferencias relevantes entre la producción pública y la contratación externa de servicios públicos. Pero lo cierto es que esta situación ideal es muy poco frecuente.

Así, en una concesión a la empresa privada, el gestor tiene incentivos para reducir los costes deteriorando la calidad. En este sentido el gestor puede reducir los costes sin autorización del gobierno, que será perjudicado por la reducción no buscada de la calidad.

En cambio, si el gestor desea realizar inversiones que mejoren la calidad del servicio intentará renegociar con el gobierno un aumento de precios para recuperar su inversión. Es muy probable que esta renegociación impida al gestor beneficiarse totalmente de su innovación, lo que reduce los incentivos a la mejora de la calidad (Bel, 2006). En suma, los productores privados tienen más incentivos para innovar en reducción de costes, pero estos incentivos pueden llevar a reducir la calidad (Shleifer, 1998); es la hipótesis de degradación de la calidad.

Existe todo un conjunto de problemas con los que se enfrenta la contratación externa de servicios públicos y que de modo excelente evalúa Bel (2006).

El primero es que la contratación pública es un proceso dinámico que se mueve desde una estructura de mercado competitivo hacia una estructura de carácter monopolístico (Sclar, 2000), ya que aunque el proceso de licitación y adjudicación haya sido competitivo, el mismo otorgamiento del contrato transforma el mercado en un monopolio bilateral. El contratado tiene incentivos para intentar asegurarse el mantenimiento del control sobre el contrato, mediante prácticas restrictivas de la competencia. Las empresas dedicarán esfuerzos a la obtención de influencia política, por un lado, y por otro intentarán llegar a acuerdos de colusión entre ellas (Vickers y Yarrow, 1991).

Por otro lado, las empresas pueden plantear ofertas "a la baja". En un contexto de incertidumbre (y la producción y prestación de servicios está sometida a situaciones de cambio, difícilmente prevenibles ex-ante en el contrato) las empresas que realizan las ofertas más aventureras con

mayor calidad a menor precio, resultarán premiadas con la adjudicación. Sin embargo, tras conseguir el contrato, la empresa puede aprovechar la existencia de costes de ruptura del contrato (Dnes, 1995) para reclamar una renegociación, argumentando la aparición de costes no previstos o puede erosionar la calidad del servicio.

Además, y siguiendo a Dnes (1995), existe el problema de los activos de larga duración y las posibles ventajas que estos puedan aportar al concesionario actual. Si la vida de los activos es superior a la del contrato, el concesionario previo podría jugar con ventaja en licitaciones posteriores, ya que no habría de asumir el coste completo de la inversión necesaria para cumplir el siguiente contrato.

En este contexto, la posibilidad de infra-inversión ha sido señalada por Viscusi, Vernon y Harrington (1995) al indicar que los contratos largos son incompletos y que sus condiciones tienen que renegociarse con el transcurso del tiempo. Los contratos largos permiten la evolución al alza de los precios.

Además, según Sclar (1997) una vez que el concesionario controla los activos críticos (instalaciones, personal, etc.), el sector público se encuentra con una nueva desventaja como es que el coste de romper el contrato con el concesionario ya instalado es muy alto. El cambio de productor comporta costes de diversos tipos, el posible deterioro del servicio por el concesionario cesante, los generados por los costes de transacción adicionales derivados del cambio o la incertidumbre asociada al desempeño del nuevo contratista. La tendencia resultante es favorecer la renovación continuada del contrato al concesionario presente. Esto puede llegar a condicionar el diseño del contrato y el desarrollo de su proceso y restringir en la práctica la competencia.

Según Lowery (1998), muy pocos contratos son desarrollados de forma competitiva y, una vez creado el contrato, éste tiende a ser renovado de forma rutinaria.

La contratación externa, además, implica costes de transacción elevados, en particular representados por la frecuencia de la supervisión que los gobiernos adoptan cuando el riesgo de fallo del contrato es elevado (Brown y Potoski, 2003).

Uno de los mayores intereses al privatizar una empresa es saber si será más o menos eficiente que cuando era una empresa pública. Así, para intentar conocer la respuesta a ésta cuestión es preciso analizar algunos estudios empíricos. Sin embargo, no se puede dejar de considerar algunas dificultades en éstos análisis.

Son dificultades que incluyen problemas para medir las variables clave (como la eficiencia asignativa), la escasez de casos en los que se pueda comparar entre empresas públicas y privadas similares, el tiempo relativamente corto que transcurrió desde la privatización de muchas de las grandes empresas y las dificultades para distinguir entre los efectos sobre la eficiencia debidos a cambios de propiedad, competencia o regímenes reguladores (Vickers y Yarrow, 1996).

Después de estas consideraciones, ¿es verdad que las empresas públicas después de privatizadas son más eficientes? ¿Privatización es sinónimo de competencia y eficiencia?.

Kay y Thompson en 1986, consideraron que realmente puede haber problemas de mala gestión en un empresa pública, pero que el origen del problema puede estar relacionado con el tipo de mercado en el que la empresa se desarrolla. Esta afirmación de los autores se basa en un estudio elaborado sobre líneas aéreas del Canadá, que a pesar de ser una empresa pública, resultó ser rentable, aunque estuviera actuando en el mercado competitivo de los Estados Unidos.

Como conclusión, Kay y Thompson (1996) consideraron que la baja eficiencia puede resultar del entorno en que opera la empresa más que de la estructura de la propiedad y, por lo tanto, hay empresas públicas eficientes e ineficientes, y empresas privadas eficientes e ineficientes. Así, si el mercado no es competitivo, la empresa privada no actuará mejor que la pública, al contrario, posiblemente peor. Por lo tanto, si la privatización se realiza en un mercado no competitivo, podrá resultar muy perjudicial.

Otro estudio elaborado por Robert Millward (1982), establece que no se puede considerar como general el principio de que el sector público sea más ineficiente que el sector privado. Para él, lo que pasa es que en el sector público se encuentran factores políticos extraeconómicos que actúan sobre la empresa pública que no están presentes en el sector privado.

Por otro lado, afirma que no se puede aplicar métodos científicos de comprobación generalizada, ya que es imposible que un mismo servicio sea gestionado a la vez por el sector público y el sector privado y en las mismas circunstancias; y por lo tanto, la diferencia en el rendimiento puede ser debida a factores exógenos a la economía.

Además, las diferencias en los rendimientos de los servicios prestados por los sectores público y privado pueden tener origen más por la entrada en competencia o en un mercado competitivo, de lo que por la privatización de la empresa (Ruza, 1994). De esta forma para Ruza, se puede concluir que el mero hecho de privatizar una empresa pública no garantiza automáticamente un incremento en su eficacia económica y financiera.

Por otro lado, la privatización no debe ser equiparable automáticamente con una mayor competencia. Según Bell (1996), la privatización no resuelve un requisito crucial para mejorar la eficiencia de la economía, que sería la introducción de competencia en los mercados. Así, la simple transformación de un monopolio público en otro privado no altera la esencia del problema desde el punto de vista de la eficiencia: un monopolio es un monopolio, sea público o privado, y tenderá a comportarse como tal.

Bajo otro enfoque, para Fernández C. (1991), cuando se afirma que la empresa privada es más eficiente al reducir los costes de los servicios por concentrar más la responsabilidad en quien toma las decisiones (arriesga la propia riqueza, se somete a las presiones del mercado y soporta el riesgo de ser expulsado del mercado), lo que se está poniendo de manifiesto no es una ineficiencia natural de la empresa pública por razón de su propiedad, sino la ausencia de unos criterios de responsabilidad en la misma (o en los políticos que la controlan) que den lugar a unos resultados similares a los del mercado privado.

La cuestión, por tanto, está más bien en determinar criterios de responsabilidad eficiente en los políticos, de tal forma que estos soporten también los 'costes' de su gestión: la expulsión del mercado político, la pérdida de sus ingresos y la incursión en responsabilidades legales e incluso patrimoniales propias. Si esto no es así, algo falla en la democracia que conduce, por sus propias reglas, a la ineficiencia política.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arrow, K. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53 (5).
2. Bandrés, E. 1991. Progresividad, equidad y efectos distributivos de los gastos sociales en España. *Hacienda Pública Española*, nº 117-1.
3. Bel, G. 2006. *Economía y Política de la Privatización Local*. Fundación Rafael del Pino. Colección Economía y Empresa. Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A. Madrid.
4. Bell, G. (1996). Privatización y desregulación: cuando la liberalización no basta para aumentar la competencia, en Bell, G. (editor), *Privatización, desregulación y ¿competencia?* Madrid, Ed. Cívitas.
5. Brown T.L., Potoski, M. 2003. Managing contract performance: A transaction cost approach. *Journal of policy Analysis and Management*, 22 (2).
6. Dnes, A.W. 1995. *Franchising and privatisation*. Washington DC: The World Bank.
7. Domberger, S., Meadowcroft, S.A., Thompson, D.J. 1986. Competitive tendering and efficiency: The case of refuse Collection. *Fiscal Studies*, 7 (4).
8. Donahue, J.D. 1989. *The privatization decision. Public ends, private means*. New York: Basic Books.
9. Fernández C. (1991). Los componentes público y privado del Estado de Bienestar: Una perspectiva constitucional, en Rodríguez Cabrero, G. (comp.), *Estado, privatización y bienestar. Un debate de la Europa actual*. Barcelona, ICARIA y FUHEM.
10. Fuchs, V. 1983. *Who Shall Live? Health Economics and Social Choice*, Basic Books, Nueva York.
11. Gimeno, J.A. 1993. Cambios en la incidencia redistributiva del gasto público. *Cuadernos de Actualidad*, nº 5. Hacienda Pública Española.
12. Gómez Ciria, A. 2000. La reforma de la sanidad pública. Introducción de criterios de mercado, en Martínez Álvarez, J.A. (coord.) *Economía del Sector Público*. Ariel Economía. Barcelona.
13. Gozález Páramo, J.M., salas de Mármol, R. 1991. Incidencia redistributiva del IVA. *Hacienda Pública Española*, nº 119-3.
14. Gutiérrez Junquera, P. 1998. *Curso de Hacienda Pública*. Ediciones Universidad. Salamanca.
15. Hanke, S.H. 1987. Preface, en Steve H. Hanke (ed.), *Privatization and Development*. San Francisco (CA): Institute for Contemporary Studies.
16. Kay, J.A. y Thompson, D.J.. (1996). La privatización: una política necesitada de base racional, en Bel, G. (editor), *Privatización, desregulación y ¿competencia?* Madrid, Ed. Civitas.
17. Lasheras, M.A., rabadán, I., salas, R. 1993. Política redistributiva del IRPF entre 1982 y 1990. *Actas del Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza en España*. Fundación Argentaria, Madrid.
18. Lowery, D. 1998. Consumer sovereignty and quasi-market failure. *Journal of Public administration research and Theory*, 8 (2).
19. Martínez Giralt, X. 2010. Introducción a la economía de la salud. En *Fundamentos de Economía y Gestión de la Salud*. Universidade de Santiago de Compostela. Santiago. España.

20. Medel, B., Molina, A., Sánchez Maldonado, J. 1990. Los efectos distributivos del gasto público en España, en *Incidencia del gasto público en España*. Monografía nº 91. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.
21. Merlín, S. 1943. Trends in German economic control since 1933. *Quarterly Journal of Economics*, 57 (2).
22. Millward, R. (1982). *The Comparative Performance of Public and Private Ownership, in The Mixed Economy*, E. Roll. ed. London, U.K.: Macmillan.
23. National Institutes of Health (2006): National Heart, Lung and Blood Institute. *Fact Book. Fiscal Year*.
24. Nyman, J.A. 2002. *The Theory of Demand for Health Insurance*. Stanford University Press. Stanford, California. USA.
25. Oliva, J. 2010. Pérdidas laborales ocasionadas por la enfermedad y problemas de salud en España en el año 2005. *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales*, nº 5/10.
26. O'Sullivan, A., Sheffrin, S.M. 2003. *Economía. Principios e Instrumentos*. Pearson, Prentice Hall. Madrid.
27. Roemer, M.I. 1961. Bed Supply and Hospital Utilization: A National Experiment. *Hospitals*, J.A.H.A. 35.
28. Ruza, J. (1994). *La privatización y la reforma del sector público*. Madrid, Minerva Ediciones.
29. Salop, S. 1976. Information and monopolistic competition. *American Economic Review*, mayo.
30. Sappington, D.E.M., Stiglitz, J.E. 1987. Privatization, information and incentives. *Journal of Policy Analysis and Management*, 6 (4).
31. Savas, E.S. 1987. *Privatization: The key to better government*. Chatham (NJ): Chatham House Publishers.
32. Shleifer, A. 1998. State versus private ownership. *Journal of Economic Perspectives*, 12 (4).
33. Singer, H.W. 1942. The German War Economy-VII. *Economic Journal*, 52 (208).
34. Starr, P. 1989. The meaning of privatization, en S.B. Kamerman y A.J. Kahn (eds.), *Privatization and the Welfare State*. Princeton (NJ): Princeton University Press.
35. Stiglitz, J.E. 1992. *La economía del sector público*. Editorial Bosch. Barcelona.
36. Sullivan, D. 1989. Monopsony power in the market for Nurses. *Journal of Law and Economics*, 32.
37. Sweezy, M. 1941. *The Structure of the Nazi Economy*. Cambridge. Harvard University Press.
38. Vickers, J., Yarrow, G. 1991. Economic perspectives on privatization. *Journal of Economic Perspectives*, (5) 2.
39. Vickers, J. y Yarrow, G. (1996). Aproximaciones económicas a la privatización, en Bel, G. (editor), *Privatización, desregulación y ¿competencia?* Madrid, Ed. Civitas.
40. Viscusi, W.K., Vernon, J.M., Harrington, J.E. 1995. *Economics of regulation and antitrust*. Cambridge (MA): MIT Press 2ª edición.

## **Cambios poblacionales que afectan a la planificación de recursos humanos sanitarios<sup>64</sup>.**

### **Enrique Orsi**

*Diplomado en Enfermería*

*Hospital Universitario "12 de Octubre" de Madrid*

### **Agustín Reoyo**

*Médico de Atención Primaria*

*Servicio Madrileño de Salud*

La población española exhibe una pirámide de tipo regresivo<sup>65</sup>, en la que predominan los varones hasta el grupo de edad 45-49 años. Las mayores diferencias por sexo se encuentran en el bloque 25-39 años.

Estas diferencias se ven reforzadas por la población inmigrante, que tiene las mismas características de predominio de varones hasta los 49 años, con picos en los bloques 15-19 y 25-39 años. No obstante, la proporción de varones frente a mujeres supera a la de la población española en los menores de 29 años. A partir de entonces la desproporción entre la población inmigrante es más matizada que entre la española, llegando a eliminarse las diferencias entre hombres y mujeres en los tramos de mayor edad, que son muy características de las pirámides de población de los países desarrollados.

La previsión de crecimiento vegetativo 2009-2019 (tasa=2.46%) se contrae notablemente respecto a la medida en el periodo 2002-2008 (11.87%), pero con fuertes desigualdades. Las regiones de mayor crecimiento previsto hasta 2019 son las de la costa levantina, los archipiélagos y las provincias de Toledo y Guadalajara, y las de mayor contracción las provincias de Castilla León, Asturias y Galicia.

La migración interior tiende a disminuir en todas las provincias, cayendo notablemente en las grandes ciudades (Madrid, Barcelona, Alicante y Valencia). La inmigración exterior, tras el fuerte incremento detectado entre 2002 y 2007, se ha reducido entre 2007 y 2009, con una previsión de disminución fuerte en los próximos años.

Este panorama tan cambiante incide necesariamente en la planificación de los recursos humanos sanitarios. Será necesario adecuar el número de profesionales a la población existente, así como a las necesidades de salud variables de poblaciones rejuvenecidas, envejecidas, o con segmentos de edad predominantes debido a los fenómenos migratorios.

Esto debe hacer a los gestores olvidarse de crear una foto fija de un sistema sanitario ideal, que sólo habrá ampliar o disminuir en función del número de

---

<sup>64</sup> El estudio estadístico poblacional ha sido realizado por los autores a partir de las series estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística, disponibles en: [www.ine.es](http://www.ine.es)

habitantes. De hecho, se detectan cambios que afectan profundamente a la organización de los recursos sanitarios. Mientras que de 1997 a 2008 las tasas de ingresos y consultas por cada 1000 habitantes han aumentado, la tasa de camas instaladas totales y psiquiátricas ha bajado<sup>66</sup>. Sin embargo, la tasa de plazas en hospitalización de día ha aumentado.

Esta reducción de los tiempos medios de ingreso y este cambio del modo en que se ofrece el servicio, obliga a introducir modificaciones en la planificación de los recursos humanos. También habrá que introducirlos en función de los avances tecnológicos, que modifican la cartera de servicios y los procedimientos médicos.

Aquí cabe la posibilidad de comparar la evolución de los centros privados y los públicos. Mientras que la tasa de consultas por cada 1.000 habitantes ha aumentado en la sanidad pública un 14%<sup>67</sup>, la de consultas privadas ha crecido un 89%. Sin embargo, en cuanto al número de ingresos, la tasa de los hospitales públicos se mantiene estable y la de los privados crece un 6,7%.

Se puede concluir que la sanidad pública ha mejorado la rentabilización de sus camas en los últimos años, pues la cartera de servicios no ha variado ostensiblemente, si acaso ha aumentado y mejorado. Sin embargo, la sanidad privada sí está sometida a más cambios en su cartera de servicios. Al incrementar la tasa de consultas muy por encima de la tasa de ingresos, debemos pensar ¿dónde está el negocio?

Efectivamente, los esfuerzos de la sanidad privada van dirigidos hacia las actividades más lucrativas, las que consumen menos recursos y facturan rápido. Así, la relación hospitalización/consulta, es mucho mayor en la sanidad pública. Mientras que la sanidad pública concentra el 75% de los ingresos y el 86% de las consultas, sólo dispone del 63% de los equipos de TAC, el 41% de los equipos de RNM, el 55% de los equipos de litotricia, el 58% de las salas de hemodinámica y el 68% de los equipos de angiografía. Por el contrario, los equipos de hemodiálisis (tratamientos crónicos muy largos) pertenecen a la sanidad pública en un 78% y su ritmo de crecimiento es muy superior al de la sanidad privada (la tasa de equipos implantados por cada 1.000 habitantes ha crecido un 25% desde 1997, frente al 1,8% de la sanidad privada).

Además, la evolución desde 1997 de estos servicios tiende a reforzar más los más lucrativos en la sanidad privada, pues han crecido las tasas de implantación por cada 1.000 habitantes desde 1997: TAC 49%, RNM 165%, salas de hemodinámica 74%, equipos de angiografía 47%. Los tratamientos

---

66 Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Madrid. 12/10/2010.

67 El estudio estadístico de recursos materiales y humanos sanitarios ha sido realizado a partir de las series publicadas por el Ministerio de Sanidad y Política Social, disponibles en: [www.msps.es](http://www.msps.es)

menos rentables de los estudiados han crecido a menor ritmo (equipos de hemodiálisis 1,8%) o incluso han descendido (equipos de litotricia -16%).

Varias tesis pueden explicar por qué se da esta situación. La sanidad privada elige la cartera de servicios que ofrece, y con ello el tipo de pacientes que trata. Es evidente que, como cualquier empresa con fines lucrativos, elegirán aquellas áreas de negocio más rentable, desdeñando a los pacientes crónicos, con tratamientos largos y costosos. Esta rentabilización económica puede hacerles también limitar los ingresos hospitalarios y la oferta de alternativas terapéuticas más caras, independientemente de la mayor efectividad que pudieran tener.

Todos estos cambios obligan al sistema educativo a adecuar continuamente la oferta formativa a las necesidades reales, y al sistema sanitario público a prever la disponibilidad de profesionales cualificados, pues una competencia de los servicios externos al sistema público nacional (privados, países de nuestro entorno...) puede desestabilizarle en determinados periodos.

Además, las diferencias entre Comunidades y la alteración de los flujos migratorios tradicionales, obligarán al sistema sanitario a redistribuir sus efectivos en función de éstas, pues se pueden dar carencias en determinados territorios mientras en otros existir exceso de profesionales.

Sin embargo, el gran reto que debe asumir el sistema sanitario, que compromete incluso su viabilidad, es el progresivo envejecimiento de la población.

En 2010, la población mayor de 64 años supone el 14,6% en varones y el 19,8% en mujeres. La proyección para 2020 y 2049 es de 17/22,5% y 29,8/38,8%, respectivamente. Más de un tercio de la población estará en edad legal (actual) de jubilación. También es de destacar que dentro de este grupo de edad, aumentará notablemente el porcentaje de los muy mayores (de 85 años o más). La situación en 2010 y la proyección para 2020 y 2049 es: 1,5/3,1%, 2,3/4,5% y 5,2/9,4%, respectivamente.

## **Recursos humanos sanitarios**

### **Estudio cuantitativo:**

Los profesionales sanitarios colegiados no dejan de aumentar en España. Las series estudiadas van de 1998 a 2009. Se aprecia un incremento en todas las categorías más acentuado en odontólogos y estomatólogos, con una tasa de crecimiento acumulada de 102%; podólogos (serie desde 2003) 56%; farmacéuticos, auxiliares de Enfermería y diplomados en Enfermería, con tasas algo superiores al 30%; y matronas, fisioterapeutas (serie desde 2006) y médicos con tasas entre 15 y 28%.

La tasa de feminización es elevada en el sector. En todas las categorías se está reforzando la presencia femenina, excepto en matronas (aún así se sitúa en 93% en 2009) y fisioterapeutas, que se mantiene estable. En médicos, estomatólogos y odontólogos, en 2009, la situación ya es casi de paridad. En el resto las mujeres están más representadas que los hombres y tienden a estarlo más aún.

El crecimiento de población para el mismo periodo es del 17%. Por lo tanto, el crecimiento de profesionales supera al de población, sobre todo debido a los diplomados de Enfermería, excepto en el caso de las matronas. Pero hay que tener en cuenta que el número de nacimientos proyectado no deja de descender hasta 2018, por lo menos, aunque hasta ahora venía creciendo a un ritmo lento.

Si observamos al personal médico en formación, veremos que la tendencia se refuerza, pues también han crecido proporcionalmente más que la población general.

En España desarrollan su labor, por cada 1.000 habitantes<sup>68</sup>:

Médicos	4,7	Podólogos	0,1
Odontólogos y Estomatólogos	0,6	Fisioterapeutas	0,7
Farmacéuticos	1,4	Diplomados en Enfermería	5,5
Matronas	0,2	Auxiliares de Enfermería	2,5
MIR	0,4		

En 2007, la ratio de médicos y enfermeros por cada 1000 habitantes español se situaba en el 2º y 22º puesto respectivamente, en la lista de los países de la Unión Europea<sup>69</sup>, lo que hace que el ratio médico/enfermero sea muy elevado. Esto necesariamente implica que los profesionales españoles asumen distintas responsabilidades y cargas de trabajo que los europeos.

Existen diferencias entre comunidades españolas en cuanto a las tasas de profesionales por cada 1.000 habitantes.

Es preciso tener en cuenta varios factores que inciden en este sentido. Una elevada dispersión geográfica justifica mayor número de efectivos por unidad de habitantes. También el asumir la atención a habitantes de otras provincias en especialidades determinadas, habida cuenta de la imposibilidad económica de disponer de todos los servicios en todas las comunidades.

Pero desde la transferencia de competencias sanitarias a las comunidades autónomas, es posible que las políticas de las distintas administraciones incidan en la acentuación de las diferencias territoriales, lo que inevitablemente introducirá desigualdades en la protección de la salud de los habitantes de los distintos territorios españoles.

Estudiando la evolución de las distintas comunidades desde la fecha de las transferencias, se observan diferencias apreciables en la evolución de la

68 Estadística Nacional de Salud. 2008

69 Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos sanitarios en España y la Unión Europea. 2007.

tasa de profesionales por cada 1000 habitantes en función de la comunidad de que se trate. Mientras los médicos y farmacéuticos aumentan ligeramente en todas, la evolución de podólogos, diplomados en Enfermería y fisioterapeutas es muy desigual, lo que implica que lo son sus políticas sanitarias.

Además, se da una extraña asociación entre las tasas de DUE y fisioterapeutas. Allí donde aumenta una, disminuye la otra, lo que podemos relacionar con una confusión de funciones (los DUE's asuman funciones propias de los fisioterapeutas, por ejemplo).

A primera vista, parece que la cantidad de profesionales debe ser suficiente para cubrir las necesidades de la población, pues sus tasas crecen continuamente. Pero también ha aumentado la cartera de servicios, la complejidad de los mismos, la edad media de los pacientes y las patologías predominantes. Esto obliga a hablar no sólo del número de efectivos, sino de sus categorías y especialidades.

### **Estudio cualitativo:**

El sistema sanitario, desde el punto de vista de los profesionales que lo integran, ha sufrido muchos cambios durante los últimos 35 años. Se han creado toda una serie de categorías que simbolizan el progreso del sector hacia una mayor especialización y profesionalización. Uno de los cambios más relevantes fue la creación de la Diplomatura en Enfermería, con una importantísima carga práctica, en 1977. Previamente en 1975, los Auxiliares de Enfermería habían conseguido la integración de sus estudios en el nivel de FP-1. El presente título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se crea con la LOGSE (1995).

No obstante, desde la creación de la Diplomatura en Enfermería, cada vez es más clara la necesidad de afrontar la creciente complejidad de los servicios prestados a los ciudadanos. Las especialidades de Enfermería son la herramienta mediante la cual se pretende que los profesionales profundicen su formación teórico-práctica en campos específicos. De las dos especialidades hasta ahora existentes, sólo la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) tiene una traslación real al mundo laboral. Sólo aquellos enfermeros que tienen esta titulación pueden ejercer en dichos puestos, mientras que para los puestos específicos de Enfermería de Salud Mental se sigue contratando a enfermeros sin especialidad.

Actualmente se ha hecho pública la oferta de plazas para cursar las especialidades de Enfermería del Trabajo, Pediátrica, Familiar y Comunitaria y Geriátrica, así como los procesos excepcionales de integración, dirigidos a los profesionales con experiencia acreditada en las áreas correspondientes. Resta por publicarse la que englobará a más titulados, la de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

El avance de la Enfermería estimuló el de otras ramas asociadas previamente a la actividad de los ATS. Se crearon entonces las titulaciones universitarias de Fisioterapia y Podología (1980), y posteriormente las

ramas técnicas (Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imagen, Análisis Clínicos, Medicina Nuclear y Radioterapia).

Sin embargo, no todo está hecho. A día de hoy, hay aún una serie de titulaciones que no encuentran su hueco dentro del ámbito público. Resulta intolerable que el sistema educativo permita la preparación de profesionales que luego no tendrán cabida dentro del sistema público (como ocurre con los dietistas-nutricionistas) o que verán su campo invadido por otros.

La escasez de profesionales indica, o bien una invasión de otros profesionales en el campo propio, o bien una carencia en la cartera de servicios. Este es el caso de: terapeutas ocupacionales, que están ausentes en la atención primaria y son muy escasos en atención especializada (0,14 por cada 1.000 frente a 0.74 en Dinamarca); ópticos-optometristas, que sólo en algunas comunidades están vinculados al sistema sanitario público por medio de convenios con empresas; logopedas; podólogos; ortesistas-protésistas.

En el caso de los médicos, el gran cambio vino en 1979, con la implantación del sistema MIR para el acceso a la titulación de médico especialista. En el estudio publicado por el Ministerio de Sanidad<sup>70</sup>, refleja las diferencias entre CC.AA., donde pueden encontrarse infra-sobredotaciones de médicos en determinadas especialidades.

Surge la paradoja de observar síntomas evidentes de déficit de especialistas (no se cubren plazas de OPE, se contratan especialistas extranjeros en origen, el sector privado se hace más competitivo, las bolsas de empleo son escasas y mayoritariamente de médicos extranjeros...), pero en comparaciones internacionales de médicos por población, nos encontramos en una zona media-superior.

Para poder explicar este contrasentido deberíamos ajustar por productividad, dedicación horaria y utilización. Entonces, la conversión de médicos-personas en Equivalentes a Tiempo Completo en España, sobre todo en la red pública, da un resultado más bajo que en otros países.

También, debemos añadir que un aumento del numerus clausus en la Universidad, revertirá la tendencia actual y se cubrirán todas las plazas ofertadas en el MIR.

Así las especialidades con mayores desequilibrios actuales por déficit de oferta son: anestesiología y Reanimación, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Estética y reparadora, Medicina Familiar y Comunitaria, Neurocirugía, Pediatría y Áreas específicas, Radiodiagnóstico y Urología.

---

70 Barber, P. y González, B. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo. Marzo, 2009; Actualización del estudio: Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Ministerio de Sanidad y Consumo. Marzo, 2007

Para adecuar los recursos médicos, necesitaríamos un modelo de planificación que valorara al menos estos parámetros: registro estatal de médicos, *numerus clausus*, convocatorias MIR anuales, edad de jubilación obligatoria, inmigración, cambios demográficos y necesidades puntuales de especialistas.

La falta de cohesión del sistema, lleva a las Administraciones a que, por ceder ante grupos de presión, intereses políticos o de prestigio o cualquier otro, hipertrofién servicios más allá de lo sanitariamente razonable, en detrimento claro está de otros. Valga como ejemplo la cantidad excesiva de equipos de trasplante hepático que hay en España, que pudiera hacer pensar en un exceso de las indicaciones de trasplante hepático (31 por millón de habitantes, que corresponderían a los 1460 pacientes que entraron en lista de espera en el año 2009), en comparación con Alemania (26/2098), Francia (23/1465), Italia (23/1394) o Inglaterra (15/942)<sup>71</sup>. En consecuencia, la rentabilidad de nuestros equipos sería ineficiente.

El anhelo de las Comunidades Autónomas de ofrecer a sus ciudadanos la cartera de servicios más amplia posible, lleva a una multiplicación ineficiente de recursos. Por seguir con el mismo ejemplo, no es posible justificar la existencia de un equipo en Extremadura que realiza 13 trasplantes al año<sup>72</sup> o en Navarra (26). De los 24 equipos españoles (en el Reino Unido siete equipos para más de sesenta millones de habitantes), sólo 8 pasan de 50 Tx/año, y 2 de 80 Tx/año, que sería una cifra razonable.

Pero la competición no es sólo entre Comunidades. ¿Por qué en la Comunidad Valenciana, con cinco millones de habitantes existe un solo equipo (117 Tx/año), mientras que en Madrid, con seis millones hay cinco (211 Tx/año)?

Extrapolemos esta situación a muchos de los servicios punteros y altamente tecnologizados, que son tremendamente costosos y atractivos para los gestores políticos, y tendremos como resultado una situación inmoral, sobre todo en un escenario de crisis económica como el actual.

Otra de las características globales relevantes es la alta edad media de los profesionales sanitarios, por la que se prevé a medio plazo la renovación de gran parte del personal. En cualquier caso, no será posible planificar correctamente los recursos humanos sanitarios en tanto en cuanto no se realice el Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios previsto en el Estatuto Marco (2003).

---

71 Matesanz, R. Editor. *Stem cell donation & transplantation activities*. Committee Of experts on the organizational aspects of co-operation in organ transplantation. Council of Europe. *Newletter Transplant*. Vol. 15, nº1, sept. 2010.

72 *Evolución de la actividad de donación y trasplante en España*. Organización Nacional de Trasplante. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Datos referidos a la actividad de 2009.

## **Sistema de incentivos**

El sistema de incentivos se concibe como la forma de estimular a los profesionales para que mejoren su rendimiento en una dirección determinada. Su objetivo último debe ser mejorar la eficiencia del sistema en general. En primer lugar, hay que hacer constar la falta de imaginación de los distintos servicios de salud comunitarios, que no han ideado formas de estímulo que no sean meramente económicas. El incentivo económico se ha demostrado poco poderoso en trabajadores altamente cualificados y que superan determinado nivel de renta.

La introducción de los distintos modelos de carrera profesional, a partir de lo dispuesto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley de Estatuto Marco, es la forma de introducir incentivos personalizados que rompan el modelo del "café para todos". Sin embargo, los modelos aplicados han resultado altamente inadecuados por muchos motivos.

El sistema no es homogéneo para todo el estado, afectando a personal con distinto tipo de vinculación según la Comunidad Autónoma de que se trate. La carrera profesional no se aplica al personal interino en 7 comunidades, al docente en 10 y al de cupo y zona en 5, por lo tanto no puede funcionar como elemento motivador. Teniendo en cuenta el elevadísimo porcentaje de personal interino/eventual (superando el 50% en algunas comunidades), esto es un error.

El criterio de tiempo trabajado es importante en todos los sistemas de baremación, pero cambia el número de años necesario para acceder a los distintos niveles. Mientras que en algunas comunidades se puede optar al máximo nivel de carrera en 20 años, en otras se consigue en 28. Esto dificulta el reconocimiento de niveles adquiridos por los trabajadores trasladados en sus comunidades de procedencia. Este criterio es suficiente en todos los casos para acceder a los dos primeros niveles.

La evaluación del desempeño, de reciente implantación en un sistema como éste, se convierte en una mera suma de tiempo trabajado (pues a la falta de hábito crítico en este sentido por parte de los evaluadores, se suma la despreocupación institucional por darles elementos de juicio prácticos), lo que elimina todo el carácter incentivador del complemento económico.

El nivel máximo de carrera profesional se puede alcanzar con 20 años trabajados. El personal diplomado se incorpora al mercado de trabajo al finalizar sus estudios, con 20 o 21 años (un año más con la implantación de los estudios de Grado). El licenciado con 22 o 23, y los médicos, tras cursar el MIR, con 26 a 29 años.

Esto implica que los trabajadores que hayan completado su carrera profesional, en las comunidades con el criterio de tiempo más bajo, pueden haber llegado a su límite máximo de retribución con 40 a 49 años, restándole de 16 a 25 años (si la edad de jubilación permanece en 65) sin nuevos incentivos. O sea, el personal más experto, es al que menos se va a incentivar para continuar mejorando.

Las distintas áreas baremadas cambian en cada servicio de salud, lo que no permite homologar de forma coherente unos procesos con otros.

Pero la diferencia más escandalosa se refiere a las retribuciones, que llega a ser de 7.613,57 para el grupo A de las categorías no sanitarias, y de 6.706,52 € para los licenciados sanitarios (paradójicamente, la misma Comunidad es la que más paga en un caso y la que menos en el otro). Esta inequidad se traslada igualmente al resto, variando las diferencias con respecto a la media en función del nivel de que se trate, la condición sanitaria o no de la categoría y el grupo de clasificación.

Para añadir más desigualdades, 7 comunidades han interrumpido la aplicación o el desarrollo de la carrera profesional, estableciendo nuevas diferencias entre aquellos trabajadores que perciben los complementos económicos que les corresponden, y los que no, pese a cumplir con todos los requisitos.

Otro de los aspectos cuestionables de la carrera profesional como método de incentivación, es su carácter consolidable, que es absoluto en todas las comunidades menos en cuatro. De esta forma, los incentivos cobrados a partir de una determinada fecha responden a un esfuerzo pasado, sin tener obligación el profesional de hacer esfuerzos extra para mantenerlos. O sea, el nivel de excelencia requerido al trabajador para llegar a determinados emolumentos, deja de ser valorado una vez que se ha superado el listón.

Estos sistemas de incentivación, en un marco de sueldos bajos (en relación con el entorno sanitario europeo, no con el mercado laboral español), fragmentación de la política sanitaria (transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas) y ausencia de evaluación del desempeño profesional, han impulsado a las Comunidades Autónomas a una carrera de subida de sueldos con los que atraer y fidelizar a los escasos profesionales sanitarios.

Esta situación puede llegar a ser tremendamente desestabilizadora. Las administraciones regionales dedican entre el 35 y el 50% del presupuesto a Sanidad, del cual entre el 42 y el 47% del gasto se emplea en recursos humanos. El presupuesto sanitario ya ha crecido una media del 11% anual desde 2002, aunque sólo en parte debido al incremento salarial.

Debería establecerse un nuevo sistema de incentivos basado en la evaluación del desempeño, que evite el pago por acto profesional, o las fórmulas simplificadoras basadas en criterios fácilmente cuantificables y de amplia resonancia (lista de espera, por ejemplo) que suelen ir en detrimento de las acciones preventivas. Debe tenderse a la evaluación de los resultados en salud de la población con criterios amplios, bien ponderados, establecimiento de objetivos comunes y sistemas de evaluación externos y estables.

La incentivación no debe ser sólo económica, sino abrir el campo a fórmulas participativas, democráticas y de responsabilidad, que son más adecuadas para incentivar a trabajadores altamente cualificados.

Es necesario recuperar el liderazgo del Ministerio de Sanidad y Política Social, y no sólo en lo que se refiere a recursos humanos, para establecer el rumbo común para todas las administraciones regionales, evitando desigualdades retributivas o de otro tipo, estableciendo las carteras de servicios y los centros de referencia necesarios y planificando, junto con el Ministerio de Educación, la promoción de nuevos profesionales en la cantidad y cualificación necesaria. El Ministerio debería establecer y mantener actualizado el registro de profesionales sanitarios, que incorpore retribuciones, nivel de carrera...

### **Formación económica y de gestión**

El sistema público no responsabiliza suficientemente a sus profesionales en cuanto al consumo de recursos. Esta situación, unida a la creciente judicialización de la reclamación sanitaria y al incremento de las legítimas demandas de los usuarios, lleva a los profesionales sanitarios, fundamentalmente a los médicos, a exceder los límites eficientes de prescripción de tratamientos, pruebas diagnósticas, consultas..., llegando en el peor de los casos a practicar la "medicina defensiva".

Debe ser una parte importante de la evaluación de los incentivos, sobre todo de aquellos trabajadores con mayor capacidad de gasto, la adecuación (no sólo la reducción) de los recursos consumidos a las necesidades de los pacientes atendidos. Pero consideramos también que la sensibilización ante el problema de la sostenibilidad económica del sistema sanitario público, debe empezar en los niveles formativos.

Deben incorporarse asignaturas de economía y gestión en la formación de todos los profesionales sanitarios, con el fin de formar trabajadores sensibles a la importancia de la reducción del gasto. Igualmente, los puestos con responsabilidad de gestión (más aún los directivos) deberían tener en su currículum una formación específica previamente determinada, independientemente de su libre designación.

En cuanto a la promoción a estos puestos de gestión es preciso desterrar, de una vez por todas, las prácticas de cooptación, que limitan el acceso a las mujeres en el porcentaje que les corresponde según su nivel de representación en el sector<sup>73</sup>. Actualmente, en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, el un 77% de los trabajadores son mujeres, pero sólo ocupan el 46% de los cargos (el 3% de las mujeres tienen un cargo, frente al 13% de los hombres). Un sector feminizado como éste comete un grave error si pone trabas para la promoción del 77% de sus trabajadores. No podemos permitirnos el lujo de despreciar así nuestros recursos.

### **Acción política**

La evidente necesidad de adecuar los recursos humanos sanitarios a las necesidades del sistema, llevó al Consejo Interterritorial del Sistema

---

73 Valcárcel, A. *La política de las mujeres*. Cátedra. 1997.

Nacional de Salud a acordar una serie de medidas<sup>74</sup>. Entre ellas se incluyen algunas a medio plazo, que serían estudiadas y acordadas a lo largo del 2010, para su aplicación progresiva en el periodo 2010-2013, tales como:

- Definir criterios comunes para las retribuciones de los profesionales que permitan incrementar la productividad y la calidad de los servicios de salud y establecer procedimientos de planificación compartidos.
- Aumentar la participación de los profesionales en la gestión y en la dirección de los servicios de salud y en la asignación de recursos.
- Desarrollar un estudio sobre necesidades de profesionales de cuidados de enfermería.
- Establecer un sistema común para la planificación de recursos humanos: necesidades de médicos, enfermeras y otras profesiones sanitarias con criterios de distribución y necesidades para el SNS
- Establecer y mantener actualizado el registro de profesionales para la planificación de necesidades, que incorpore retribuciones, carrera, categorías profesionales, etc.
- Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas en base a un modelo troncal de formación.

Desgraciadamente ninguna de estas propuestas se ha llevado a cabo, aunque alguna de ellas se encuentre en fase de estudio. Parece absolutamente necesario: homogeneizar las retribuciones, conocer y manejar un registro dinámico de profesionales sanitarios y que éstos participen de forma directa en la gestión. El registro de profesionales es una herramienta fundamental que hace tiempo que debería encontrarse en funcionamiento, pues si no, es difícil adaptarse a los cambios demográficos, tecnológicos, de demandas asistenciales, de recambio generacional profesional...

Todas las recomendaciones anteriores fueron ratificadas en las Recomendaciones Finales de la Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad del 27 de septiembre de 2010, que podrían ser resumidas en los siguientes puntos:

- Articular un plan general de Recursos Humanos donde los intereses de las Comunidades Autónomas confluyan con los intereses generales del Estado.
- Planificación de profesionales sanitarios con criterios de distribución y necesidad para el Sistema Nacional de Salud. Para ello es necesario un registro de profesionales y mantenerlo actualizado donde se incorpore: categoría, retribuciones, carrera...
- Definir criterios comunes para las retribuciones e incentivos que refuercen la eficiencia y el compromiso de los profesionales. Así se propone que el SNS, de acuerdo con las organizaciones sindicales y entidades profesionales, concluya un acuerdo social por los recursos humanos que impulse una gestión más eficiente.

---

74 Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del SNS. 18 de Marzo de 2010.

- Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades basado en un modelo troncal de especialidades.
- Participación de los profesionales en la gestión.

## **Violencia institucional**

**Carmen Yela**

*Salud Laboral*

*Federación Sanidad y Sectores Sociosanitarios CCOO*

Resulta un desafío hablar de violencia, cuando es un concepto oscuro que tiene muchos significados, y sobre la que no existe un acuerdo internacional de definición.

Todos llevamos dentro unos instintos agresivos que nos ayudan a sobrevivir, pero la violencia es una construcción social e histórica por lo que esta vinculada a un tiempo, lugar y a unas condiciones de vida determinadas.

Tal es el grado y la diversidad de acciones catalogadas de violentas que es pertinente hablar de violencias que se complementan y expresan de diferentes formas, con distintos autores y diversos móviles.

Más difícil es aún hablar de violencia institucional, que en la mayoría de los casos esta invisibilizada y acallada por la propia institución.

El concepto de violencia institucional, tradicionalmente se ha identificado con el ejercicio de la violencia física por parte de los órganos estatales, este concepto se modifica en un Estado Constitucional, en el que los derechos son auténticos elementos estructurales, formando parte de su esencia, y así la violación de derechos, aunque no implique el ejercicio de la fuerza física, constituiría actos de violencia institucional si proceden de decisiones o actuaciones de los representantes de la Administración del Estado o de las Comunidades Autónomas.

### **La violencia en el trabajo**

Es un problema mundial, afecta a todos los sectores y a todas las categorías de trabajadores, especialmente a los trabajadores de la salud, el 25% de los incidentes violentos en el trabajo se registran en este sector, se refieren a casos de violencia física, se ha subestimado la violencia psicológica y la institucional y muchos actos no se denuncian.

Según la OMS y la OIT, la violencia en el lugar de trabajo no es un problema individual ni aislado, es un problema estructural y estratégico que tiene sus raíces en factores políticos, sociales, económicos, organizacionales y culturales, recomienda atacar el problema en su raíz, implicar a todas las partes interesadas y considerar la dimensión de género de este problema<sup>1</sup>.

El origen es multicausal, por eso el enfoque tiene que ser integral. Según la Comisión Europea<sup>2</sup> "la violencia laboral está constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo – incluidos los viajes de ida y vuelta a él - que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud.

Se puede manifestar: a) a través de la fuerza física (daños físicos y psicológicos); b) violencia psicológica, es el uso deliberado del poder (intimidación, acoso, amenazas...).

### **La importancia del trabajo**

La relación laboral es una relación asimétrica, donde el trabajador vende su fuerza de trabajo por un salario, en ella se establecen una serie de obligaciones y derechos por ambas partes a través de la negociación colectiva y los acuerdos.

En la sociedad occidental somos lo que hacemos, el trabajo tiene un papel central en el desarrollo de la persona, en la formación de la identidad, subjetivación, personalidad, carácter, autoestima y en su socialización, puede ser un poderoso medio para el aprendizaje de la cooperación y la experimentación de la solidaridad y la democracia pero también una oportunidad de aprendizaje de la injusticia e iniquidad.

El trabajo tiene un papel determinante tanto en la construcción como en la degradación de la salud física y psíquica, es un factor que genera importantes desigualdades en salud y en la esperanza de vida.

Puede llevar al sujeto a la locura o ser transformado en autorrealización y placer.

En la actualidad el neoliberalismo esta cuestionando la centralidad del trabajo, tanto en el plano económico como en el social y psicológico, desplazando su importancia hacia la gestión de la empresa, degradando la dimensión social del trabajador para que se exprese como un individuo consumidor y competitivo. Este proceso tiene un efecto desestructurante muy fuerte en los trabajadores.

Así se entienden algunas violencias:

**Violencia del desempleo**, supone un ataque a la identidad, provocando sentimientos de fracaso e inferioridad y un proceso de desocialización progresiva, pudiendo ocasionar problemas importantes de salud física y mental.

**La violencia de la precariedad** que influye en la capacidad de interpretar la realidad e idear un proyecto de futuro a medio y largo plazo, instalándolos en la incertidumbre y en el miedo a la exclusión. Estos trabajadores tienen una mentalidad precarizada, que reconstruye simbólicamente esquemas de acción fragmentados. Los empleados temporales están más expuestos a los riesgos laborales, tienen menor control sobre su trabajo, peor acceso a la información y formación, y menos seguridad a la hora de denunciar prácticas abusivas.

**Violencias en el trabajo sanitario.** La violencia esta tan generalizada que a menudo se considera parte del puesto de trabajo y así es asumida por la administración y los trabajadores.

Para su estudio, podemos distinguir: la violencia externa, producida por usuarios de la sanidad y sus familiares, la violencia interna, ocasionada por superiores, y compañeros de trabajo y la violencia institucional, que es la que procede de una deficiente organización de la asistencia sanitaria y de la organización del trabajo y alcanza tanto a los que proporcionan la atención sanitaria como a quién la recibe, no siendo reconocida como tal por los implicados y utilizándola como arma arrojada contra los que tiene enfrente (usuarios-profesionales) o al lado (compañeros).

En este trabajo me voy a centrar principalmente en la violencia institucional.

### **Organización del trabajo**

En general las condiciones que favorecen la generación de violencia laboral, están vinculadas a las modalidades de gestión y a las decisiones en materia de organización del trabajo de las instituciones de salud.

La organización del trabajo implica cuestiones claves para la convivencia y la salud.

### **Algunas reflexiones sobre la organización del trabajo en la sanidad pública**

- La institución sanitaria exige a sus profesionales en muchas ocasiones, la atención a una población excesiva sin proporcionar los medios suficientes: escasez de personal, tiempo...y al mismo tiempo hace campañas a la población ofertando servicios y creando expectativas falsas de salud, cura...

Se exige a los trabajadores un rendimiento cada vez mayor en materia de productividad, disponibilidad, disciplina, entrega y ser más eficientes que los competidores

La dificultad para enfrentar el aumento de exigencias suele derivar en una degradación de la convivencia en el trabajo, con empobrecimiento de la comunicación, conflictos entre los compañeros, acusaciones de incompetencia, desconfianza, y estrés.

El trabajador representa a la institución, es su cara visible y por tanto va a recibir la insatisfacción, las quejas y la posible violencia de los ciudadanos.

- Los profesionales de la sanidad están expuestos a exigencias emocionales muy importantes por el hecho de estar en contacto con personas enfermas en situación muy demandante de atención física pero también psicosocial, la institución no proporciona tiempo para una atención integral, ni siquiera se calcula el tiempo que requeriría, se ignora como variable de calidad de la asistencia quedando a la voluntariedad del profesional.

La formación recibida esta centrada en los aspectos biológicos siendo muy escasa en temas psicosociales como la comunicación con el paciente, el abordaje de la muerte, la actitud del profesional ante ella...

Los profesionales no encuentran un apoyo institucional ni por parte de los compañeros.

No se trabaja en equipo, no hay cooperación, a lo sumo se crean equipos multidisciplinares en los que se pasan información, siendo excluidas algunas categorías laborales.

- La institución determina los roles de los profesionales según las diferentes categorías, reproduciendo la lucha de clases y produciendo grandes desigualdades<sup>3</sup> de salario (en conceptos fijos, el que más gana, cuadruplica al que menos), trato, reconocimiento, prestigio, dominación, riesgos para la salud. Además existen otras desigualdades importantes entre pares, por contrato, en la distribución no equitativa de las cargas de trabajo, turnos, vacaciones, permisos, cursos, oportunidades de promoción.

La desigualdad es una poderosa herramienta de división social. Afecta a la vida comunitaria, disminuyendo la confianza en los demás y puede producir violencia. Los trabajadores que ocupan los estamentos más desfavorecidos van a padecer más enfermedades crónicas y mentales y van a tener menos control sobre su trabajo

Hay una falta de definición de puestos, tareas, funciones lo que hace muy difícil la adecuación de los puestos de trabajo a las personas y esto genera conflictos entre los trabajadores de las distintas categorías. La Administración busca la polivalencia, busca los profesionales moldeables y dóciles que se adapten a todo.

La Administración ha impulsado a los profesionales a competir entre ellos, (ahora con la libre elección de médico y enfermera todavía más), transformando las relaciones laborales, que cada vez se caracterizan más por la rivalidad, el individualismo, la deslealtad, la desconfianza, la pérdida de la solidaridad y la cooperación, generando nuevas y graves patologías de la soledad.

Falta de reconocimiento. La mayoría de los trabajadores se esfuerzan por hacer un buen trabajo y ponen en ello su compromiso, inteligencia, creatividad...cuando pasa desapercibido, en medio de la indiferencia general o es negado, el resultado es un sufrimiento desestructurante, peligroso para la salud mental de estos profesionales y para la salud de la organización que potencia la desmotivación y niega la autorrealización de sus miembros.

Mucho más grave es cuando desde la misma institución se desprestigia el servicio público y a sus empleados, pues de alguna manera naturalizan la violencia hacia ellos.

También existe una desvalorización de los profesionales. Hoy tanto los dirigentes institucionales como los usuarios han disminuido el valor social de todos los profesionales sanitarios, especialmente los de las categorías más bajas.

Otro factor generador de violencia es la distancia entre el trabajo prescripto y el trabajo real. La Administración describe el servicio proporcionado a partir de los resultados positivos y los éxitos, sirviendo de propaganda hacia el exterior, no se basa en el trabajo real llevado a cabo por los trabajadores, si estos se hubiesen limitado a cumplir estrictamente los procedimientos instituidos sin poner su inteligencia y creatividad no habría salido adelante.

Un ejemplo son los procedimientos, tan en moda, de la Calidad total<sup>4</sup> que es una quimera, y generan un coste psíquico enorme y obliga muchas veces al trabajador a hacer trampas en los controles, poniendo en cuestión su profesionalidad y su ética personal. Explica también, que la realidad contradiga la teoría. Además se incentivan los resultados cuantitativos (nº de pruebas, consultas...) y no los cualitativos (diálogo con el paciente).

La negación del trabajo real hace que se interpreten los fracasos de los resultados como falta de competencia, mala voluntad y errores de los trabajadores.

Estos procesos sientan las bases de una comunicación distorsionada tanto vertical como horizontal, requiere del silencio de los trabajadores y por tanto va a producir en ellos malestar y sufrimiento.

La sanidad es un sector mayoritario de mujeres donde dirigen los hombres. Las mujeres están más expuestas a todo tipo de violencias y específicamente a la doble presencia en un sector en el que se realizan largas jornadas, turnos rotatorios y nocturnos no se favorece la conciliación de la vida familiar y laboral, ni se respeta el tiempo de descanso (cambios de jornadas).

La organización es piramidal, poco o nada participativa. Los trabajadores están sometidos a varias líneas jerárquicas, que en ocasiones dan órdenes contradictorias. Los tipos de liderazgo más frecuentes son los autoritarios y laissez-faire. Los cargos altos de dirección son políticos y los mandos intermedios son elegidos a dedo. Con una alta burocratización del sistema.

Los objetivos y las normas no están claros, lo que favorece que en los colectivos de trabajo se constituya una organización informal, con unas reglas defensivas muy fuertes que pueden llegar a ser violentas, se mantienen mediante pacto de silencio y acuerdos tácitos, con el consentimiento de las direcciones jerárquicas y de la institución y se castiga severamente a quienes se opongan activa o pasivamente a algunas de las reglas adoptadas por el colectivo.

Los temas anteriores tienen gran incidencia en el desarrollo de la violencia en el trabajo a través de la ruptura de la solidaridad, desorganizando la cooperación y destruyendo los cimientos de la convivencia, además están en el origen y son causa de estrés, burnout y acoso laboral

Sobre el estrés existen muchas definiciones, aquí me voy a referir al estrés patológico, entendiéndolo como un proceso que desborda las estrategias de

afrontamiento de una persona en la relación laboral. El estrés provoca violencia y la violencia produce estrés.

El burnout o síndrome de estar quemado es una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, experimentando la vivencia de estar emocionalmente agotado. Se produce en los profesionales que trabajan con personas y en unas condiciones de sobrecarga laboral, usuarios problemáticos, falta de reconocimiento...

La OIT (Organización Internacional del Trabajo, 2001) reconoce que el estrés y el burnout, son problemas de salud mental en el medio ambiente de trabajo

### **Acoso laboral**

No hay una definición consensuada de acoso laboral. Existen diferentes términos que tratan de nombrar un suceso de violencia extrema en el trabajo: acoso psicológico, moral, institucional, psicoterror, mobbing...intentan describir situaciones en las que un sujeto se convierte en blanco del grupo de trabajo al que pertenece, siendo sometido por este o por alguno de sus miembros con la permisividad del resto, a una persecución que le va a producir importantes trastornos en su salud, Marie France Irigoyen<sup>5</sup> habla de un verdadero asesinato psíquico, pudiendo llevar a la víctima al suicidio o quedar inhabilitada para el trabajo, también se va a ver afectada su vida familiar y social.

El acoso laboral no es un fenómeno nuevo, es tan antiguo como el trabajo, la novedad es el daño psicológico que causa a la víctima y su frecuencia.

Es un ataque sistemático a una persona en su identidad, a su dignidad y a su integridad física y psíquica, con un objetivo hacerla desaparecer del lugar de trabajo por exclusión (despido o desplazamiento) o autoeliminación. Se hace ver a la víctima como la responsable del conflicto por su rareza, mal carácter, o por loca, estigma que la marcará en el futuro.

Cualquier persona puede ser víctima; los empleadores prefieren atribuir la violencia a agresores con un determinado perfil: perversos, impostores...y no asumir su responsabilidad, reduciendo el problema a las malas relaciones entre trabajadores.

No es una cuestión individual sino de grupo, donde "todos" sus componentes juegan un papel importante: víctima, acosador y compañeros silenciosos o participantes. Hay una ruptura de la solidaridad del grupo de trabajo, que tiende a destruir la individualidad que no se adapte a lo que el líder o el grupo diga, siempre es un problema de poder. Esta influido por la historia y la organización del grupo y a su vez, por la del centro de trabajo que la va a favorecer, impulsar o eliminar.

Pensamos que es una nueva modalidad de la lucha de clases, el poder avanza en la aplicación de fenómenos psicológicos de destrucción, utilizando un tipo de violencia que queda impune y consigue la obediencia de los

trabajadores, instalándonos en una situación de amenaza perpetua y miedo hacia el otro. El sometimiento interpersonal es uno de los factores que más tensión producen en la persona sometida, especialmente cuando no hay reglas que regulen y limiten el poder de agresión de la persona que somete.

Es también, la lucha de trabajadores contra trabajadores, porque también acosan compañeros ¿portavoces o autores? o no reaccionan solidariamente ante el proceso. El acoso más frecuente es el producido por los mandos intermedios que son trabajadores distinguidos por el poder.

Se produce una mayor incidencia de acoso moral en la Administración Pública, con la fijeza en el puesto de trabajo no es tan fácil deshacerse de los diferentes. Son estructuras cerradas, rígidas, conservadoras, con una sujeción especial (la necesidad del servicio), poca tolerancia a la crítica, vínculos débiles que privan al funcionario de derechos fundamentales

La violencia ejercida por quienes tienen la obligación de proteger, tiene un efecto devastador y de largo alcance, se tergiversan las conductas de tal manera que la violencia y el daño quedan justificados.

Así, sin usar la fuerza, obtienen de la mayoría el consentimiento y la participación en un sistema que produce gran sufrimiento a los trabajadores<sup>6</sup>.

Este movimiento de exclusión también afecta a los que se quedan, se les exige mayor entrega, disponibilidad, dependencia...que aceptan ¿por necesidad?, ¿por miedo?

Las denuncias son escasas y no hay movilizaciones colectivas contra ello.

Se ha generalizado el miedo a la exclusión, el miedo destruye la reciprocidad entre los trabajadores, y aparece la soledad con tres graves consecuencias:

- Víctima de la injusticia o del acoso, el trabajador es mucho más vulnerable cuando no cuenta con el apoyo o la solidaridad de los demás y es lo que más les duele su silencio, su traición.
- Pérdida de la confianza en los compañeros, condición necesaria para la acción colectiva.
- Afecta de manera alarmante a la calidad del trabajo, el individualismo dificulta el mantenimiento y la cohesión del colectivo de trabajo.

Además, existen dificultades para protestar cuando hay otros más desfavorecidos. El trabajo fijo es un privilegio y da cierta vergüenza hablar del sufrimiento

Creo que el acoso tiene dos finalidades: subyugar y excluir al acosado y dominar y conseguir la obediencia del resto de los compañeros.

Podemos constatar que va ganando terreno un nuevo sistema de dirección, propio del neoliberalismo, que ha avanzado en nuevos métodos de dominación psicológica, actuando sutilmente y que han llevado a la tolerancia social del sufrimiento, se basa en la utilización metódica de la intimidación y la amenaza, en la distorsión comunicativa y en la desigualdad, generando injusticia y mucho sufrimiento.

Se da en un contexto social desestructurado, en el que la convivencia y la cohesión social están deterioradas, con déficit de valores de solidaridad, cooperación y participación, predominando el individualismo, el corporativismo y la división de los trabajadores.

En cuanto a la gestión del conflicto por parte de los superiores, suelen adoptar dos posiciones que van a incrementar la escalada del conflicto: no actuando, tolerando el maltrato como modo normal de expresión o la implicación y participación activa favoreciendo la cultura de la violencia y contribuyendo a la estigmatización de la persona hostigada

Así, se premia a los transgresores y se establece la indefensión y la corrupción. Es muy grave por que se están naturalizando estos procesos, se incorporan al imaginario colectivo y se legitima una forma de ejercer la dominación.

En la actualidad no están claros los objetivos de la institución sanitaria, prometen la salud y la cura pero organizan un mercado en el interno y no coinciden las expectativas de la población con las de los profesionales y la administración sanitaria.

Por lo que hemos visto, parece que la institución, propicia las organizaciones paranogénicas<sup>7</sup>, que hacen imposible las relaciones de seguridad y confianza entre los individuos, provocando reacciones paranoides en los diferentes grupos y frenando las relaciones sociales. Sus causas: dirección insuficiente e incompetente, escasez de recursos, procesos políticos para conseguir fines propios, falta de coherencia entre los objetivos manifiestos y los reales de una institución, la situación se adapta a la tesis de Jaques, E. 1976.

## **Violencia externa**

La violencia más conocida y denunciada por los trabajadores es la producida por los usuarios de la sanidad pública, enfermos y familiares.

En la Comunidad de Madrid, carecemos de datos objetivos sobre la violencia. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, reconociendo el progresivo incremento de agresiones a los profesionales sanitarios, publicó la Orden 212/2004 por la que establece las directrices para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos, posteriormente fue modificada

por la Orden 683/2006, donde reconocen que este tipo de violencia se incardina en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, permitiendo una pequeña participación de los representantes de los trabajadores en la Comisión Central de Seguimiento.

En la Comisión, se estableció un modelo homogéneo y centralizado de notificación y registro de agresiones al personal sanitario, para todos los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Actualmente aunque el sistema está implantado se desconocen los datos, la Administración los guarda celosamente, si hemos podido comprobar que la mayoría de las agresiones no son registradas y ni siquiera son denunciadas por los trabajadores, quizás porque existe una parte muy importante de violencia asumida, por falta de información sobre el registro, porque tienen la impresión de que no sirve para nada...es sorprendente cuando la percepción de los trabajadores es que están expuestos a una gran violencia en sus puestos de trabajo, demuestra también un desinterés institucional por resolver estos conflictos.

### **La relación de los profesionales sanitarios con los pacientes**

Es también una relación asimétrica, en la que el poder está del lado de los profesionales o ¿es una relación entre dos débiles?, depende de la categoría. En esta relación se van a poner en juego los esquemas referenciales de ambos: creencias, actitudes, valores, clase social, experiencias...también de la definición de salud y enfermedad, que depende de la organización institucional de la sociedad, así como los roles que van a desarrollar los médicos, pacientes y la relación entre ellos.

Desde hace unos años estamos asistiendo a un cambio importante, el paciente ha pasado a ser un usuario, un consumidor, de servicios sanitarios y la relación profesional sanitario-paciente, una relación entre proveedores de servicios y consumidores<sup>8</sup>.

Se ha otorgado al paciente, derechos de consumidor, dejando de ser tan paciente. Los profesionales todavía están sorprendidos por este cambio en el que no han participado y ha tocado la relación terapéutica, disminuyendo la confianza ciega en el médico pero también la comprensión del paciente como ser humano.

Queja del ciudadano frente a la institución que le coloca en una situación de indefensión e ignorancia en un momento de crisis (enfermedad) cuando demanda lo que dicha institución le ha ofrecido.

Queja que al ser burocratizada y no escuchada es desplazada a los profesionales de forma violenta.

### **Riesgos laborales**

Los trabajadores del sector sanitario están expuestos en sus puestos de trabajo a diferentes riesgos: biológicos (enfermedades infecciosas), químicos (cáncer, esterilidad, abortos...), físicos (radiaciones), ergonómicos (patologías musculoesqueléticas) y especialmente psicosociales (derivados de la organización del trabajo que pueden producir múltiples patologías).

La organización del trabajo influye y condiciona la exposición de los trabajadores a todos los riesgos laborales

### **Riesgos psicosociales**

La violencia es un factor de riesgo psicosocial, según la Nota Técnica de Prevención 489-1998. Hay que tratarla como un riesgo laboral según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. (LPRL), 31/1995 de 8 de noviembre.

Las medidas preventivas deberán centrarse en los aspectos nocivos de la organización del trabajo, las distintas violencias a las que puedan estar expuestos los trabajadores sanitarios deberían estar identificadas en las evaluaciones de riesgos psicosociales, para investigar sus causas y planificar la actividad preventiva, teniendo en cuenta la desigual exposición a las violencias según género, edad, contrato...

En la actualidad se han realizado un 25% de las evaluaciones de riesgos psicosociales de los centros sanitarios, con una metodología de eficacia bastante dudosa que no contempla la problemática de las violencias, permaneciendo ocultas.

Debiéndose a la escasez de personal técnico en esta materia en los servicios de prevención propios de la sanidad pública madrileña y a la dificultad de intervención en la organización del trabajo, los directivos consideran que es una tarea exclusiva de su poder de dirección, pero la LPRL en su artículo 4.7.d pone un límite a la facultad de organización del trabajo del empleador, exigiendo que se ejerza de manera no perjudicial para los trabajadores, abriendo un campo nuevo a la intervención sindical desde salud laboral.

Si las evaluaciones están atrasadas, la planificación preventiva para resolver los problemas detectados no se ha llevado a cabo prácticamente en ningún sitio.

Ante las repetidas denuncias de CCOO a la Inspección de Trabajo, por los diferentes incumplimientos de la LPRL, los inspectores de trabajo realizan requerimientos para que la Administración cumpla, pero si no lo hace, no pasa nada, por lo que existe una total impunidad y en las denuncias sobre la organización del trabajo les cuesta mucho entrar.

En los casos de acoso laboral de los trabajadores estatutarios y funcionarios no intervienen según CT 69/2009, es la misma Administración la que tiene la facultad de controlar y vigilar los derechos de protección frente a las conductas de acoso y violencia y los inspectores no deben suplantar el papel disciplinario de la propia Administración.

La paradoja es que las instituciones que deberían garantizar el cumplimiento de las leyes, las vulneran y transforman a los trabajadores en víctimas de violencia institucional.

## Prevención

En general la prevención en este sector esta muy atrasada, no se evalúan y controlan adecuadamente los riesgos laborales, produciéndose accidentes que no se investigan y en su mayoría son considerados leves y enfermedades que no se reconocen como laborales, no se registran y por lo tanto no existen, no se investigan sus causas y no se adoptan medidas preventivas, siendo atendidas por la sanidad pública como enfermedad común.

Se estima este fraude en un 80% principalmente de patologías musculoesqueléticas, pero también tumores, alergias, abortos...en cuanto a los patologías de salud mental, no hay ninguna reconocida en el cuadro de enfermedades profesionales, requisito fundamental para ser reconocida.

En nuestro país la psiquiatría y la psicología ocupacional han tenido escaso desarrollo y su formación y en general la de los médicos no abordan los temas de la actividad laboral, pasando inadvertida.

Hoy conocemos por diferentes investigaciones que los riesgos psicosociales del trabajo son los causantes de muchas enfermedades psíquicas y físicas o de su agravamiento, y no solo afectan a los trabajadores sino a toda la sociedad. En Francia valoran el coste de los problemas de salud mental en el trabajo entre el 3 y el 6% del PIB.

Esta situación esta favorecida por la organización sanitaria al crear dos sistemas paralelos de atención, quedando la atención al trabajador enfermo disociada del resto y por un sistema colaborador insuficientemente controlado, con afán de negocio, que no favorece la salud de los trabajadores.

Otro obstáculo en el reconocimiento de la enfermedad laboral, esta en la obligación de demostrar que el agente etiológico laboral fue el único en producirla, cuando hoy conocemos que la enfermedad es multicausal.

Es imprescindible el reconocimiento de las patologías de origen laboral, para poder prevenirlas, para ello, los médicos de familia y los especialistas en general y la enfermería, deberían tener formación en salud laboral durante la carrera y después como formación continuada. En Madrid no disponemos de Unidades de Salud Laboral como tienen en otras comunidades, donde asesoran a los facultativos.

Podemos hablar de una trasgresión generalizada de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en el sector sanitario de la Comunidad de Madrid, por parte de los que tienen la obligación de hacer cumplir las leyes y la responsabilidad social y legal de cuidar a los ciudadanos, y de mantener el orden en su mundo, favoreciendo la impunidad y multiplicando los siguientes efectos devastadores<sup>9</sup>:

- Afecta la salud física y mental de los empleados públicos
- Pervierte los resultados de la gestión pública, influyendo de manera negativa en la calidad asistencial que se debe a los ciudadanos.

- Aparece como modelo autorizado de gestión en todos los sectores de actividad ya sean públicos o privados
- Vulnera derechos humanos
- Es condición necesaria para instalar la corrupción en las instituciones.

Ante las cifras de absentismo, la Administración emprende una campaña de incentivación al personal médico para controlar las "falsas enfermedades" y manifiesta públicamente una sospecha generalizada de fraude por parte de los trabajadores y de los médicos que les atienden, poniendo en cuestión su código ético, profesionalidad e independencia. La Administración no quiere reconocer el absentismo como un indicador de salud de la población trabajadora y de las condiciones de trabajo.

### **A modo de conclusión**

El sistema neoliberal esta llevando a cabo un cambio en profundidad de la sanidad pública madrileña a través de nuevas formas de gestión públicas y privadas, con el único propósito de introducir y expandir el mercado en este ámbito, que produce un fuerte impacto psicológico en los profesionales por que se están realizando sin información y participación de los trabajadores y sus representantes, generando incertidumbre y miedo y a través de una organización de trabajo que aumenta las desigualdades y las injusticias, que ve a los trabajadores como un problema, y un medio para conseguir sus objetivos políticos utilizando prácticas de dominación psicológica para destruir la solidaridad y dividir a los trabajadores.

Una de sus consecuencias es el fenómeno social del acoso laboral con efectos devastadores en la salud física y psíquica, en las relaciones sociales y en la calidad asistencial.

Quedan los trabajadores en indefensión frente al poder de los dirigentes institucionales, ciegos y sordos a la violencia que ellos mismos ocasionan y frente a la agresividad de los usuarios provocada por las carencias institucionales de la asistencia sanitaria.

Para fortalecer la sanidad pública y poder dar una asistencia de calidad, hay que respetar y cuidar a sus profesionales, ellos son la viga maestra del sistema

A nivel general, se están incumpliendo leyes, acuerdos, minando la seguridad en la protección social en las contingencias de enfermedad, desempleo y jubilación, recortando los salarios y reduciendo derechos de los trabajadores, la relación laboral cada vez es más asimétrica, acercándose a la ruptura del equilibrio conseguido durante mucho tiempo por las fuerzas sociales.

Ante estos sucesos domina la incertidumbre y el miedo (flotante, líquido)<sup>10</sup> que es el nombre que damos a nuestro desconocimiento de la amenaza de lo que puede ser y de lo que hay que hacer para pararla o combatirla y esto en un momento en el que el individualismo nos ha llevado a desconfiar del otro y a la soledad.

Tenemos que ir más allá del miedo, no dejar que nos paralice, romper el silencio y conquistar la palabra y los espacios de diálogo, no podemos seguir traicionándonos no interviniendo ante la injusticia y el daño al otro y ser colaboradores de un sistema que produce tanto sufrimiento.

Recuperar la convivencia, el compañerismo por encima de la competitividad, los equipos interdisciplinarios, que potencien la cooperación y la solidaridad, amortigüen el estrés y sirvan de apoyo ante las dificultades.

Identificar al enemigo real y reconquistar la confianza en los compañeros y en los representantes sindicales que están siendo atacados y desprestigiados para minar la seguridad y la confianza de los trabajadores. Solo con una respuesta colectiva podremos hacer frente a las violencias institucionales que transitan la sanidad pública y conseguir una Administración Pública más humana, más justa y democrática, que cumpla y haga cumplir las leyes.

Es urgente: visibilizar, conceptualizar, registrar, medir y analizar las violencias que se producen en la sanidad pública, para poder actuar sobre sus causas y prevenirlas. Para ello, se requiere una coordinación y participación de todas las partes implicadas. Según la OMS, la violencia debe ser tratada como una cuestión de salud pública por las lesiones, discapacidades, y muerte que produce y porque influyen en el deterioro del entramado de las relaciones sociales de solidaridad y cooperación.

Es necesario estudiar e investigar sobre la relación entre trabajo, salud y violencia con amplia participación de los sectores implicados y de la sociedad.

Debería abrirse un debate para ver como se integra la enfermedad del trabajador y el trabajo que produce enfermedad. Una política sanitaria no puede ignorar las políticas del trabajo y el empleo.

Es urgente y necesario desenmascarar a las instituciones para que no actúen por intereses políticos y cumplan con los objetivos para los que fueron creadas: preservar la vida, la salud y el trabajo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. OIT, OMS, CIE, ISP: Directrices Marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra 2002.
2. OIT, OMS, CIE, ISP. Ops. Cit.
3. Wilkinson, R. y Pickett, k. Desigualdad: un análisis de la (in)felicidad colectiva. Turner Noema. Madrid, 2009
4. Dejours, C. Trabajo y violencia. Modus Laborandi. Madrid 2009
5. Irigoyen, MF. El acoso moral en el trabajo. Paidos. Paris 2000
6. Dejours, C. Trabajo y sufrimiento. Modus Laborandi. 2009
7. Jacques, E., Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva. Buenos Aires 1976
8. Yela, C. Violencia en el sector sanitario. II Plan Director. CCOO. Madrid 2006
9. Scialpi, D. La violencia en la gestión de personal de la Función Pública como condición necesaria para la corrupción del Estado. Revista Probidad, nº 14. Buenos Aires.
10. Barman, Z.; Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores. Paidos. Barcelona 2006

## **Una alternativa para mejorar la gestión desde lo público**

**Elvira S. Llopis**

*Vicepresidenta de la Fundación 1º de Mayo*

*Directora del Área de Políticas Públicas, Políticas Sociales y Estado del Bienestar*

Los discursos y las propuestas en torno a las políticas públicas y, en concreto, a aquellas que están orientadas a garantizar el efectivo ejercicio del derecho de ciudadanía (y por consiguiente, a evaluar la suficiencia o insuficiencia del gasto social en España), deben, a nuestro entender, tomar como punto de partida tres premisas básicas:

En primer lugar es preciso tener muy presente que forman parte de las políticas públicas todo aquello que los gobiernos deciden hacer, pero también todo aquello que los gobiernos deciden no hacer o, dicho de otro modo, la dejación que los gobiernos hacen de determinadas materias en cuanto a su regulación, prestación o supervisión forma parte también de una decisión política.

Tener lo anterior en consideración es importante porque, a menudo, el concepto de sociedad, así como el propio concepto de estado que subyace a la acción política es más visible si centramos el foco en los vacíos de esta acción que en su efectiva materialización.

Así, el claroscuro que apreciamos entre el antes y el después de la elaboración de la Ley de Atención a las personas en situación de dependencia, no es sino la diferencia entre dos modos distintos de concebir la sociedad, el papel de las mujeres, la responsabilidad frente a las personas con mayores dificultades, el propio concepto de suficiencia social, eminentemente vinculado a la independencia.

En segundo lugar, es también preciso tener en consideración que forma parte de una decisión política el que algo sea o no una mercancía, ya se trate de un bien o de un servicio, y en qué medida lo sea "en estado puro", es decir, si debe o no ser regulado su precio y otras condiciones de mercantilización.

Para quienes pudieran estar tentados de introducir justo en este momento un panegírico acerca de la absoluta libertad de los mercados como único garante del buen funcionamiento de la economía y, por ende, de la sociedad, me permito recordar, por ejemplo, la existencia de controles sanitarios para distintos tipos de mercancías, desde alimentos a animales o a los propios productos sanitarios, o el control público que garantiza el abastecimiento de agua y su salubridad, por no citar más que dos ejemplos, que son, sin duda, parte de una política pública que, sin duda también, interfiere en el libre mercado, como interfieren en el libre mercado la patrimonialización por parte del estado de la defensa y la seguridad ciudadana.

En tercer lugar, hay que recordar que la decisión de cuanto es necesario gastar desde las distintas administraciones a fin de garantizar la cobertura universal y la gratuidad de determinados bienes y servicios es, asimismo, una decisión política y es en función de ella que se deben tomar otras decisiones de manera derivada como, significativamente, el volumen de ingresos necesarios para cubrir esos gastos, es decir, la política fiscal.

Si se prefiere, el tan manoseado equilibrio presupuestario se puede garantizar, bien por la vía de la contención del gasto, tal y como propugnan todos los voceros del pensamiento liberal, bien por la vía del incremento de los ingresos, tal como viene siendo la tradición del pensamiento de la izquierda, toda vez que éste último concibe las políticas fiscales desde el planteamiento que define su auténtico fin que no es otro que su función redistributiva de la riqueza, esencial para el mantenimiento de la cohesión social, y los distintos elementos que la garantizan, entre ellos, el acceso universal a los servicios de salud, y a la prevención y promoción de ésta, y tanto más esencial cuando esa distribución de la riqueza comienza a manifestar signos de ineficacia en su vertiente directa, esto es, a través del salario, tal y como está sucediendo en la actualidad.

Claro es que se puede optar por un modelo social y económico ya antiguo pero que, de alguna manera, hemos visto emerger en los primeros momentos de la crisis sin que hasta ahora hayamos constatado su carácter estrictamente coyuntural: me refiero al propugnado por la escuela de Friburgo en los años 30 del siglo pasado, y según el cual la función del Estado sería garantizar el buen funcionamiento del mercado (y si para eso es preciso aportar fondos públicos, hágase), al tiempo que se garantiza también una política social minimalista que atempere en sus posiciones más extremas el conflicto social.

Una opción que no es ajena a lo establecido por el Tratado de Lisboa que en el Protocolo nº 27 de la versión consolidada establece una relación asimétrica entre la dimensión económica y la dimensión social de la Unión Europea, estableciendo un papel marginal y una subordinación funcional de lo social al mercado.

Esta subordinación implica, como muy bien se indica en un reciente informe de la FADSP<sup>75</sup> la búsqueda de nuevos nichos de negocio, convirtiendo la prestación de servicios públicos básicos en objeto de los deseos empresariales, para lo que obviamente se precisa el debilitamiento y/o desmantelamiento de los sistemas públicos; en este contexto el caso de la Sanidad es paradigmático.

Convendría, por último, recordar que el estatuto de ciudadanía en la segunda mitad del siglo XX es a la vez resultado del progreso civil (extensión hacia las mujeres y los jóvenes), social (Estado del Bienestar) y político (mecanismos de participación y representación más amplios y eficientes). Un progreso que lejos de ser automático, derivado de lo que

---

<sup>75</sup>FADSP : *la sostenibilidad del sistema sanitario público 12 propuestas para garantizarla*. Enero de 2011 . Disponible en [www.actasanitaria.com](http://www.actasanitaria.com)

podríamos definir como "un progreso moral ineludible", o del desarrollo inercial de las propias instituciones públicas, o un efecto del mercado en su "virtuoso" e invisible hacer, ha sido el resultado de conflictos sociales, de confrontaciones de valores, una conquista paulatina a la que la clase trabajadora no ha sido, ni mucho menos, ajena.

Sin embargo la condición de ciudadanía así entendida está sometida, en la actualidad, a fuertes tensiones, en la medida en que el Estado-Nación, que hasta hace poco tiempo tenía la potestad única de legislar así como de articular políticas garantes de su efectividad, es objeto de una redefinición que significa una pérdida real de competencias, que se ha venido produciendo como consecuencia de diferentes fenómenos.

En primer lugar, la globalización económica ha reducido considerablemente los márgenes de las políticas económicas y, con ellas, las de las políticas públicas de carácter social a favor de lo que se suele denominar "apertura de mercados".

En segundo lugar, en el caso de España, pero también de otros Estados se verifica una tendencia a la integración política y económica en instancias de carácter supranacional, la cual asume una parte de las competencias estatales en el ámbito social y económico. La Unión Europea es una prueba de ello.

En tercer lugar, dentro de los Estados se producen procesos de diferenciación y de fractura, que afectan no sólo a la sociedad civil sino también a las instituciones. Dos procesos son, en nuestro caso, especialmente importantes: El desarrollo del Estado Autonómico, que implica una fuerte descentralización y la consecuente gestión de competencias, algunas de las cuales tienen, además, carácter municipal, y el auge del multiculturalismo, así como la necesidad de articular la existencia de grupos sociales con elementos fuertes de identidad específica, como puede ser el de las personas homosexuales.

Nos encontramos pues ante la paradoja que un Estado debilitado, del cual se puede discutir su carácter "nacional", que ha perdido competencias constituyentes de su soberanía y con una capacidad de regulación económica reducida, es el único que puede consolidar y ampliar la "ciudadanía".

Eso implica un contexto especialmente complejo ya que a la necesidad de plantear en el ámbito estatal la exigencia de consolidar y ampliar los elementos constituyentes de la condición de ciudadanía, hay que sumarle la de proponer también a los nuevos ámbitos políticos, tanto los de carácter supraestatal (la Unión Europea) como a los subestatales (Comunidades Autónomas y Municipios) la regulación, la protección y la ampliación de la ciudadanía. Una propuesta que tiene que estar regida por la coherencia política, la suficiencia económica y la equidad social.

Los problemas de esta triple articulación ya se han puesto de manifiesto en no pocas ocasiones, tanto en la referencia supranacional como en la subestatal.

Las diferencias, cada vez más acusadas tanto entre países como entre las distintas Comunidades Autónomas, nos obligan a plantearnos también por el tipo de gestión de los servicios públicos y su mayor o menor eficacia medida no en términos económicos sino en términos sociales.

Porque, efectivamente, un servicio público puede adoptar, al menos tres formas básicas en lo que se refiere a la modalidad de la prestación: El suministro directo del propio servicio, la subvención, que suele tener carácter finalista, para la realización o adquisición del servicio, y la compra a una empresa privada del mismo. A estas tres formas básicas hay que añadir otras dos relativamente recientes: lo que viene denominándose *Partenariado Público Privado*, consistente, básicamente en la gestión privada de lo público, y la prestación económica vinculada a un hecho causante.

Esta última, la prestación económica vinculada a un hecho causante, que es la habitual en el caso de la protección social (pensiones, desempleo, rentas de inserción...) ha comenzado una nueva y peligrosa andadura (desde el punto de vista antes comentado de la efectiva prestación del servicio en términos de equidad) en la forma de "cheque".

La generalización de esta fórmula la pudimos constatar en las ayudas por natalidad, pero también está presente en una de las fórmulas previstas en la atención a la dependencia por dos vías además: vinculada a la exigencia de la compra de un servicio (con lo que, indirectamente, se pone precio al servicio y salario al trabajador que lo realiza), y vinculada como pseudo salario a la persona cuidadora (lo que no deja de ser también un referente salarial).

Hay que decir aquí, en relación con los servicios de atención a la dependencia que todos ellos incluyen el copago por parte del beneficiario de la prestación. Un copago que, si bien es proporcional a sus ingresos, supone, en todo caso, la no gratuidad del servicio, lo que supone una quiebra en el principio de gratuidad en el momento de uso que ha venido caracterizando los servicios públicos básicos en nuestro país en los últimos treinta años.

En cuanto a las otras fórmulas, habría que señalar algunas cuestiones:

En primer lugar, la diferencia entre el suministro directo del servicio (centros públicos) o el concierto o la subvención (centros concertados), la diferencia radica en que cubiertos unos requisitos mínimos, es la política de la empresa privada la que decide acerca de la prestación, si bien es cierto que la propia administración mantiene una función de vigilancia y control en su calidad y efectividad de la prestación.

Al respecto hay que señalar una obviedad y es que esta fórmula, o bien encarece el servicio, porque debe contar con el margen de ganancia de la empresa que lo presta, o bien, al mismo coste, devalúa su calidad que es de donde se extrae el beneficio empresarial. Una devaluación que suele recaer del lado de la calidad del empleo de los trabajadores que nunca es ajena a

la propia calidad del servicio. Un comentario similar es aplicable a las fórmulas de partenariado.

No es el caso de la compra directa de servicios, en que las señaladas funciones de vigilancia y control de la administración desaparecen una vez realizada la compra, pasando por tanto el servicio a situarse en el terreno del puro mercado.

Otro tanto cabe decir de las ya señaladas prestaciones dinerarias al usuario del servicio para la compra del mismo.

La crisis económica y las evidentes dificultades por las que atraviesa el gasto público no deben servir para generar espacios de más mercado, sino por el contrario, para un renovado impulso de los servicios y bienes públicos de carácter esencial, entre los que se encuentra la sanidad, que permita sostener e incrementar el gasto público y con ello ampliar la condición de ciudadanía desde las premisas ya señaladas de universalidad, suficiencia y equidad.

Indudablemente, la eficacia y la eficiencia no son ajenas a estas premisas, de tal modo que será necesario mejorar la gestión de los servicios públicos, aunque nuevamente debemos hacer aquí una precisión de suma importancia: Ninguna técnica gerencial es ajena al contenido y a la finalidad que persigue la organización objeto de esa gerencia. O, dicho de otra manera, las técnicas gerenciales que se aplican a la empresa privada no son necesariamente aplicables en la empresa pública, mucho menos cuando lo que esa empresa pública "produce" es un determinado grado de salud de la ciudadanía, difícilmente conmensurable en términos estrictamente de coste/beneficio.

En concreto, el modelo de gestión gerencialista es parte la estrategia neoliberal de la salud<sup>76</sup>.

Sin embargo, la gestión sanitaria no puede ser patrimonio exclusivo de los gerentes, porque requiere un marco de horizontalidad e intersectorialidad e incorporar a los trabajadores, los profesionales y los ciudadanos en la toma de decisiones y la rendición de cuentas y resultados. Una fórmula son los Órganos de Gobierno Colegiados que, entre otras cuestiones, permiten reubicar la figura del gerente, no sólo como delegado obediente sometido a los dictados de la propiedad. Fórmulas efectivas, y no retóricas, de participación comunitaria y de gobierno clínico, con valores organizativos identitarios como la implicación mutua o el sentido de pertenencia institucional.

Del mismo modo, el gobierno clínico debe estar supeditado a un Plan Integrado de Salud que garantice la equidad en el sistema (dónde no siempre equidad es sinónimo de igualdad", y que sirva de cauce para otras decisiones de carácter más "gerencialistas"<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Carlos Ponte a modo de conclusión de su artículo en este informe

<sup>77</sup> Eddy d'Orleans, a modo de conclusión de su artículo en este informe

El desarrollo de las áreas sanitarias supone un instrumento básico para una gestión integrada y eficiente de los recursos<sup>78</sup>

- 1.- Deberían integrar los servicios hospitalarios, de AP, socio-sanitarios, salud pública y de otros sectores relacionados con la salud medio-ambiental y el desarrollo económico y social.
- 2.- En sus órganos de gestión deberían integrar a todos los niveles especialmente la AP, la atención hospitalaria, los ayuntamientos y las organizaciones sociales representativas de los profesionales y la comunidad, en condiciones de igualdad y manteniendo el perfil propio de los mismos.
- 3.- Su gestión debe ser plenamente democrática, basada en la negociación y el acuerdo de los diferentes actores de los procesos de salud.
- 4.- Planificadas de manera participativa para recoger los auténticos problemas y necesidades de salud de la población y del medio; permitan elaborar planes de salud, programas y protocolos de actividades de naturaleza integral (con especial acento en la promoción de salud) e integren a todos los niveles y recursos (asistenciales y no asistenciales) para articular soluciones basadas en la evidencia científica.
- 5.- La elaboración de sus presupuestos económicos y la asignación-distribución de sus recursos deberían conjugar los contenidos de la planificación estratégica de los Servicios de Salud Autonómicos y los planes del área.
- 6.- Deben contar con órganos participativos para controlar la calidad de la atención y los resultados de la misma en términos económicos y de mejora de la salud.

Probablemente la única oportunidad para poner en práctica esta estrategia de gestión, contemplada en nuestro ordenamiento sanitario y esencial para una atención de salud integrada y eficiente (pero apenas desarrollada por falta de voluntad política de las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y por las presiones de los grupos de presión impulsores de la abolición y privatización del sistema público), sea la consolidación de alianzas entre los sectores profesionales de Atención Primaria y colectivos ciudadanos bien informados y organizados.

Al propio tiempo, es necesaria una auténtica reforma pro coordinación de la Atención Primaria<sup>79</sup>, que traslade poder, responsabilidad y autonomía al médico de cabecera, de forma que pueda coordinar los servicios clínicos y sociales que precisan los pacientes, y en el que el especialista asuma el papel de "consultor" del médico de familia.

La participación de los usuarios ha de ser uno de los ejes centrales de las políticas sanitarias, por lo que debe buscarse la implicación de éstos en la definición de las estrategias de continuidad de cuidados y la configuración de su oferta.

Es necesario profundizar en la autonomía de los equipos de AP en cuanto a la gestión clínica, acercando el poder de decisión a los profesionales

---

<sup>78</sup> Manuel Martín como conclusiones de su artículo en este informe

<sup>79</sup> Joan Canals como conclusiones de su artículo en este informe.

implicados, dotándolos de una mayor capacidad resolutoria en cuestiones asistenciales y organizativas.

Hay que favorecer la relación entre el médico de AP y el especialista, incentivando la colaboración y la disponibilidad de este último. Hay que asegurar la equidad favoreciendo esta relación AP-AE e incluyéndola en los objetivos y las carteras de servicios.

Es ineludible la generación de sistemas de información cuyo formato, estructura y calidad de los datos sean homogéneos, y en los que el parámetro principal sea la integración.

La financiación capitativa ajustada por riesgo constituye una de las palancas regulatorias más potentes para fomentar la integración de proveedores y la coordinación entre niveles asistenciales. Para que sea una herramienta realmente eficaz es indispensable reforzar el papel de la AP., no tan solo como puerta de entrada al sistema sino como gestora de la utilización sanitaria.

La citación para el especialista a tiempo real desde los centros de salud, y la digitalización y transmisión informática de los resultados analíticos y de las exploraciones complementarias son medidas factibles y útiles a corto plazo.

Los programas de gestión de casos/enfermedades son respuestas verticales que debilitan la potencialidad de la respuesta horizontal establecida, la AP.

En España la atención a los problemas crónicos es muy deficiente dado que los servicios sanitarios se concibieron en épocas de predominio de las enfermedades agudas. Los problemas de coordinación ante patologías crónicas debería ser la mejora de la AP. y no su sustitución por la AE mediante el desarrollo de programas superespecializados, dependientes de unidades hospitalarias, que prestan servicios de baja tecnología propios de la AP. Estos programas pueden poner en peligro la respuesta del sistema sanitario en el cuidado de pacientes con pluriopatología crónica.

Es preciso un ámbito académico propio de la AP., con una presencia independiente y autónoma de la medicina de familia en la universidad. La implantación del programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria ha de permitir a las enfermeras adquirir las competencias que la sociedad actual les exige y que las sitúa como referente para la atención y coordinación sociosanitaria.

La gestión unificada de compras<sup>80</sup>, y su incidencia en términos de economía de escala es, asimismo un elemento determinante en una mejora significativa de la gestión del gasto sanitario.

En cuanto a la caracterización<sup>81</sup> de la evaluación de las tecnologías sanitarias como un mito o una solución para el control del gasto sanitario y como tal, si constituye por sí misma una alternativa de mejora a la gestión

---

<sup>80</sup> Joaquín Carrasco a modo de conclusión de su artículo en este informe

<sup>81</sup> Javier Rey a modo de conclusión de su artículo en este informe

sanitaria pública, hay que señalar que se trata de un instrumento de desarrollo hasta ahora limitado cuya mera invocación no constituye por sí misma una mejora de la gestión pública, que en este campo debe afrontar en condiciones muy desiguales la relación con unos agentes muy poderosos en términos económicos y políticos, como son las empresas productoras de tecnologías sanitarias, que son en realidad las que condicionan la orientación y el desarrollo de todos los sistemas sanitarios.

Por otra parte, el problema principal de mejora de los instrumentos y formas de evaluación de las tecnologías sanitarias no se encuentra ante todo en las limitaciones técnicas de las metodologías utilizadas, ni siquiera en sí misma en la estructura y forma de constitución de los instrumentos creados con ese fin, sino, como condicionante principal de la superación de las limitaciones de unas y otros, en la voluntad política real por parte de cada gobierno de utilizar estos procedimientos para contribuir al control de la evolución del gasto sanitario en el sistema sanitario correspondiente con arreglo a los valores dominantes en la constitución del propio sistema sanitario y político en general.

Por último, y en lo que se refiere a la gestión de Recursos Humanos<sup>82</sup>, hay que tener presente que las administraciones regionales dedican entre el 35 y el 50% del presupuesto a Sanidad, del cual entre el 42 y el 47% del gasto se emplea en recursos humanos. El presupuesto sanitario ya ha crecido una media del 11% anual desde 2002, aunque sólo en parte debido al incremento salarial.

Debería establecerse un nuevo sistema de incentivos basado en la evaluación del desempeño, que evite el pago por acto profesional, o las fórmulas simplificadoras basadas en criterios fácilmente cuantificables y de amplia resonancia (lista de espera, por ejemplo) que suelen ir en detrimento de las acciones preventivas. Debe tenderse a la evaluación de los resultados en salud de la población con criterios amplios, bien ponderados, establecimiento de objetivos comunes y sistemas de evaluación externos y estables.

La incentivación no debe ser sólo económica, sino abrir el campo a fórmulas participativas, democráticas y de responsabilidad, que son más adecuadas para incentivar a trabajadores altamente cualificados.

Asimismo, es preciso garantizar un clima laboral en el que no sólo la relación personal sanitario-paciente sea equitativa y suficientemente informada, sino que se verifique entre los distintos profesionales de la sanidad evitando los actuales riesgos<sup>83</sup> de stress y burn out.

---

<sup>82</sup> Enrique Orsi y Agustín Reoyo a modo de conclusión de su artículo en este informe.

<sup>83</sup> Carmen Yela en su artículo en este informe.

## **Algunas Conclusiones Finales**

En conclusión, una mejora de la gestión sanitaria pública debe de cimentarse en los siguientes objetivos:

1. Elaboración de un Plan Integrado de Salud que permita marcar objetivos coherentes y unificados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, reforzando su cohesión.
2. Suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud, incrementando el porcentaje de presupuesto público destinado a la Sanidad.
3. Financiación finalista para la Sanidad en la que se incluyan los compromisos del Plan Integrado de Salud, estableciendo mecanismos de control de su utilización y condicionando los nuevos fondos a la comprobación del uso debido de los ya recibidos. Por supuesto las CCAA tendrán la opción de destinar otros fondos propios al sistema sanitario.
4. Establecimiento de sistemas de información homogéneos en todo el Sistema Nacional de salud garantizando la publicidad, la menos semestral de los principales indicadores.
5. Mejora de la utilización de los recursos farmacéuticos, lo que supone una disminución del gasto y medidas como: aumentar el consumo de medicamentos genéricos para alcanzar el 25% del gasto farmacéutico; establecer la financiación por equivalentes terapéuticos; limitar el marketing/ promoción al 5% del gasto de las empresas, estableciendo sistemas de transparencia y publicidad de todas las subvenciones de las empresas farmacéuticas a los profesionales de la salud y establecer un sistema independiente y científicamente contrastado de información y formación de los profesionales.
6. Desarrollar el funcionamiento de las Áreas sanitarias como eje vertebrador de la atención sanitaria, en las que deberían integrarse los servicios de AE, AP, socio-sanitarios, salud pública y de otros sectores relacionados con la salud medioambiental y el desarrollo social y económico.
7. Fomentar la Atención Primaria dotándola de medios profesionales y materiales, así como de accesibilidad a pruebas diagnósticas para mejorar su capacidad de resolución.
8. La coordinación entre AP y AE es una de las claves del funcionamiento eficaz y eficiente del sistema sanitario.
9. Debe fomentarse el papel de la enfermería en AP desarrollando sus competencias y favoreciendo la atención a los enfermos crónicos y el desarrollo de actividades de promoción y prevención.
10. Hay que desarrollar una historia clínica única a la que se tenga acceso desde todos los centros sanitarios del SNS.
11. Deben garantizarse demoras máximas en las citaciones en AP (48 horas) y en las derivaciones a AE (15 días en los casos no urgentes), así como en las pruebas diagnósticas, teniendo en cuenta su utilidad y el carácter preferente o urgente de las mismas.

12. Garantizar la democratización del funcionamiento del sistema sanitario público creando órganos de dirección y control con participación de profesionales y usuarios.
13. Favorecer la implantación de la gestión clínica en los centros sanitarios mediante el impulso de la gestión participativa basada en la evidencia.
14. Hay que profesionalizar los cargos intermedios del sistema sanitario. Deben de desarrollarse sistemas de acreditación profesional y la provisión de plazas de jefaturas de servicio/sección/supervisiones de enfermería/ etc mediante concursos públicos con mecanismos de selección que garanticen la adjudicación mediante criterios de merito y capacidad. Estos cargos no deben ser vitalicios sino estar sometidos a evaluaciones periódicas.
15. La carrera profesional dentro del SNS debe de impulsarse adoptando mecanismos de control democráticos y criterios que garanticen el reconocimiento de los meritos profesionales, científicos y la calidad de la atención prestada.
16. Debe de profesionalizarse la gestión sanitaria, para lo que es imprescindible el poner en marcha un sistema de formación de especialistas vía MIR.
17. Es urgente la aprobación de una nueva regulación de especialidades médicas que establezca la troncalidad en la formación y permita la acreditación de áreas específicas de subespecialización.
18. Debería de realizarse un plan de recursos humanos del SNS que permitiera evaluar las necesidades futuras de profesionales, establecer las competencias y asegurar la formación continuada fuera de los intereses comerciales.
19. Debe garantizarse en el SNS un clima laboral que permita el desarrollo de las actividades asistenciales en un marco de seguridad y de ausencia de violencia institucional controlando las condiciones de trabajo que son el mejor medio de evitar actuaciones inapropiadas del sistema de salud.
20. Hay que asegurar una evaluación, basada en la evidencia y actualizada de las tecnologías sanitarias. Para ello es imprescindible la coordinación de las agencias de evaluación existentes y la elaboración de un plan común de actividades.
21. Hay que poner en funcionamiento una central de compras del SNS que permita utilizar las ventajas de la economía de escala en las compras del sistema sanitario público.
22. Los nuevos modelos de gestión no han demostrado utilidad ni en mejoras en la eficacia ni mucho menos en la eficiencia, porque han encarecido los costes de la asistencia sanitaria. Por lo tanto deberían de reintegrarse en el sistema sanitario público. También sería exigible que en tanto no se produzca esta integración se garantice la transparencia y publicidad de los datos asistenciales de estos centros, así como la calidad de la prestación sanitaria.