



## EDITORIAL

# Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario

## Economic crisis and healthcare system epicrisis

Salvador Peiró<sup>a,b,\*</sup> y Ricard Meneu<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España

<sup>b</sup> Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España

Recibido el 11 de diciembre de 2010; aceptado el 20 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2011

### Crisis y Atención Primaria: el pavo no debería alegrarse con la navidad

Los sistemas sanitarios suponen una importante partida del gasto público. Las crisis económicas tensan los (des)equilibrios entre necesidades y gasto público. Cuando la crisis es profunda, va acompañada de un importante déficit público y se prevé de larga duración, confiar en que no afectará al sistema sanitario, incluida la Atención Primaria, nos equipararía al pavo que cree que la navidad no tiene que ver con él. El Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene por delante el período de desinversión más pronunciado y largo de su historia. Como las crisis económicas contribuyen a empeorar el estado de salud de la población<sup>1</sup>, no es inverosímil un escenario aún peor, que combine desinversión con incrementos en la demanda.

Las políticas sanitarias vigentes en el SNS provienen aún de la reciente etapa de presupuestos expansivos y muy (des)orientados por razones electoralistas y corporativas. La lógica del "más de lo mismo" pasa por continuar ampliando la oferta hospitalaria, inaugurar edificios emblemáticos, invertir enormes recursos en sistemas de información redundantes, introducir nuevos programas de promoción de salud, de vacunaciones, de prevención primaria y de cualquier cosa imaginable, e incorporar a la cartera de servicios la práctica

totalidad de las innovaciones en tecnologías y medicamentos (en muchos casos más innovadoras en precio que en beneficios clínicos). Más de lo mismo es continuar obviando la evaluación de costes, de impacto presupuestario y coste-efectividad de los nuevos equipamientos, medicamentos, tecnologías y programas (mientras el gasto en gabinetes de comunicación y en la publicidad de las nuevas prestaciones y programas supera a veces el efectivamente destinado a las mismas).

Adicionalmente, un sistema que destina el 45% de sus recursos a gastos de personal<sup>2</sup> ha venido incrementando ostensiblemente su número de profesionales y ha reglamentado al alza salarios, carreras profesionales e incentivos, con el resultado de una intensa aceleración en estos costes sin apenas contrapartidas tangibles.

### Estrategias frente a la crisis: hacer menos, hacerlo peor o hacer más con menos

Los discursos de nuestros políticos sanitarios y los presupuestos de las Comunidades Autónomas en vías de aprobación parecen mantener los planes expansivos en medio de la patente irrealidad que demuestran los cierres contables de ejercicios anteriores y la demora en el pago a proveedores que ha pasado de meses a años. Por su parte, las medidas gubernamentales (Reales Decretos-Ley 4/2010 y 8/2010) respondían a una lógica de ajuste presupuestario inmediato, actuando sobre las remuneraciones de personal y el gasto farmacéutico. Dado que estos conceptos representan más

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: peiro.bor@gva.es (S. Peiró).

de dos tercios del gasto sanitario<sup>2</sup>, actuar sobre ellos era, más que necesario, ineludible. Más allá de su capacidad de ahorro, no eran las únicas medidas posibles, ni necesariamente las más acertadas y, sobre todo, no suponían ninguna mejora estructural.

Las estrategias posibles para reducir el gasto sanitario se resumen en: 1) reducir servicios o prestaciones, 2) mantener prestaciones reduciendo su calidad, 3) mejorar la eficiencia interna: hacer más con lo mismo, dejar de hacer lo que no aporta valor y, 4) cualquier combinación de las anteriores<sup>3,4</sup>. Dos recientes documentos recogen un amplio abanico de recomendaciones concretas para mejorar la eficiencia del sistema sanitario<sup>5,6</sup>. Aunque muchas medidas se enfocan hacia la reorientación del SNS y la atención especializada, la Atención Primaria no está libre de propuestas de mejora. Destacan las orientadas a la coordinación de cuidados, de información y de prestaciones entre niveles asistenciales (y entre profesionales del mismo nivel), a mejorar la indicación de pruebas diagnósticas y tratamientos, a mejoras de calidad asistencial para reducir complicaciones y efectos adversos, a la reducción de la variabilidad y a la implicación de los pacientes en sus propios cuidados, así como otras enfocadas a evitar la utilización intensiva y las duplicidades en pruebas, visitas y otros servicios. En general, son medidas dirigidas a reforzar el peso de la Atención Primaria, pero no en cualquier dirección sino hacia aquellas que aporten valor al conjunto de la asistencia a pacientes y poblaciones.

### Lo que preocupa y lo preocupante

Preocupan los recortes, pero lo preocupante es si el SNS será capaz de adoptar estrategias más inteligentes que las empleadas en anteriores períodos de desinversión o las que históricamente se han mostrado fútiles<sup>7</sup>. No parece fácil. Cuando nos creíamos ricos no supimos ser sabios ni felices. Y ahora, además de armarios atiborrados de crecepelos milagrosos, tenemos los pasillos del sistema llenos de embaucadores que claman por la "sostenibilidad" del SNS. Confían en seguir igual y esperar a que escampe para seguir siguiendo igual.

Entre las recomendaciones de uno de los informes destaca la de incrementar la transparencia y el buen gobierno sanitario<sup>6</sup>. Subyace la idea de que no se puede mejorar la gestión sanitaria pública sin controlar la corrupción, reconducir la partidocracia, despolitizar la gestión sanitaria, delimitar las relaciones con el sector privado y reducir

las situaciones de conflicto de interés con la industria farmacéutica y electromédica (las de los profesionales sanitarios, pero también las de los políticos y ex-directivos públicos). No parece fácil. Pero es en estas cuestiones donde se dirime si la crisis es una catástrofe sin más o, también, una oportunidad para emprender los cambios eternamente aplazados: empezar lo que siempre pospusimos, dejar de hacer lo que nunca debimos emprender, discriminar lo esencial de lo accesorio, lo valioso de lo superfluo, lo clientelar de lo necesario, el bienestar público del bienestar de quienes trabajan para el sector público.

La viabilidad a medio y largo plazo del SNS y las condiciones de ésta, en términos de extensión y calidad de los servicios que presta, van a depender en buena medida de las decisiones que se tomen (o no se tomen) ahora. La crisis no es sólo, ni principalmente, sanitaria. Una población cada vez más castigada por el desempleo y el empobrecimiento va a necesitar que sus servicios sanitarios funcionen adecuadamente. Y funcionar adecuadamente significa, en lo esencial, priorizar actuaciones, evitar el despilfarro y mejorar la eficiencia interna. O, si se prefiere, hacer más (de lo que hay que hacer) con lo mismo y hacer menos (de lo que no deberíamos hacer).

### Bibliografía

1. Dávila Quintana CD, González López-Valcercel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit.* 2009;23:261–5.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema Nacional de Salud de España 2010. Madrid: Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
3. Appleby J, Ham C, Imison C, Jennings M. *Improving NHS productivity. More with the same not more of the same*. London: King's Found; 2010.
4. Ham C. *Health in a cold climate. Developing and intelligent response to the financial challenges facing the NHS*. London: The Nuffield Trust; 2009.
5. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto*. Barcelona: Antares Consulting; 2010.
6. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2011;12:en prensa.
7. Moreno-Torres I, Puig-Junoy J, Raya JM. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. *Eur J Health Econ.* 2010 Sep 1. [Epub ahead of print].