
Algunas consideraciones sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud

M^a José Rubio Vidal^a y Francisco Reyes Santías^b

^aConselleira de Sanidade. Comunidad Autónoma de Galicia.

^bAsesor para evaluación y estudios de la Consellería de Sanidade. Galicia.

Introducción

La Ley 14/1986, General de Sanidad, ha supuesto un hito fundamental en la sanidad de nuestro país, al establecer que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española y que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. Esta disposición ha supuesto la creación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, en cuyo recorrido se han invertido los primeros 20 años de vigencia de la Ley.

Los próximos 20 años deberán dedicarse, igualmente, a continuar desarrollando el espíritu de la Ley y a consolidar el sistema sanitario, que es el resultado de una conquista social de la ciudadanía y un cimiento fundamental en la construcción del Estado del Bienestar, que caracteriza a las sociedades civiles que estructuran la Europa actual.

Viabilidad

Un problema que debe abordarse es la viabilidad financiera del sistema. Existe una corriente de análisis en nuestro país que se plantea las dificultades de sostener financieramente el sistema sanitario público. Es probable que el paradigma de estos análisis sea el llamado “Informe Abril”, que establecía como principales circunstancias que podrían yugular la capacidad económica del sistema, el envejecimiento de la población y la adopción de alta tecnología. Todo esto ha llevado, según los autores del informe, a un crecimiento del gasto sanitario total superior al crecimiento del producto interior bruto (PIB).

Todo lo anterior ha sido matizado por estudios empíricos. Así, se ha demostrado que la mayoría del gasto sanitario tiene lugar en los últimos años de la vida y han confirmado que la edad es un deter-

minante menos importante que la proximidad de la muerte para explicar el gasto en salud^{1,2}.

Un estudio con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para un conjunto de 15 países encontró que, durante el período 1960-1987, el incremento en la utilización de los servicios producía un crecimiento de los gastos sanitarios a una tasa anual compuesta del 5,3%, de los que el número de actos y técnicas por persona explicaba 5 puntos del incremento y solo 0,3 puntos eran atribuibles al envejecimiento de la población³.

En efecto, en España buena parte del crecimiento en términos nominales del gasto sanitario ha sido absorbido por las elevadas tasas de inflación que se han producido en el período 1993-2005 y eso que, mientras la variación en porcentaje en el período para el índice de precios al consumo (IPC) general ha sido del 47,5%, para el subgrupo medicina ha sido sólo del 32,5%, en comparación con la enseñanza que ha sido del 86,4%⁴. Estudios publicados en España confirman que el envejecimiento de la población sólo explica, en el Estado, para el grupo de edad de 65-74 el 13% del incremento neto de la tasa de hospitalización, y para el grupo de mayores de 74 años el 15% del incremento neto de hospitalizaciones⁵,

y que esa circunstancia demográfica no se correlaciona significativamente con la lista de espera⁶.

Del mismo modo, sólo el 7% del incremento en el gasto farmacéutico sería explicado por el aumento de la población mayor de 60 años, el incremento en la prescripción explicaría el 39% y el del precio de los fármacos justificaría el 54%⁷.

En lo referente a la adopción de alta tecnología médica, Pablo Lázaro demostró que el coste mensual de las recetas del 0,05% de los facultativos que se sitúan en el decil superior del coste por prescripción, equivale al coste de adquisición de un tomógrafo computarizado (TC)⁸, lo que evidencia que la adopción de alta tecnología médica no es el principal problema para la financiación del sistema.

Respecto al argumento esgrimido por algunos autores de que la financiación pública de los servicios sanitarios es uno de los factores del incremento del gasto en salud, éste ha sido contestado por la evidencia contraria, pues se asocia la financiación pública con un menor gasto en salud⁹.

Desde el punto de vista macroeconómico las expectativas de financiación del sistema público sanitario pueden encarrarse, tal y como presentan las evidencias publicadas. De hecho, algunos estudios han demostrado que el PIB per cápita tie-

ne un efecto positivo y significativo sobre el gasto de salud per cápita^{10,11} y que, en general, la elasticidad renta-gasto público es mayor que 1; lo que significa que es precisamente el incremento de la riqueza nacional lo que estimula el incremento del gasto sanitario.

En España el porcentaje del gasto sanitario público sobre el PIB en el 2002 ha sido del 5,4%, mientras que para Portugal ha sido del 6,5%, para Suecia del 7,9% y para Alemania del 8,4%. De la Europa de los 15 sólo Grecia tenía un porcentaje del PIB en gasto sanitario público inferior al de España, con un 5%, pero mientras Grecia en el período 1992-2002 ha incrementado su porcentaje en un 14%, España en el mismo período ha disminuido su porcentaje en un 4%.

Además, mientras la presión fiscal media de la Unión Europea es del 41,98, la de España es del 35,6. El diferencial que se observa tanto en porcentaje del gasto sanitario público sobre el PIB como en la presión fiscal entre la media de la UE y las cifras españolas, permiten ver el futuro macroeconómico del gasto sanitario en nuestro país con tranquilidad.

Microeficiencia y mesoeficiencia

Un aspecto diferente es la exigencia de microeficiencia y mesoeficiencia, a las que

no se debe renunciar a pesar de los datos macroeconómicos.

Microeficiencia

La microeficiencia es conseguir los mejores resultados de salud para un paciente concreto, con los recursos disponibles. Esto se instrumenta con el gobierno clínico (*clinical governance*) en el sistema sanitario y con la gestión de su salud por el propio paciente.

Tradicionalmente, el profesional sanitario debía decidir por su paciente, dado que la asimetría de información era abismal y el paciente se veía incapaz de tomar una decisión por sí mismo suficientemente documentada. Este escenario está cambiando, ya que los ciudadanos tienen cada vez mejor y mayor acceso a la información, con lo que cada vez van siendo más capaces de participar activamente en el proceso de toma de decisiones sobre su función de producción de salud.

Los consumidores de servicios sanitarios cada vez se involucran más en la toma de decisiones sobre su propia salud, gracias, en parte, a la Red. Más de dos terceras partes de los usuarios de internet en EE. UU., Francia, Alemania y Japón acceden a la información sanitaria *online*¹². Además, la demanda de contenidos sanitarios está creciendo el doble de rápido que en el resto de la Red¹³.

Según el estudio de Pew Internet¹⁴, la información de la Red influyó en la decisión sobre el tratamiento a seguir de casi 18 millones de americanos adultos y más de 10 millones hicieron nuevas preguntas o buscaron una segunda opinión, tras consultar información en la Red. En otro estudio, el 71% de los facultativos de EE. UU. encuestados opina que los usuarios que utilizan la Red para acceder a la información sanitaria son más propicios a cuestionar los consejos del facultativo¹⁵.

De entre los diversos modelos de relación entre médico y usuario, que abarcan desde el paternalismo absoluto por parte del médico hasta el modelo del consentimiento informado, que asume que el paciente quiere recibir toda la información para tomar sus propias decisiones, pasando por el modelo de las decisiones compartidas; los recientes estudios muestran la evidencia de que la mayoría de los pacientes se están inclinando por las decisiones compartidas.

Así, en el estudio de Gatellari¹⁶ se mostraba que el 47% de los pacientes entrevistados se situaba en la opción de la decisión compartida y un 40% opinaba que ejercían un papel menos activo del que ellos querían en la elección del tratamiento a recibir.

Otro estudio, éste centrado en pacientes de Atención Primaria, muestra

que los factores que explican las preferencias de los pacientes son una mejor comunicación por parte del médico, una mayor participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud y la promoción de su salud¹⁷.

Las políticas para mejorar la eficiencia a nivel individual incluyen una mejor protocolización para reducir la incertidumbre, una mejor difusión de la evidencia científica para reducir la variabilidad en la práctica clínica, el establecimiento de procedimientos de control de calidad de los procesos asistenciales, como las auditorías de calidad o los dispositivos automáticos de alerta, para evitar errores médicos y el incremento en la intensidad de las actividades de promoción y prevención.

Esto permitirá reconvertir el círculo vicioso asociado al incremento de la esperanza de vida, que lleva a un aumento de la morbilidad y discapacidad, lo que conduce a un incremento de la demanda de servicios asistenciales, en un círculo virtuoso gracias a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que disminuirán la morbilidad y discapacidad, lo que redundará en una esperanza de vida más saludable.

Mesogestión

Desde la perspectiva de los centros, la mesogestión sanitaria se ocupa de coor-

dinar y organizar los recursos de todo tipo para producir asistencia sanitaria.

Variabilidad de la práctica clínica

Lo cierto es que, en nuestro país, en comunidades vecinas, la producción de unos mismos servicios se realiza en proporciones enormemente disímiles, lo que se traduce en una abultada variabilidad en el gasto sanitario. Este es el principal reto de gestión para los próximos años, el análisis y la reducción de la variabilidad de la práctica clínica.

Este problema está dando lugar a importantes bolsas de inefficiencia en el ámbito del sistema sanitario en la mayoría de los países de nuestro entorno. Por un lado, se utilizan en exceso muchos recursos y tratamientos médicos de poca o nula efectividad marginal, en parte debido a la extensión de tratamientos efectivos a grupos de pacientes sin una indicación clara¹⁸. En este sentido, el sistema sanitario provoca, en ocasiones, efectos secundarios a la salud de las poblaciones porque más no es siempre mejor¹⁹.

De hecho, las áreas de máxima utilización y máximo gasto no presentan mejores resultados de salud, ni en calidad, ni en cantidad, ni en satisfacción de los pacientes que las áreas de gasto mínimo²⁰.

Por otro lado, los adultos que viven en países desarrollados reciben sólo la mitad

de la atención médica necesaria para las causas principales de muerte e incapacidad²¹.

No cabe ninguna duda de que las Agencias de Evaluación de Tecnologías tendrán un papel central en el análisis y la regulación de la variabilidad de la práctica médica y, por tanto, en las decisiones de asignación social de los recursos, en busca de eficiencia social, en los próximos años; en la senda del *National Institute for Clinical Excellence*, que evalúa tecnologías sanitarias y elabora guías de práctica clínica, imponiendo al sistema de salud del Reino Unido compromisos financieros para afrontar la cobertura pública de las tecnologías que recomienda²².

Integración de niveles asistenciales

Unido a lo anterior debe evidenciarse que los paradigmas de la atención sanitaria están cambiando. En la década de los noventa ha surgido en los sistemas nacionales de salud la idea de la separación de funciones, financiación-compra-provisión, que ha dado lugar al paradigma de la gestión por contrato y del que los contratos-programa son una consecuencia.

Con el inicio del presente siglo surge un nuevo paradigma, el de los sistemas de salud integrados. El objetivo es conseguir la integración de los niveles asistencia-

les y devolver el protagonismo al paciente, articulando en torno a él la organización del sistema y no al revés, mediante la cooperación y el gobierno clínico²³.

La cooperación, a través de la integración como elemento de superación de la segregación clínica, entendida ésta como el ejercicio descoordinado de la atención primaria, especializada, mental y sociosanitaria. Las organizaciones sanitarias integradas suponen la gestión de los diferentes niveles asistenciales bajo un mismo ámbito. El objetivo no es que el hospital o la Atención Primaria sean eficientes, sino que la combinación de ambos sea la adecuada, consiguiendo una mayor eficiencia en su conjunto.

Mientras los incentivos a la eficiencia del hospital y de la Atención Primaria sean independientes, lo que sucede actualmente, no habrá motivos para que se impulse la coordinación y seguirán compitiendo para maximizar su presupuesto de forma independiente. Además, es ingenuo pensar que tal coordinación puede resolverse creando una gerencia que tenga a su cargo ambos niveles asistenciales.

Las organizaciones de asistencia sanitaria han sido conceptualizadas por Mintzberg como una burocracia profesional en la que la cadena jerárquica de control se pierde ante las decisiones de los profesionales sobre los recursos. Es evidente

que la solución de la integración no pasa por un directivo unitario, sino por la modificación de los incentivos en el conjunto de la organización, que permitan la transformación de una burocracia profesional en una adocracia.

Además, la coordinación exigirá un uso intensivo de los sistemas de información para la identificación, evaluación y monitorización de los individuos que sean objeto prioritario de las intervenciones, su estratificación atendiendo a sus riesgos clínicos, la actuación multidisciplinar y coordinada, integrando las perspectivas especializada y generalista y los recursos dispersos en diferentes ubicaciones para prestar la asistencia en el nivel menos agresivo y más resolutivo. Actualmente la distribución de tareas diagnósticas y terapéuticas entre los niveles de Atención Primaria y Especializada responde más a la tradición que a la razón.

La Atención Primaria necesita, para alcanzar un grado óptimo de desarrollo, importantes inversiones; no debe decirse que ésta sea menos costosa, sino que al reorientar los cuidados, sobre todo en las fases posteriores de la asistencia, las actividades y los recursos, éstos consiguen ser más eficaces y eficientes²⁴.

En cualquier caso, el diseño de los modelos asistenciales integrados deberá ir en la línea de los *integrated care pathways*²⁵ o

de la gestión de enfermos crónicos del National Health System (NHS)²⁶.

Gobierno clínico

El gobierno clínico es el sistema que permite asegurar el mantenimiento y la mejora de altos estándares de calidad asistencial en todo el sistema sanitario²⁷.

El cambio que supone el gobierno clínico comienza por la consideración del trabajo en equipo, incluyendo la aportación de todos los profesionales, sanitarios o no.

Las claves del gobierno clínico vienen determinadas por la exigencia de la formación continua con incentivos económicos para la formación de todos los profesionales del equipo, como por ejemplo el esquema del PGEA en el NHS británico para la Atención Primaria; la auditoría clínica, con participación de los profesionales y de los ciudadanos en la elaboración de protocolos de calidad; el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica para asegurar la efectividad de las intervenciones sanitarias; los programas de investigación y desarrollo y la transparencia en la evaluación de los resultados del *clinical governance*.

Participación: profesional y ciudadana

El requisito de la transparencia entraña con la participación, tanto de los pro-

fesionales como de los ciudadanos. El trabajo en equipo propio del gobierno clínico exige aumentar las competencias reales de los organismos de participación profesional, en un modelo similar a los Chief Officers británicos, así como establecer un sistema de participación de los equipos en la elección de sus responsables. Los servicios de salud deberán organizarse de abajo a arriba, avanzando hacia un modelo de descentralización profundo, con amplio liderazgo profesional, parecido al que estableció la Ley de Reforma Universitaria para los Departamentos Universitarios²⁸.

La participación ciudadana plena en las decisiones que le conciernen es un elemento propio del ideal democrático. La constitución de Consejos de Salud de Área y de Zona Básica, como establece la Ley General de Sanidad, es sólo el primer paso en el fomento de una cultura democrática de participación, cuyo objetivo debe ser construir sistemas de participación más sofisticados y efectivos a semejanza de algunas experiencias del Reino Unido, como la que analiza los métodos óptimos para explicar las necesidades sanitarias en Atención Primaria²⁹ o la experiencia del Plan de Salud de Oregón, para la distribución óptima de recursos sanitarios y que contó con 11 assembleas abiertas al público, 47 audiencias

públicas con representantes sociales y una encuesta telefónica aleatoria a 1.000 residentes del Estado de Oregón³⁰.

La satisfacción de las necesidades de la población, definidas única y exclusivamente a través de la participación activa de los ciudadanos, ha de constituir un

objetivo político irrenunciable; desde el convencimiento de la necesidad de asegurar la viabilidad de la sanidad pública a través de la mejora de la calidad de las prestaciones, y la extensión de éstas hacia las nuevas necesidades de promoción, prevención y asistencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics.* 1999;8:485-96.
2. Seshamani M, Gray A. Ageing and health care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Economics.* 2004;13:303-14.
3. Elola Somoza J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. Madrid: FIS; 1991.
4. Puig Junoy J. Crecimiento e inflación en el sector hospitalario. Crecimiento, empleo y tecnología en el sector hospitalario español. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1993.
5. Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud.
6. Cano JG, Medina E, Custardoy J, Orozco D, Quince F. Identificación de las variables de influencia en los tiempos de espera en atención especializada. *Gac Sanit.* 2003;17(5):368-74.
7. Álvarez Corbacho X. Os problemas financieros do SERGAS. En: Prada A, Blasco X, Álvarez Corbacho X, coordina-
- dores. *Chaves da economía pública galega.* Vigo: Editorial Galaxia; 2006.
8. Lázaro y de Mercado P. Evaluación de servicios sanitarios: la alta tecnología médica en España. Madrid: FIS; 1990.
9. Leu RE. The public-private mix and international health care costs. En: Culyer A, Jonson B, editors. *Public and Private Health Services.* Oxford: Basil Blackwell; 1986.
10. Newhouse J. Medical care expenditure: a cross-national survey. *J Human Res.* 1977;12(1):115-25.
11. Barros P. The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics.* 1998;7:533-44.
12. Harris Report. Disponible en: http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCare-News2002Vol2_Iss11.pdf
13. The future of e-Health. Disponible en: <http://www.cyberdialogue.com/news/releases/2000/05-23-cch-future.html>.
14. The online health care revolution: How the web helps Americans take better care of themselves. Disponible en: http://www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP_Health_Report.pdf.
15. Taking the pulse: Physicians and the internet. Disponible en: <http://www.cyberdialogue.com/news/releases/2000/12-05-cch-pulse.html>.

16. Gatellari M, Bulow PN, Tattersall MH. Sharing decisions in cancer care. Soc Sci Med. 2001;52:1865-78.
17. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner Moore M, Gould C. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observation study. BMJ. 2001;332:1-7.
18. Majeed A, Aylin P, Williams S, Bottle A, Jarman B. Prescribing of lipid regulating drugs and admissions for myocardial infarction in England. BMJ. 2004;329:645.
19. Fisher ES. Medical care-is more always better? N Engl J Med. 2003;349:1665-7.
20. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb FL, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in medicare spending. Part I: the content, quality and accessibility of care. Ann Intern Med. 2003;138:273-87.
21. González López-Valcarcel B. La eficiencia micro, meso y macro. Perspectivas del paciente, del centro y de la sociedad. Gestión en el sector de la salud. Vol. I. Madrid: Prentice-Hall; 2005.
22. <http://www.nice.org.uk>
23. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ. 1998; 317:61-5.
24. Martín Zurro A. Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocritica y las propuestas neoliberales. Aten Primaria. 1997;19:105-7.
25. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience? London: King's Fund; 2004.
26. Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS. The need for coordinated management programs. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance. London: Royal College of Physicians of London; 2004.
27. Starey N. What is clinical governance? What is ...? Series. Vol. I, nº 12. Hayward Medical Communications; 2003.
28. Hernández Yáñez J. Sistema Nacional de Salud y vinculación de los agentes profesionales. En: Repullo Labrador JR, Otero Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.
29. Hopton JL, Dlugolecka M. Patient's perceptions of need for primary health care services: useful for priority setting? BMJ. 1995;310:1237-40.
30. Oriol A. The Oregon Health Care Plan and Health Rationing. Institut d'estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Mimeo.