

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: los profesionales sanitarios y la ciudadanía

¿Hemos agotado nuestro Sistema Nacional de Salud? Contextualización y determinantes del cambio y la innovación

Luis Ángel Oteo Ochoa

*Departamento de Desarrollo Directivo y GSS. Escuela Nacional de Sanidad.
Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

El sistema sanitario español, como institución fundamental de servicio público, es hoy un instrumento social insustituible en el proceso de legitimación del Estado de bienestar.

Sin embargo, en las difíciles circunstancias financieras y fiscales por las que atraviesa la mayoría de los países socialmente avanzados como consecuencia de la crisis económica, se hace obligado plantear políticas de contención y ajuste del gasto social para garantizar la sostenibilidad y la cohesión de los propios sistemas del Estado benefactor, así como la consecución de un mejor equilibrio en el binomio eficiencia-equi-

dad, lo cual exige desde la ética pública una gestión apropiada de los recursos disponibles y un mayor grado de corresponsabilidad de todos los agentes económicos y sociales.

Contextualización y conocimiento semántico son dimensiones apropiadas sobre las que sustentar el análisis de la realidad del sistema sanitario español, institución social que contribuye con sus actuaciones al proceso de socialización y desarrollo de una sociedad integrativa en un marco de convivencia, igualdad y derechos de ciudadanía.

El presente trabajo —desde un canon sanitario inequívocamente refor-

mista y regeneracionista— propone una reflexión sobre determinadas políticas y actuaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), con un punto de inflexión en la actual crisis económica, y sus efectos en las finanzas públicas y en el mantenimiento de las prestaciones y servicios sanitarios. Se analizan, desde una visión prospectiva y con una mayor preferencia, determinadas funciones de la cadena de valor y de los procesos esenciales sanitarios, tales como la financiación y las políticas de innovación, y todo ello bajo una perspectiva de cambio transformador que se considera necesaria para fortalecer la coherencia, cohesión, equilibrio y buen gobierno en el conjunto de las instituciones que conforman los servicios sanitarios públicos de nuestro país.

Contexto eurosocial: subsidiariedad y progreso

El futuro del modelo social europeo viene siendo objeto de atención política prioritaria en las dos últimas décadas, como consecuencia del proceso de globalización y de los cambios económicos y demográficos. La internacionalización de las economías,

las interdependencias entre los factores de producción y la división internacional de trabajo, así como la dinamicidad disruptiva del cambio tecnológico, están modificando de forma irreversible los patrones y los ciclos de las actividades generadoras de riqueza, su distribución interna y el propio modelo social de la Eurozona, lo cual está impulsando en muchos países hacia iniciativas de reformas estructurales para reorientar y garantizar la consistencia y la sostenibilidad de las arquitecturas sociales en cuanto a prestaciones públicas y servicios asistenciales¹.

Para Anthony Giddens⁽¹⁾, Matt Brown⁽²⁾ y Peter Mendelson⁽³⁾, en una economía global la inflexión en los programas sociales sólo puede revitalizarse a través del fomento e incentivación de las políticas de I + D + i; el desarrollo del talento intergeneracional (haciendo énfasis en los procesos educativos y en la gestión del conocimiento operacional); la flexibilización de las jerarquías y mercados para mejorar la eficiencia asignativa y social; la modernización ascendente de los sistemas de protección

⁽¹⁾ Ex director. London School of Economics.

⁽²⁾ Director de Policy Network.

⁽³⁾ Ex comisario europeo de Comercio Exterior.

social (desburocratizando el *status quo* y desregulando las estructuras prestacionales de baja competencia), y todo ello con la finalidad de dar carta de legitimidad a las personas y a los ciudadanos (principio de subsidiariedad).

Este principio, integrado en el Marco Constitucional Europeo para el desarrollo y la legitimación de la expresión plena de ciudadanía, se basa en un concepto de ética aplicada cuyos atributos más sustantivos son el respeto, el fomento de la libertad, la dignidad humana y la contribución al bien común.

La mayoría de los países de la Unión Europea (UE) dedica un esfuerzo notable a las políticas de protección y cohesión social, asignando globalmente un 30% de su riqueza nacional, con una visión institucional que hace indiscutible la prosperidad económica y el progreso del bienestar. La fuerza de las naciones socialmente avanzadas se asienta en el desarrollo de los valores y las credenciales que legitiman la condición de ciudadanía.

Las instituciones sociales afectan al núcleo esencial de las relaciones de la sociedad y sus interdependencias; colaboran en el proceso de socialización de las personas, contri-

buyen sustancialmente en el desarrollo de los sistemas de valores, transmiten racionalidad social y son un instrumento fundamental de la intervención por parte de los poderes públicos. Configuran desde esta perspectiva un cuerpo esencial en la estructura del país, en todas y cada una de las múltiples dimensiones políticas, económicas, culturales y de bienestar social.

De hecho, en el sector sanitario no se ha cuestionado desde la función política esta visión integradora o “simbiótica”, al entender que la responsabilidad social es parte inherente de la ética pública y que por ello las decisiones colectivas deberán siempre responder a este principio y ser consistentes en su formulación y praxis.

El papel del Estado es, por tanto, insustituible, pero propugnamos el cambio de paradigma de lo público, desde el paternalismo a la participación real, desde el ciudadano como objeto, al ciudadano como sujeto. Se trata de un cambio cultural y de valores que debe plantearse a largo plazo, pero en el que las administraciones y servicios públicos pueden y deben desempeñar un papel esencial de progreso y equidad social.

Anualidad	2009	2010	2011
EE. UU.	-11,3	-13,0	-13,1
Japón	-8,0	-8,9	-9,1
Unión Europea	-6,8	-7,2	-6,5
Eurozona	-6,3	-6,6	-6,1

Comunidad Europea 2010.

Tabla 1. Economías avanzadas: déficit presupuestario (% PIB).

La crisis económica global y sus efectos en los países avanzados

Todas las crisis financieras derivan en contracción económica y minan de forma severa las finanzas públicas de los países. El déficit fiscal que ha acumulado la gran mayoría de los países con economías avanzadas, al salir al rescate del sector financiero y las empresas privadas y otras iniciativas anticíclicas neokeynesianas de esfuerzo social, fomento del empleo y soporte del Estado de bienestar, han llevado a problemas estructurales difícilmente sostenibles y a una crisis de deuda soberana (tabla 1).

Se sabía que la Unión Económica y Monetaria necesitaba de unidad política, de mayor coordinación y buen gobierno de las economías nacionales, y también de un federalismo presu-

puestario y fiscal comunitario. Asimismo, se constataba que el modelo de estabilidad y crecimiento que se había acordado no era suficiente garantía para poder enfrentar crisis financieras, fiscales o de competitividad de los países integrados en la zona euro.

Para nuestro país, y como consecuencia de la crisis económica, las acciones que se han comprometido en la estrategia de consolidación fiscal y disciplina presupuestaria para rebajar el déficit público desde el 11,4%/PIB hasta el 3,0 %/PIB en 2013, se enmarcan dentro del Plan de Austeridad (ajuste en capítulos de gastos de 50 mil millones de euros) del Gobierno de España, y ha sido ratificado por el grupo ECOFIN (grupo integrado por los ministros de Economía y Finanzas de los 27 Estados miembros de la Unión) y la propia Comunidad Europea (CE).

Pero este ajuste no parece ser suficiente; Bruselas (y los “mercados”) nos han obligado una vez más a anticipar el calendario de reducción del déficit público contemplado en el Plan de Estabilidad Fiscal —con medidas de austeridad más drásticas—, ante nuestra difícil situación económica, financiera, fiscal y de desempleo². Tocante y sonante, 15 mil millo-

nes de euros más de ajuste (recortes extraordinarios), 5 mil millones de euros este año y 10 mil millones en el 2011. Las comunidades autónomas (CC. AA.) y ayuntamientos tendrán también que “apechugar” con esta carga en sus presupuestos, recorriendo en torno a 1.200 millones de euros del monto total. Es, por tanto inexcusable, la coordinación con los gobiernos autonómicos para ejecutar imperativamente la política de contracción del gasto público.

Además, a finales del pasado mayo nos han vuelto a imponer un nuevo reajuste para que nuestro “dique de contención” de déficit público (la nueva vara de medir) se sitúe en 2011 en el 6% del PIB, que puede significar un corte en el gasto público de 8.000 millones de euros adicionales. Necesitaremos, sin duda, un techo de gasto público muy exigente en el presupuesto del Estado central en 2011 y los siguientes ejercicios para cumplir con estos objetivos en el contractivo escenario de estabilidad fiscal previsto hasta 2013.

Además, la deuda pública rondará el 66% del PIB en el 2010 y el 74% del PIB en el 2011 (en 2006 estaba por debajo del 40%), si bien, sigue siendo de las más bajas de la Euro-

zona, aunque está creciendo de forma acelerada, sobre todo en las CC. AA. (un 28,4% en el primer trimestre; -94.621 millones de euros) y ayuntamientos (un 15% en el primer trimestre; -36.085 millones de euros).

Verdaderamente estamos en un círculo vicioso (y paradójico) y nos hacemos las siguientes preguntas: ¿cómo evitar que se ralentice la recuperación económica aplicando duras medidas de austeridad para disminuir el déficit público?, ¿cómo enfrentar las soluciones a nuestros problemas de competitividad, crisis de deuda pública y paro cuando necesitamos simultáneamente impulsar nuestro crecimiento económico?

La mejora en todas las economías avanzadas se verá lastrada por el gigantesco endeudamiento de las familias, las empresas y las entidades no financieras; por el severo racionamiento crediticio y el colapso de la inversión privada.

Para España, todo apunta a una recuperación sufrida, extensa y dilatada en el tiempo, dado que existen obstáculos y rigideces en nuestro modelo económico para resurgir hacia el crecimiento (tabla 2).

La mayoría de los expertos (Krugman, Roubini, Donges, Caro, Guillén,

Anualidad	2009 (4)	2010 (1)	2010 (2)	2010 (3)	2010 (4)	2011 (1)	2011 (2)	2011 (3)	2011 (4)
España	-0,1	0,1	0,1	-0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Eurozona	0,1	0,2	0,4	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5

Comunidad Europea, primavera de 2010.

Tabla 2. ¿Hemos tocado fondo? Perfil de crecimiento intertrimestral.

Ontiveros, De la Dehesa, etc.) coinciden en la necesidad de reformas estructurales urgentes y de mayor calado para subsanar el desplome de la demanda agregada, diversificar el patrón productivo de nuestra economía y, lo más inmediato, conseguir decisiones de consenso social para frenar el drama del paro. A este respecto, la previsión de tasa de desempleo para

el 2011 en la UE será del 10,2% y para España de un 20,5% (40% de paro juvenil) (tabla 3).

La reforma del mercado laboral, la reestructuración del sector financiero (cajas de ahorros) y el rediseño del sistema de pensiones forman parte del paquete de medidas emprendido por el Gobierno de España para enfrentar el problema del alto nivel de desempleo, mejorar la competitividad y recuperar el crecimiento potencial de nuestra economía.

Las dos funciones o programas más importantes de las prestaciones públicas del Estado social tienen claros riesgos de sostenibilidad (pensiones y sanidad)⁽⁴⁾. Por todo ello, seguimos creyendo en la necesidad de un Pacto Político y Social para cumplir el Plan de Estabilidad de las cuentas públicas (2009-2013), dado el modelo de

Anualidad	IV-2009	I-2010
Destrucción empleo (2008-2009)	2.152.300	2.438.500
Desempleados (EPA)	4.326.500	4.612.700
Tasa desempleo (% población activa)	18,8	20,05
Desempleados sin prestación	1.106.754	1.391.788
Hogares desempleados	1.067.453	1.220.000
Beneficiarios	3.034.712	3.220.912

Instituto Nacional de Estadística-Instituto Nacional de Empleo (2009-2010).

Tabla 3. Desempleo y consumo.

⁽⁴⁾ http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication16055_en.pdf

Estado descentralizado del que nos hemos dotado los españoles a través de la Constitución.

La industria de la salud y las políticas de innovación

La industria de la salud como sector de conocimiento de primer orden representa a un modelo económico y tecnológico de muy alta competitividad e innovación que genera en su sistema productivo valor, riqueza y prosperidad, siendo un motor impulsivo y dinámico del tejido industrial creador de empleabilidad y capital social. Además, está presente en todas las formas y procesos de globalización, y sus mercados de bienes, manufacturas y servicios, así como sus factores de producción se han mundializado en las últimas décadas de manera vertiginosa³.

En los últimos 40 años esta economía del bienestar ha sido el sector con más rápido crecimiento en Europa y Estados Unidos y hoy representa un volumen de negocio superior a los 3,5 billones de euros⁴.

El tejido empresarial de base tecnológica de la biomedicina y de la salud humana es hoy uno de los enfoques más visibles del desarrollo eco-

Financiación dual de la I + D

Financiación institucional

Financiación competitiva (OPIS)

Evaluación de resultados

Modelo de gobernanza científica

Centralización asignativa d los recursos

Descentralización de la gestión y producción científica

Prioridades e impacto sanitario, económico, científico y social

Fuente: Instituto de Salud Carlos III y elaboración propia.

Tabla 4. Bases institucionales de la investigación biomédica en España.

nómico y social de las economías modernas⁵.

El dinamismo tecnológico disruptivo y de innovación en el sector de la salud ha determinado que el Plan Nacional de I + D + i (2008-2011) haya impulsado una acción estratégica específica en salud, con sinergias transversales en biotecnología⁶. Ante los déficits a los que se enfrenta el SNS para llegar al nivel de I + D + i deseable, la mencionada área estratégica en salud está promoviendo algunos instrumentos para conseguir los objetivos específicos.

La base de la arquitectura internacional de la investigación biomédica se expone en la tabla 4.

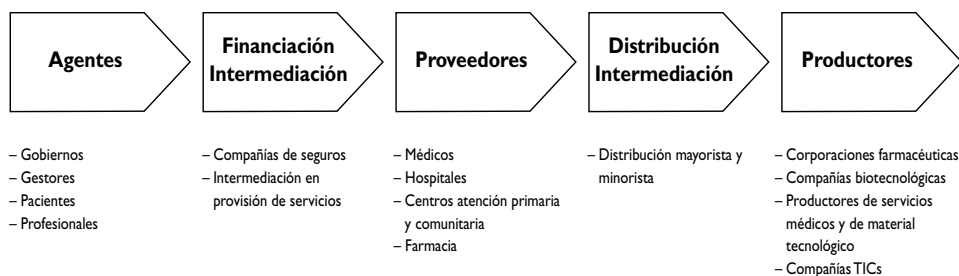


Figura 1. Cadena de valor del sector sanitario.

El sector y la política farmacéutica

Desde una perspectiva global, la industria farmacéutica controla directamente más del 50% de los activos esenciales del sector e indirectamente algunas de las funciones y actividades esenciales de la cadena de valor sanitaria (Figura 1).

Una política del medicamento socialmente eficiente es un determinante fundamental para la viabilidad y la consolidación de los servicios sanitarios públicos porque el análisis de los propulsores de crecimiento real del gasto sanitario nos informa que el factor explicativo más relevante de la prestación real media es el insumo farmacéutico. Por consiguiente, la sostenibilidad de la finan-

ciación del gasto en los sistemas sanitarios dependerá fundamentalmente del crecimiento de la economía en términos de PIB, del modelo de gestión de la prestación farmacéutica y del control de la prescripción.

Estos interrogantes han llevado a que desde diferentes ámbitos se estén proponiendo cambios sustantivos en la regulación farmacéutica para promover la competencia y liberalizar progresivamente determinadas actividades de la cadena de valor en este sector, planteando alternativas de desintermediación y de impulso de medidas de racionalidad para mejorar la calidad, eficiencia y valor social en los circuitos y canales de distribución y dispensación; además de fortalecer los mecanismos de par-

ticipación y corresponsabilidad de los consumidores y usuarios⁷⁻¹⁰.

Conviene recordar que las empresas farmacéuticas siguen siendo —en plena crisis económica— el sector global de mayor rentabilidad tanto sobre recursos propios como por capitalización. Sin embargo, en términos comparativos internacionales con las economías más desarrolladas, cuando se analiza en España el saldo comercial (balance exportaciones - importaciones) de la industria farmacéutica como sector manufacturero de alta tecnología y sector intensivo en I + D se constata un resultado negativo de (–3.070) millones de \$ ppp frente a la UE-27 (35.218) millones de \$ ppp y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (14.466) millones de \$ ppp. La *ratio* de cobertura del comercio exterior de productos farmacéuticos (porcentaje exportación, importación) ha decrecido significativamente en nuestro país desde el 62% en el año 2000 al 43% en 2007⁽⁵⁾.

En nuestro país, el grupo de productos farmacéuticos representa el 37% de la producción industrial cla-

sificada como alta tecnología, con un valor monetario de 1.643 millones de euros en 2007. Además, la cuota española exportadora en el mercado mundial del comercio manufacturero de alta tecnología farmacéutica representó en el 2006 el 1,6%, uno de los más bajos de la UE-15⁽⁶⁾.

Sabemos que España es el país de la UE-15 con mayor descontrol en la gobernanza de la prestación farmacéutica y todo ello está suficientemente documentado⁽⁷⁾. Conviene recordar que seguimos siendo líderes imbatibles en gasto farmacéutico público agregado (recetas y farmacia hospitalaria) en relación con el PIB y en peso relativo en el conjunto del presupuesto del SNS (más de 5.000 millones de euros de sobre-gasto en comparación con los valores medios ponderados de los países de la Eurozona).

Necesitamos urgentemente controlar el crecimiento desordenado del gasto farmacéutico y dejar de referirnos a éste mismo en términos de crecimientos moderados. Aquí hay

(5) Fuente: Main Science & Technology Indicators. Volume 2008/2. OCDE 2008.

(6) Fuente: Science and Technology. High-tech industry and Knowledge –intensive services statistics. Eurostat 2009.

(7) Fuente: OECD Health Data 2009: www.ecosante.org/oecd.htm.

un claro riesgo moral que no puede menospreciarse y por ello necesitamos reformas y medidas estructurales inaplazables.

Las políticas de innovación

El sector sanitario en el contexto de internalización de la economía, la ciencia y la tecnología es parte determinante en la posición competitiva de nuestro país y pilar de un nuevo modelo de crecimiento y desarrollo social. Por ello, la importancia estratégica para el sistema de salud español —en el ámbito de la UE— de fortalecer el propio marco de innovación como elemento impulsivo del crecimiento económico (y de la generación de riqueza y capital social), a través de políticas que promuevan la libre circulación de investigadores, conocimientos y tecnologías “la denominada quinta libertad” dentro del Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico y de las acciones del Centro Europeo de Investigación del Instituto de Innovación y Tecnología¹¹⁻¹³.

Algunos indicadores ilustran el proceso evolutivo incremental del Sistema Español de Innovación (INE 2009): El gasto español en I + D ha pasado de representar el 0,91% del

PIB en 2000 al 1,27% en 2007, y la producción de artículos científicos de difusión internacional (excluidos los relativos a ciencias sociales y humanidades) ha mantenido una tendencia incremental, alcanzando en 2007 una cuota del 3,2% frente al 2,5% en 2000, respecto al total de la población mundial⁽⁸⁾.

En cuanto a la distribución por áreas temáticas de la producción científica y tecnológica española en revistas de difusión internacional (Web of Science 2000-2007) en porcentaje del total, merece señalarse la posición del liderazgo del sector sanitario (53,33%): medicina clínica (29,49%); biomedicina (23,84%); restantes sectores económicos (46,67%)⁽⁹⁾. En el período 2000-2007 (Web of Science), la distribución de documentos científicos internacionales (total real: 251.768 documentos) ajustada por población (n.º artículos por 10.000 habitantes/año) fue también de una gran variabilidad entre CC. AA.: Madrid (15,46); Navarra (12,62); Cataluña (11,86) en comparación con Cas-

⁽⁸⁾ Fuente: Science and Engineering Indicators 2008. National Science Foundation. 2008. COTEC 2009.

⁽⁹⁾ Informe COTEC 2009; Instituto de Estudios Documentales sobre Ciencia y Tecnología (IEDCYT). CSIC 2009.

tilla-La Mancha (3,20); La Rioja (3,60) y Extremadura (4,09). En cuanto al factor impacto (base poblacional), Cataluña lidera el *ranking* nacional, superando a Francia y estando próxima al Reino Unido.

Dentro del Programa Ingenio 2010 aprobado por el Gobierno de España en 2005, la línea estratégica CONSOLIDER persigue fomentar la excelencia investigadora incrementando la cooperación entre investigadores y fomentando grandes grupos de investigación. Integrados en CONSOLIDER están los proyectos CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red) y RETICS⁽¹⁰⁾ (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud).

Por otra parte, el programa AVANZ@ tiene múltiples actuaciones y proyectos realizados por red.es en el marco del programa Sanidad en Línea para el conjunto del SNS (Red.es 2008-2009).

El Programa Euroingenio presenta un cuarto componente denominado Eurosalud, gestionado por el SNS a través del Instituto de Salud Carlos III. Por medio de la Oficina

de Proyectos Europeos en Biomedicina y Ciencias de la Salud, se pretende incrementar la participación del SNS en el VII Programa Marco en un 10% y elevar sus retornos en un 76%.

Finalmente, debemos reseñar que el Consejo de Ministros (2-7-2010), en línea con el cambio necesario de modelo productivo para nuestro país, ha aprobado el destino de 6.720 millones de euros a la Política de innovación para impulsar el crecimiento de la economía y la empleabilidad cualificada (estrategia UE 2020).

El marco político, económico y social del Sistema Nacional de Salud: equilibrio y estabilidad

El sistema sanitario, como institución fundamental de servicio público, es hoy un instrumento social insustituible en nuestro país, fundamento básico del Estado de bienestar¹⁴.

La misión principal del SNS es la de garantizar el derecho de todos los ciudadanos a la protección y cuidado de la salud. Debe, por tanto, hacerse efectivo el derecho a la igualdad en el acceso a las prestaciones reconocidas y promover la equidad para que las personas con igual nece-

⁽¹⁰⁾ Fuente: CONSOLIDER. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009. COTEC 2009.

sidad reciban servicio de igual competencia y calidad. Además, las instituciones sanitarias públicas —basándose en sus fundamentos éticos— establecen las prioridades en virtud de las necesidades sociales más relevantes y van más allá en su contribución a la sociedad que la específica aportación al estado de salud de las personas y poblaciones. Por ello, consideramos que la sanidad es un sector esencial de la economía productiva, que genera prosperidad y empleabilidad, y contribuye a fortalecer el nivel de desarrollo y progreso social de nuestro país, a la vez que dinamiza la innovación en la sociedad del conocimiento.

El modelo constitucional de Estado autonómico del cual los españoles nos hemos dotado y el grado de descentralización funcional y desconcentración administrativa alcanzado, precisa de nuevos instrumentos políticos para impulsar los procesos de integración a todos los niveles organizativos (gobernanza multinivel), máxime en entidades públicas de orden social superior como el sistema sanitario que requieren ámbitos regulados de coordinación, supervisión, arbitraje y cooperación a nivel territorial y con la propia sociedad civil, en sus

diversas formas más institucionalizadas y representativas.

En las últimas décadas, todos los países occidentales con arquitecturas sociales avanzadas están planteando políticas de contención del gasto sanitario para garantizar la sostenibilidad y cohesión de sus propios sistemas, así como un mejor equilibrio en el binomio eficiencia-equidad, lo cual exige desde la ética pública una gestión apropiada de los procesos de asignación y uso de los recursos disponibles, así como un grado de corresponsabilidad de todos los agentes económicos y sociales.

Sabemos que el sector sanitario público es el programa o función social preferente con mayor potencial de desestabilización a corto y medio o plazo de las finanzas públicas en nuestro país.

Mírese por donde se mire, hoy tenemos un problema crítico de sostenibilidad financiera en el SNS (y que genera un problema político) y además creemos que los compromisos de gasto de la sanidad pública española son insostenibles a corto, medio y largo plazo, máxime si permanecemos estáticos e indolentes a la hora de acometer los cambios estructurales necesarios.

El acuerdo básico alcanzado el pasado 18 de marzo en el Consejo Interterritorial entre el Gobierno Central y las CC. AA. para aliviar las tensiones presupuestarias en el SNS, ha creado una base de confianza y de interés sanitario compartido, que debiera ser la palanca emprendedora para desde la cooperación y lealtad institucional se plantee una profundización reformista que la sociedad merece, porque sin duda contribuiría a la sostenibilidad y cohesión del propio sistema.

Cualquier salida a la situación de insuficiencia financiera que vive el SNS requerirá la construcción de profundos consensos: políticos, territoriales, económicos, profesionales y sociales.

Son tiempos turbulentos en lo político y económico, y por ello la legitimidad de este acuerdo unánime, más allá de su alcance y resultados esperados (según estimaciones del propio Ministerio de Sanidad y Política Social, pudiera generar un ahorro agregado en torno a 1.500 millones de euros con las iniciativas consensuadas).

Además, las nuevas medidas de ajuste aprobadas por el Ejecutivo en el Consejo de Gobierno del pasado 20

de mayo vuelven a tocar la política de gasto en medicamentos para tratar de generar un ahorro adicional en torno a los 275 millones de euros este año en curso, 200 millones en el 2011. Sabemos que no será suficiente y que continuarán “las rebajas”, porque estamos lejos del equilibrio financiero en el SNS.

Con otro boato institucional, el denominado Pacto de Estado por la Sanidad⁽¹¹⁾, se está orientando en el actual período del ciclo legislativo en clave de sostenibilidad, lo cual es una buena noticia porque el verdadero Acuerdo hay que forjarlo en materia de suficiencia financiera y en el desarrollo de instrumentos de gobernabilidad, supervisión, regulación, desintermediación y cohesión social, que deben ser objetivos preferentes para afrontar la crisis económica, fiscal y de deuda.

Por tanto, si el objetivo principal de un PACTO de Estado para la sanidad implica promover medidas legislativas de política sanitaria para garantizar la sostenibilidad del SNS, sobre

⁽¹¹⁾ El 12 de febrero de 2009 el Congreso de los Diputados aprobó la creación de una subcomisión, dependiente de la Comisión de Sanidad y Consumo, para el seguimiento de las propuestas encaminadas a la consecución de un pacto de estado para la sanidad.

una base amplia de consenso político y social, es preciso definir o establecer con claridad al menos dos principios o criterios básicos.

El primero, el grado de compromiso institucional y político que necesariamente debe conllevar reformas estructurales desde una concepción federalista e integradora de nuestro sistema sanitario público.

El segundo criterio se refiere al concepto de sostenibilidad. La actual coyuntura económica de corte recesivo, el desequilibrio fiscal en las Administraciones Públicas y las perspectivas de incertidumbre sobre la estabilidad de la arquitectura de prestaciones sociales, aconsejan focalizar el debate de forma preferente en el programa económico y financiero del SNS sin renunciar a una reflexión más amplia y, posiblemente más compleja, sobre otras dimensiones relevantes de la sostenibilidad —política, organizativa jurídica, tecnológica, cognitiva, social, medioambiental, ética, antropológica y cultural¹⁵⁻¹⁸.

Ya hemos podido conocer los primeros informes remitidos a la subcomisión en el Congreso de los Diputados y sobre éstos realizamos, de forma sucinta, algunos comentarios preliminares¹⁹.

Institucionalización, nueva gestión y profesionalismo sanitario

El proceso de institucionalización en el conjunto del SNS requiere de órganos de gobierno que asuman la responsabilidad de custodiar sus credenciales y valores, para reforzar la base de legitimación social²⁰.

Para este fin, el gobierno de las instituciones sanitarias deberá dotarse de nuevas competencias y capacidades para asegurar una rectoría coherente con la misión interna y externa del SNS, y para ello precisamos un cambio hacia una economía pública gestionada frente al paradigma de las tecnoestructuras burocráticas.

Quienes abogamos por un nuevo modelo de organización y gestión pública ponemos en tela de juicio alguno de los convencionalismos firmemente asentados en nuestra realidad, que no permiten proyectar lo mejor de las personas en el servicio público y la sociedad.

Creemos en una nueva gestión pública, caracterizada por una predisposición a dejar de lado cualquier creencia u opinión ortodoxa —las peligrosas medias verdades que muchos abrazan— y sustituirlas por un

implacable compromiso para reclutar evidencias y pruebas necesarias con el fin de tomar decisiones más apropiadas e inteligentes.

Por esta razón, las instituciones sanitarias deben evolucionar inexorablemente desde jerarquías funcionales hacia modelos organizativos más autónomos, flexibles e interactivos, acomodándose a las nuevas realidades sociales y necesidades de los usuarios del servicio público y de la propia sociedad²¹.

La legitimidad de la nueva gestión pública está en su filosofía moral que impulsa el crecimiento simultáneo de las personas, la organización y la propia sociedad e impugna el viejo y reduccionista debate dual sobre la responsabilidad de las instituciones económicas y sociales.

Este modelo de gestión integrativa se proyecta en la organización microinstitucional (los microsistemas asistenciales) a través de comunidades de prácticas y de redes cooperativas, siendo concordante con los nuevos roles de las profesiones sanitarias, que son consecuencia a su vez de las grandes transformaciones sociales que acontecen en el siglo XXI y que representan el denominado profesionalismo emergente.

El cambio de paradigma profesional viene determinado por la responsabilidad que exigen las grandes transformaciones económicas, tecnológicas, demográficas, epidemiológicas, organizativas, jurídico-laborales, éticas, culturales y sociales. En particular, la revitalización del profesionalismo sanitario se incardina en una nueva era de la medicina y de la asistencia sanitaria.

Para cerrar este círculo virtuoso, la autoridad sanitaria debe reconocer el papel nuclear de las profesiones sanitarias en el sistema sanitario, también en lo concerniente a la organización y gestión de los servicios de salud, ofertando la posibilidad de reorientar su propio progreso profesional y social. Sin un desarrollo efectivo y racional de los valores esenciales que asumen estas profesiones, no es posible pretender un sistema sanitario moderno, eficaz y humanista.

La financiación sanitaria: crecimiento y sostenibilidad

La realidad de nuestra coyuntura económica actual y la crisis fiscal primaria acompañante no permitirán crecimientos significativos en el gasto sanitario público y más bien debe-

Países y áreas	Gasto sanitario total PIB (%)	Gasto sanitario público PIB (%)	Gasto sanitario privado PIB (%)	Gasto sanitario total/per cápita US \$ (ppp)	Gasto sanitario público/per cápita US \$ (ppp)	Crecimiento real anual gasto sanitario/per cápita 2000-2008 (%)	Crecimiento real anual PIB/per cápita 2000-2008 (%)
España	9	6,5	2,5	2.902	2.105	4,7	1,9
UE-15	9,5	7,2	2,2	3.394	2.627	3,9	1,7
UE-SNS	9,1	7,1	1,9	3.323	2.644	3,6	1,6
OCDE	9	6,5	2,4	3.060	2.234	4,2	2,2

SNS: servicios nacionales de Salud (Reino Unido, Italia, Portugal, Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Islandia, Irlanda y España).

OCDE y elaboración propia.

Tabla 5. Gasto sanitario en países desarrollados.

remos pensar en cómo llevar a cabo nuestras propias políticas internas de proeficiencia para garantizar la controlabilidad en el crecimiento del gasto sanitario y mejorar la productividad social en las instituciones sanitarias.

Sabemos que sin disciplina presupuestaria ni medidas activas para el control del gasto, el sector sanitario público puede poner en riesgo el cumplimiento del Programa de Estabilidad Fiscal previsto por el Gobierno de la Nación, porque no es esperable un crecimiento vigoroso de nuestra economía en el corto y medio plazo, ni una mejora muy significativa en los ingresos fiscales.

También creemos que el SNS es el programa o función social con mayor potencialidad de desestabilización de las finanzas públicas y por ello es necesaria una reforma estructural en el área de gobierno, en los instrumentos de coordinación y control, así como en los mecanismos de cohesión social, para mediante nuevos instrumentos poder asignar los recursos públicos sólo allí donde se crea valor sanitario y social, excluyendo los procesos de intermediación y filomonopolios artificiales, que hoy operan sin barreras y con baja transparencia en el sector.

En la tabla 5 se exponen los datos de gasto sanitario en España en com-

paración con la Eurozona, la UE (Servicios Nacionales de Salud) y países de la OCDE²².

Las estimaciones objetivas ajustando apropiadamente nuestro nivel de gasto sanitario público/per cápita (US \$ ppp) en relación con el PIB/per cápita (US \$ ppp) nos ha aproximado a los valores promedio de los países de la UE-15 en los últimos años, si bien la distribución relativa en la retribución de los factores sigue siendo muy desigual en comparación a los países con modelos del tipo servicios nacionales de Salud, expresando un nivel insuficiente de eficiencia asignativa y productiva. La retribución del capital humano, la empleabilidad y la capitalización tecnológica han sufrido rigurosos ajustes en los últimos 20 años para poder financiar el crecimiento abrumador agregado de la prestación farmacéutica.

Por otra parte, el actual comportamiento de los propulsores del gasto sanitario y el descontrol en las principales funciones de la cadena de valor del sistema sanitario, hace prever que la insuficiencia financiera resultante pueda contribuir a desestabilizar el conjunto de las finanzas públicas, dado el importante peso relativo que los presupuestos sani-

tarios tienen en el conjunto de las economías públicas autonómicas.

Entre los propulsores del crecimiento del gasto sanitario, el factor más relevante corresponde al componente de utilización (factor de utilización) y al coste de las prestaciones y servicios, que explica en torno al 70% del volumen real de gasto total (integrado básicamente por los componentes de la innovación tecnológica, el insumo farmacéutico y los salarios reales). El factor demográfico (envejecimiento de población), el nivel de cobertura y el contenido de la cartera prestacional son los restantes factores explicativos del gasto (próximo al 30%), dado que el componente exógeno de la inflación no es la actualidad un inductor del gasto sanitario, si bien lo fue en las pasadas décadas.

La capacidad futura de sostenimiento de este volumen de gasto en las prestaciones sanitarias genera sin duda incertidumbre si el corte o contención en los presupuestos públicos se establece a partir de los techos de gasto que impone el Plan de Estabilidad y Consolidación Fiscal ya anteriormente referido.

Por otra parte, y desde el año 2002, la sanidad dejó de ser un elemento

diferenciado en la financiación de las CC. AA., lo que ampliaba el margen de maniobra de los Gobiernos autonómicos en el diseño de prioridades de sus políticas de gasto.

Las sucesivas reformas de los modelos de financiación autonómica han supuesto aumentos importantes en la corresponsabilidad fiscal, pero no han servido para resolver los problemas financieros de las CC. AA., ni para romper la inercia en la mecánica de relaciones entre el Ministerio de Economía y Hacienda y las autoridades regionales²³.

Tratando de corregir estas imperfecciones, la Ley Orgánica 3/2009 (de 18 de diciembre) ha creado el nuevo Sistema de Financiación de las CC. AA. del Régimen Común (con la inclusión de las Ciudades con Estatuto de Autonomía, Ceuta y Melilla), mediante una modificación de la Ley Orgánica de Financiación Autonómica (LOFCA) que se aprobó en la Ley Orgánica 22/2009 (de 18 de diciembre), derogando la Ley Orgánica 21/2001 (de 27 de diciembre).

El nuevo modelo de financiación introduce criterios de ajuste poblacional (definiendo siete grupos de edad) en razón a los cambios demográficos —con mecanismos de revi-

sión anual— pondera al alza los factores no poblacionales como la superficie, dispersión e insularidad, y otorga un mayor nivel de autonomía financiera y corresponsabilidad fiscal a las CC. AA., dotándolas de capacidad normativa sobre los tributos cedidos: renta de las personas físicas (50%); impuesto sobre el valor añadido (50%) e impuestos especiales (58%). Ello eleva muy próximo al 90% los recursos disponibles de las CC. AA. que provienen de los impuestos cedidos parcial o totalmente por el Estado central.

A las necesidades de financiación del año base 2007 se incorporan por el Estado central recursos adicionales para garantizar la igualdad de derechos de todos los ciudadanos en los servicios esenciales del bienestar (sanidad, educación y servicios sociales). La arquitectura del sistema de financiación está dotada para los fines y objetivos que contempla la ley con los siguientes fondos:

Fondo de garantía de servicios públicos fundamentales: esta partida representa el 80% de los recursos del sistema (75% por tributos cedidos y un 5% por transferencia del Estado central) y financia los servicios fundamentales del Estado

social, asegurando la equidad en la distribución de los mismos en las CC. AA.

Los criterios de reparto que se contemplan en este fondo se determinan sobre la base de la población ajustada (o unidad de necesidad), a través de una serie de variables que incluye el sistema (poblacionales, no poblacionales, envejecimiento, etc.).

Fondo de suficiencia global: este fondo se sustenta en un 25% con los recursos provenientes de los tributos generados por las CC. AA. y los restantes (adicionales) serán incorporados por el Estado central; todos ellos para financiar los servicios y competencias no fundamentales ni homogéneas.

Fondos de convergencia autonómica: a) Fondo de cooperación: esta partida está dotada con 1.200 millones de euros (primer año de aplicación) y persigue igualar las condiciones sociales de vida y los niveles de bienestar de los ciudadanos, se distribuye en función de niveles de renta per cápita (capacidad adquisitiva real) o cambios poblacionales críticos, y b) Fondo de competitividad: con una asignación de 3.400 millones de euros (primer año de aplicación), tiene como objetivo reducir

las diferencias de financiación per cápita entre las CC. AA.

Este nuevo modelo de financiación autonómica perfecciona técnicamente los criterios de asignación y ajuste poblacional e incorpora recursos adicionales (la partida más relevante son los 4.900 millones de euros para consolidar las funciones esenciales del Estado de bienestar), con el objetivo de hacer converger los patrones de renta y la financiación per cápita, todo ello como expresión de una política de solidaridad interterritorial.

Desde esta perspectiva, el nuevo Sistema de Financiación sustenta su legitimación en los principios de suficiencia y equidad. Sin embargo, el concepto de “necesidades totales de financiación” deja algún interrogante sobre el resultado final del modelo aplicado. Señalar también que el aumento de la autonomía tributaria debería acompañarse del principio de lealtad institucional en las relaciones entre administraciones, pero sin embargo, tampoco está contemplado en el nuevo sistema.

Hubiera sido deseable avanzar hacia una financiación condicionada e imponer controles ex-post, que supondrían una garantía de responsa-

bilidad para las administraciones afectadas y permitirían mejorar los mecanismos de rendición de cuentas ante los ciudadanos.

La función sanitaria representa el programa social con mayor volumen de gasto en las CC. AA. (en torno al 37% de media en el conjunto de los presupuestos autonómicos) y viene siendo y será el factor con mayor implicación en los potenciales desequilibrios de las finanzas públicas regionales.

Las estimaciones económicas y los registros de gasto nos indican que el SNS tiene un desajuste presupuestario anual superior a los 3.500 millones de euros (preferentemente en el gasto de la prestación farmacéutica), que se agregarán para el actual ejercicio 2010 a la deuda viva ya existente valorada en unos 15.000 millones de euros en el conjunto del sistema. Las autoridades sanitarias del Gobierno central sólo reconocen una deuda agregada de 7.000-8.000 millones de euros. Más allá de esta discrepancia cuantitativa sobre la deuda sanitaria, es claro que esta situación no es sostenible en el actual escenario financiero de contención, disciplina fiscal y ajuste en el gasto público.

Los presupuestos sanitarios de las CC. AA. para 2010 son poco realistas por insuficientes (tabla 6).

Sólo en gasto farmacéutico agregado, la desviación esperada acorde con las cifras presentadas en los presupuestos sanitarios de las CC. AA. Sobrepasará, según todos los registros, los 2.500 millones de euros.

Sin embargo, es pertinente volver a recordar que cualquier mínima demanda de mayor financiación para nuestro SNS no encaja en el ajuste fiscal del Plan de Estabilidad propuesto por el Gobierno de España. Deberán ser, por tanto, nuestras políticas internas proeficiencia las que deberán garantizar la posibilidad de control en el crecimiento del gasto sanitario.

La responsabilidad social desde la perspectiva del buen gobierno sanitario

El concepto de buen gobierno nos remite a un nuevo proceso de gobernanación, o a la creación de una estructura con un orden regulador que permita reconocer la interdependencia entre los sectores público y privado, evaluar la *performance* en la interacción de una multiplicidad de agentes económicos y sociales e instaurar

Comunidades autónomas	Presupuesto total SNS* Millones de US \$	Presupuesto per cápita protegido US \$
Andalucía	11.792,85	1.488,62
Aragón	2.289,16	1.786,69
Asturias (Principado)	1.967,95	1.875,15
Baleares (Islas)	1.411,62	1.317,62
Canarias	3.428,41	1.678,39
Cantabria	955,11	1.672,81
Castilla y León	4.222,36	1.751,59
Castilla-La Mancha	3.502,2	1.725,36
Cataluña	11.865,93	1.626,26
Comunidad Valenciana	6.864,31	1.380,02
Extremadura	1.997,17	1.927,33
Galicia	4.474,57	1.681,65
Madrid (Comunidad de)	8.497,47	1.406,30
Murcia (Región de)	2.381,79	1.710,56
Navarra (Comunidad Foral de)	1.184,11	1.710,56
País Vasco	4.356,36	2.045,72
Rioja, La	494,37	1.593,04
Total CC. AA.	71.685,74	
Promedio		1.679,96
Desviación estándar		200,30
Coefficiente de variación		0,142

* Metodología de consolidación de los presupuestos públicos en las comunidades autónomas. Dirección General de Coordinación Financiera con las comunidades autónomas. Ministerio de Economía y Hacienda.

Fuente: Elaboración propia (sobre portal web: www.msps.es).

Tabla 6. Presupuestos sanitarios iniciales de las comunidades autónomas (CC. AA.) (anualidad 2010).

los principios de transparencia y rendición de cuentas ante la sociedad^{(12),(13),(14)}.

⁽¹²⁾ World Health Organization. Good governance for health. WHO/CHS/HSS/98.2 Geneva:WHO; 1998.

⁽¹³⁾ OECD. Public sector modernisation: open government. OECD Observer. February; 2005.

⁽¹⁴⁾ Comisión de las Comunidades Europeas. La gobernanza europea. Libro blanco. COM; 2001.

Para muchas instituciones gubernamentales, este pensamiento epistemológico y semántico integra nuevas modalidades o formas de gestión pública, de supervisión y arbitraje, así como un conjunto de instrumentos competenciales que permiten alcanzar una mayor eficiencia social

en la prestación de servicios a la sociedad, favoreciendo la creación de capital social, cívico, cultural y ético; promoviendo relaciones proactivas entre personas, comunidades, redes y sociedades; y también garantías públicas para los derechos de ciudadanía²⁴⁻²⁶.

Es una práctica de buen gobierno promover iniciativas para una gestión basada en la evidencia, concordante con una filosofía del *management* social, humanista y antropológico sustentada en principios éticos para la toma de decisiones directivas y profesionales.

La orientación de este buen gobierno en las instituciones y servicios sanitarios debe sustentarse en los principios éticos que guían las prácticas profesionales y comportamientos organizacionales; en la forma, métodos e instrumentos de la gestión aplicada; en la capacidad, ejemplaridad y competencia de las autoridades y gestores; y en la responsabilidad social como eje rector de todas las actuaciones públicas^{27,28}.

Esta responsabilidad social orientada al humanismo antropológico y a la dignidad de las personas, debe formar parte de la definición de la misión de las instituciones, de sus

objetivos y políticas de gestión, integrándose en todos los niveles de la organización y en las decisiones operativas, desarrollando además instrumentos para evaluar el impacto de las acciones y su proyección transparente a la sociedad.

Los sistemas de gobierno de las instituciones sanitarias se asientan en valores que constituyen la base de su legitimación y de la responsabilidad social ante la comunidad. Para que estos valores estén integrados en la cultura de las instituciones y puedan ser internalizados y compartidos por todos sus integrantes, es necesario asegurar que las políticas y los sistemas de organización sean coherentes con ellos, y que puedan tener un carácter eminentemente práctico y de utilidad social.

Si el objetivo último es, como ya se ha comentado, la sostenibilidad financiera y la cohesión social, necesitamos un avance legislativo reformista sobre la gobernanza institucional y política para el SNS²⁹.

La responsabilidad social en este sector de la economía del bienestar debe interpretarse, no como un apéndice complementario de las actividades esenciales de las instituciones sanitarias, sino como un compromi-

so formal de todos los agentes y grupos de interés —políticos, directivos, empleados, proveedores, usuarios, comunidades y sociedad— cuya función en la creación e intercambio de valor no sólo se circunscribe al ámbito tradicional político, “societario” o económico, sino también al intrínsecamente ético y social³⁰.

Por todo ello, más allá de los credos institucionales, de los códigos éticos y de las acciones filantrópicas para mejorar la imagen social de las compañías del sector, la responsabilidad social debe atender y contribuir a fortalecer las propias funciones de valor del sistema sanitario y a consolidar la generación de riqueza para el conjunto de la sociedad^{(15),(16)}.

Nueva doctrina reformista en el sistema sanitario público español

Desde los poderes de gobierno no ha existido, salvo excepciones, voluntad política para que “la sanidad” tenga la preferencia pública que corresponde a un sector estratégico

co, no sólo por su magnitud económica y entidad institucional, sino también por las dimensiones generativas de valor social, redistribución de renta, empleabilidad, innovación tecnológica, capital cognitivo y acervo cultural.

Las reformas que necesitamos en el sector sanitario público, en relación con el buen gobierno de la sanidad, son urgentes, inaplazables y profundas, y deben conducirnos a una mayor exigencia en la ejemplaridad pública, a nuevos patrones de legitimación del mejor profesionalismo sanitario, a una corrección inexcusable de los conflictos de interés, a la implantación de buenas prácticas, al fomento y apoyo de toda iniciativa social emprendedora y a un activismo cívico, social y moral en el comportamiento de todos los agentes del sector.

Tenemos, por tanto, que rediseñar los órganos institucionales de gobierno sanitario, reimplantar las estructuras de participación en el conjunto del sistema, así como crear una arquitectura estratégica para la coordinación, supervisión, arbitraje y establecimiento de políticas comunes.

También consideramos preferente avanzar hacia una concepción renovada del federalismo sanitario que

⁽¹⁵⁾ <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm/200405/cmselect/cmhealth/42/4202.htm>

⁽¹⁶⁾ <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/86/08/04118608.pdf>

implica —revisar críticamente jerarquías y mercados— y gestionar políticamente redes complejas multinivel. Este rediseño organizativo socialmente cohesionado que estamos proponiendo se sustenta en los siguientes elementos: norma común; cogobernación; lealtad institucional; equilibrio de roles; participación social y profesional democrática; autonomía responsable; rendición de cuentas; subsidiariedad y cohesión territorial y social.

La nueva cultura organizativa del *management* humanista que proponemos interroga la visión reduccionista del modelo *homo economicus* y busca el encuentro creativo entre la eficiencia económica y la dignidad humana atendiendo a los principios de antropología social aplicada^{31,32}. El marco de este nuevo *management* público no debe ser político ni intervencionista sino científicamente operativo y avalado por una filosofía moral creadora de valor para las personas, la organización y la propia sociedad.

El contenido de ésta deberá resolver los dilemas y las paradojas implícitos en la dirección de los servicios sanitarios, facilitando una revisión permanente de la estrategia, analizando las necesidades sociales preferentes,

protegiendo la reputación institucional, promoviendo la confianza entre los agentes, difundiendo información significativa y veraz, dotando a la organización de instrumentos de participación responsable y garantizando el cumplimiento del “contrato de ciudadanía” ante la sociedad.

Es imprescindible desarrollar una arquitectura estratégica como instrumento de gobernanza institucional para aprovechar las potenciales economías de escala y de conocimiento que puedan generarse en el sector como expresión de buen gobierno y cohesión institucional. Las infraestructuras de alto valor añadido, el capital tecnológico disruptivo y los activos estratégicos propios de la sociedad del conocimiento deberán formar parte de una gestión corporativa multinivel representativa del conjunto del SNS³³.

Por último, son necesarias iniciativas políticas para garantizar la calidad asistencial, incrementar la financiación pública acorde con la riqueza y las características socioeconómicas del país (siendo a la vez exigentes con la política de equilibrio presupuestario y fiscal), mejorar las competencias esenciales de los servicios públicos (capital intelectual, tecnológico y

social), racionalizar las prestaciones y servicios sanitarios en términos de efectividad y coste, y priorizar en función de las necesidades y resultados en salud.

Sin duda, los agentes internos del sector (políticos, gestores, profesionales, agentes sociales, etc.) tenemos una importante responsabilidad en la sostenibilidad del sector sanitario público. Debemos buscar, bajo formas de buen gobierno sanitario, nuestra contribución al cumplimiento del programa de consolidación y recti-

tud fiscal propuesto por el Gobierno de España (www.meh.es), a la vez que mejoramos la calidad y eficiencia en las funciones principales de los servicios sanitarios públicos.

El poder político tiene la obligación moral de liderar en este momento histórico de crisis económica y contracción fiscal, un proyecto dinámico y transformador que garantice la suficiencia, sostenibilidad y equidad como fundamentos básicos de legitimación social del SNS y del Estado benefactor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oteo LA, Repullo JR. Luces y sombras en la Europa social. Nuestro Sistema Nacional de Salud. Rev Claridad. 2006;7:4-17.
2. Oteo LA. Crisis económica y pacto político: El tiempo apremia. E-ras. 15 de marzo 2010. Disponible en: <http://www.opinionras.com>
3. Fortune Global 500. Fortune magazine's annual ranking of the world's 500 largest companies [accedido 31 Mayo 2010]. Disponible en: <http://money.cnn.com/magazines/fortune/global500/>
4. Bloomberg on Health Care, 2009 [accedido 31 Mayo 2010]. Disponible en: <http://www.bloomberg.com/>
5. IMS Health 2010. IMS National sales perspectives [accedido 31 Mayo 2010]. Disponible en: <http://www.imshealth.com/>
6. Arenas J. Investigación e innovación. En: Oteo LA, editor. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social: Ponencia sanidad. Consejo Económico y Social. Madrid; 2009; p. 64-70.
7. Meneu R. Regulación y competencia en el sector farmacéutico. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un sistema de salud sostenible. Barcelona: Editorial Ariel, SA; 2005.
8. Puig J, Llop J. Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos. Madrid: Fundación Alternativas; 2004.
9. Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. The Lancet. 2003;361:27-32.
10. López Casasnovas G. Política del medicamento en el contexto de un sistema sanitario multijurisdiccional. En: Meneu R, Peiró S, editores. Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación biofarmacéutica. Barcelona: Masson; 2004.
11. Tallman S, Jenkins M, Henry N, Pinch S. Knowledge, clusters, and competitive advantage. Academy of Management Review. 2004;29:258-71.
12. Inkpen A, Tsang E. Social capital, networks, and knowledge transfer. Academy of Management Review. 2005; 30:146-65.
13. Woolcock M. Social capital and economic development. Toward a theoretical synthesis and policy framework. Theory and Society. 1998;27:151-208.
14. Repullo JR, Oteo LA. El debate sobre el sistema sanitario y el derecho a la

- salud de la defensa de la sanidad pública al nuevo contrato social por un sistema nacional de salud. sostenible. Gaceta Sindical. 2006;7:281-97.
15. Cooper H, Arber S, Fee L, Ginn I. The influence of support and social capital on health . London: Health Education Authority; 1999.
 16. Croig E, Kinberly J, Bouchikhi H. Can loyalty be leased? Harvard Business Review. 2002;80:24-6.
 17. Morgan A, Swann C. Social capital for health: Issues of definition, measurement and links to health. Health Development Agency. NHS. March, 2004.
 18. Adler PS, Kwon SW. Social capital: Prospects for a new concept. Academy of Management Review. 2002; 27:17-40.
 19. Oteo LA. Nuestra distraída conciencia de crisis. E-Ras. Junio, 2010. Disponible en: <http://www.opinionras.com>
 20. Veenstra G., Lomas J. Home in where the governing is: social capital and regional health governance. Health and Place. 1999;5:1-12.
 21. Nomen E, Nieto J. El conocimiento protegido. Harv Deusto Bus Rev. 2004;124:53-62.
 22. OECD. Health Data 2010 [accedido 31 Mayo 2010]. Disponible en: <http://www.ecosante.org/oecd.htm>
 23. Oteo LA, Repullo JR, Urbanos R. Gobernabilidad y sostenibilidad en el sistema sanitario público. Gaceta Sindical. 2010;14:233-50.
 24. Inkpen A, Tsang E. Social capytal, networks and knowledge transfer. Academy of Management Review. 2005; 30:146-65.
 25. Woolcock M. Social capital and economic development. Towar a theoretical synthesis and policy framework. Theory and Society. 1998;27: 151-208.
 26. Ortún V. El buen gobierno sanitario. Economía de la salud y gestión sanitaria. Madrid: Springer Healthcare Communications Ibérica SL; 2009.
 27. Melé D. Loyalty in business. Subversive doctrine or real need? Business Ethics Quarterly 2001;11:11-26.
 28. See JA, Pearse I. The company mission as a strategic tool. Sloan Management Review. 1982;23:15-24.
 29. Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Gac Sanit. 2008;22 Supl 1: 118-25.
 30. Angell M. The Truth about drug companies: How they decide us an what to do about it. New York: Random House; 2005. p. 336.

- 31.** Taylor CH. Argumentos filosóficos: ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad. Madrid: Ed. Paidós Ibérica; 1997.
- 32.** Taylor CH. Fuentes del yo: la construcción de la identidad moderna. Madrid: Ed. Paidós Ibérica; 2006.
- 33.** Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: Mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS, 2008.

