

20 de abril de 2017



PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN ECONOMÍA, EMPRESA Y
FINANZAS.

TESIS DOCTORAL:

**“Sistema de salud español, orígenes, situación actual,
comparación internacional y posibles reformas”.**

Universidad Camilo José Cela

Director Profesor Don Pedro Schwartz Girón

Alumno Benito Cadenas Noreña

ÍNDICE

| | |
|----------------------|---|
| RESUMEN | 4 |
|----------------------|---|

| | |
|---------------------------|---|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
|---------------------------|---|

| | |
|------------------------------|---|
| - Donde nos encontramos..... | 9 |
|------------------------------|---|

| | |
|--|----|
| - Problemas y desafíos del sistema de salud español..... | 13 |
|--|----|

CAPITULO I. ORÍGENES DEL SISTEMA ESPAÑOL DE SALUD Y ESTADO DE LA POBLACION.

| | |
|---|----|
| - Situación de la población española es el siglo XX | 22 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| - Principales causas de la mejora en la población..... | 26 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| - Construcción del sistema sanitario público y marco legal | 29 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| - El sistema sanitario asistencial..... | 34 |
|---|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| - Un siglo de mucho éxito..... | 39 |
|--------------------------------|----|

CAPITULO II. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

| | |
|---|----|
| - Descripción del sistema sanitario público español | 47 |
|---|----|

| | |
|---------------------------------|----|
| - Fortalezas y debilidades..... | 53 |
|---------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| - Características del sistema público de salud español..... | 58 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| - Organización del sistema público español..... | 72 |
|---|----|

| | |
|------------------------|----|
| - Gasto sanitario..... | 76 |
|------------------------|----|

| | |
|---|----|
| - Principales reformas del sistema sanitario..... | 92 |
|---|----|

CAPITULO III. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE INGLATERRA (NHS)

| | |
|-----------------|-----|
| - Resumen | 140 |
|-----------------|-----|

| | |
|---------------------|-----|
| - Introducción..... | 141 |
|---------------------|-----|

| | |
|-------------------------|-----|
| - Historia del NHS..... | 142 |
|-------------------------|-----|

| | |
|--------------------------------|-----|
| - Características del NHS..... | 143 |
|--------------------------------|-----|

| | |
|-------------------------------------|-----|
| - Estructura bajo la Coalición..... | 144 |
|-------------------------------------|-----|

| | |
|--|-----|
| - Reformas más relevantes..... | 148 |
| - Problemas que tiene el NHS..... | 158 |
| - Futuro del Sistema sanitario inglés..... | 159 |
| - Lecciones..... | 160 |

CAPITULO IV La experiencia con el aseguramiento social en Alemania

| | |
|---|-----|
| - Resumen..... | 162 |
| - Introducción..... | |
| - Descripción del sistema sanitario alemán..... | 165 |
| - Principales características del sistema de aseguramiento alemán..... | 167 |
| - Organización del sistema sanitario Alemán..... | 171 |
| - ¿Como llega el sistema de aseguramiento social a la Universalidad?..... | 173 |
| - Reformas más relevantes que se han dado en Alemania..... | 175 |
| -¿Cómo garantiza la calidad del servicio Alemania?..... | 184 |
| - ¿Qué hace Alemania para mejorar su eficiencia?..... | 186 |
| - Comparación de sistemas sanitarios: España & Alemania..... | 191 |
| - Lecciones para España..... | 210 |

CAPITULO V El Sistema Sanitario en Suecia.

| | |
|--|-----|
| - Resumen..... | 215 |
| - Introducción..... | 216 |
| - Descripción del sistema sanitario sueco..... | 2 |
| - Principales características del sistema sanitario sueco..... | 215 |
| - Reformas más relevantes que se han dado en Suecia..... | 217 |
| - Comparación sistemas sanitarios: España & Suecia. | 220 |
| - Lecciones para España..... | 224 |

| | |
|--------------------------|------------|
| CONCLUSIONES..... | 226 |
|--------------------------|------------|

| | |
|---|------------|
| ANEXO. CAPITULO III. EN INGLÉS. | 234 |
|---|------------|

| | |
|--------------------------|------------|
| BIBLIOGRAFÍA..... | 259 |
|--------------------------|------------|

Director Profesor Don Pedro Schwartz

Alumno Benito Cadenas

TESIS DOCTORAL:

“Sistema de salud español, orígenes, situación actual, comparación internacional y posibles reformas”.

RESUMEN: El sistema sanitario público español se enfrenta a una serie de desafíos en el corto y medio plazo que hacen difícil que se pueda mantener si no se acometen cambios estructurales. Estos problemas vienen de un cambio demográfico y de un progreso tecnológico que aumenta los costes a un ritmo superior de lo que la sociedad española se puede permitir. Para conseguir atender estos cambios sin que se produzca una pérdida de calidad, el sistema tiene que ser muy eficiente. En este estudio comparamos el sistema de salud español, con tres de los países de referencia en políticas de bienestar como es Suecia, Alemania y el Reino Unido, para ver qué medidas han sido más eficaces para mantener un buen servicio sanitario sin que los costes se conviertan en insostenibles para las arcas públicas. Después de varios años de las primeras reformas ya existen evidencias de que una mayor competencia entre los proveedores mejora la calidad de la atención sanitaria. La gratuidad y las promesas de los políticos explican gran parte del incremento de los gastos sanitarios. En el estudio proponemos modelos en el que el usuario tiene un mayor protagonismo, con una mayor libertad de elección y participación en el sostenimiento del sistema sanitario.

Palabras clave: Reforma sanitaria, sistema público de salud, pago por resultados, eficiencia, países OCDE.

Director Profesor Don Pedro Schwartz

Student Benito Cadenas

TITLE OF THE THESIS :

“The Spanish healthcare system, origins, situation, international comparison and possible reforms “.

Abstract: The Spanish healthcare system face some challenges in the short and in the long term, which make it difficult to maintain, without doing some structural changes. This kind of problems comes from demographic changes and the technological progress that boost the costs faster than what the Spanish society can allow. In the case that we try to maintain the quality under this situation, the system must be highly efficient. In this research we compare the Spanish health care system, with three of the countries that are at the top of the welfare policies, like Sweden, Germany and the United Kingdom, in order to see which of these policies has been more successful maintaining good quality, without making the costs unsustainable for the public treasury. After some years of the first reforms, we have enough evidence to suggest that more competition between the health providers, improve the quality of health care. The fact that the system is free at the point of deliver and the promises from the politicians, explain an important part of this increases of the healthcare costs. In this study we propose a model where the patient has more leadership, with more freedom of choice and participation in the sustainability of the system.

Keywords: Healthcare reform, public healthcare system, paying by results, efficiency, OECD countries.

RELACION DE GRÁFICOS Y TABLAS

TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 1. Una visión comparada de la mortalidad Europa, 1860 -2010 | 23 |
| TABLA 2. Peso relativo por 100 de las causas de defunción en la mortalidad total... | 26 |
| TABLA 3. Recursos para el cuidado de la salud..... | 68 |

GRAFICOS

| | |
|---|-----|
| GRÁFICO 1. Incrementos en el gasto sanitario 1970-2014..... | 44 |
| GRÁFICO 2. Porcentaje de población cubierta con atención sanitaria..... | 56 |
| GRAFICO 3. Curva de Preston actualizada..... | 72 |
| GRAFICO 4. Gasto sanitario como % del PIB. Países OCDE..... | 73 |
| GRAFICO 5 Gasto en salud. Publico y privado como % del PIB..... | 74 |
| GRÁFICO 6 Tasa decrecimiento del gasto en salud. ESPAÑA Y promedio OCDE ... | 76 |
| GRÁFICO 7: Población cubierta con atención sanitaria en porcentaje | 167 |
| GRAFICO 8: Función de producción de la asistencia sanitaria | 185 |
| GRÁFICO 9: Esperanza de vida al nacer (Alemania)..... | 188 |
| GRÁFICO 10: Mortalidad Infantil (Alemania)..... | 189 |
| GRÁFICO 11. Muertes atribuibles al sistema sanitario (Alemania)..... | 190 |
| GRAFICO 12: Muertes por cáncer (Alemania) | 191 |
| GRÁFICO 13: Ratios de supervivencia por cáncer(Alemania) | 192 |
| GRÁFICO 14: Ratios de mortalidad en hospitales por infarto (Alemania)..... | 193 |
| GRAFICO 15: Infecciones de post-operatorio(Alemania) | 197 |
| GRÁFICO 16: GASTO SANITARIO COMO % PIB (Alemania)..... | 200 |

| | |
|---|-----|
| GRÁFICO 17: Número de médicos cada 1000 (Alemania)..... | 201 |
| GRÁFICO 18: Tiempo de estancia en el hospital (Alemania)..... | 203 |
| GRÁFICO 19: Consultas al Médico (Alemania) | 203 |
| GRÁFICO 20: Exámenes con Resonancia Magnética (MRI) (Alemania)..... | 204 |
| GRAFICO 21: Curva de Preston (Actualizada) | 206 |
| GRÁFICO 22: Porcentaje de población cubierta con atención sanitaria. (Suecia) ... | 215 |
| GRÁFICO 23: Muertes atribuibles al sistema sanitario (Suecia) | 221 |
| GRÁFICO 24: Mortalidad para enfermedades coronarias (Suecia) | 222 |
| GRÁFICO 25: Consultas al médico (Suecia)..... | 223 |
| GRÁFICO 26: Tiempo de estancia en el hospital (Suecia) | 223 |
| GRÁFICO 27. Aportación del usuario al pago del servicio..... | 232 |

INTRODUCCIÓN

El sistema de bienestar social en Europa y en concreto el español, se encuentra bajo la fuerte amenaza de quiebra. La estructura demográfica y su tendencia, obligan a tomar medidas estructurales, tanto en el campo de las pensiones, como en el de la salud que son a su vez los que mayor gasto aportan al Estado del bienestar.

Las promesas que los gobiernos realizan en cuanto a prestaciones no son viables en un entorno de estancamiento o bajo crecimiento en el medio ni en el largo plazo. Ni siquiera con un crecimiento mayor de las economías en los próximos años, podría evitar una disminución de estas prestaciones o una subida notable de los impuestos para hacer sostenible el sistema.

La financiación vía endeudamiento, para poder hacer frente a la situación está prácticamente agotada al tener los Estados y en concreto el español, una deuda entorno al 100% de su PIB. Este peso de la deuda, que se ha incrementado en nuestro país de una forma muy considerable, necesita volver a niveles más racionales, anteriores a estancamiento económico. Además de los intereses de la deuda que son una partida actualmente equiparable a la de las prestaciones por desempleo, recarga de una forma excesiva los costes tanto para estas generaciones como las futuras.

En el campo de las pensiones se han tomado algunas medidas coyunturales, pero en el de la salud no se ha hecho tanto hasta el momento.

Sin duda el Sistema de salud es el más complejo de todos los elementos que forman el estado de bienestar social, por el gran campo que abarca, la sensibilidad de la sociedad a tener un servicio de calidad y universal, por la dificultad que existe para llevar a cabo reformas por los distintos grupos de interés. Si a esto le añadimos el aumento de la esperanza de vida, que conlleva un mayor gasto médico en las últimas etapas de vida y la aplicación de las nuevas y últimas tecnologías el problema se agudiza.

Desde que el gobierno central tuviera toda la competencia en materia sanitaria mediante el INSALUD¹ hasta su total transferencia a las comunidades autónomas mediante una partida presupuestaria, cada región, dentro del marco regulatorio común, ha llevado este servicio con diferencias significativas en cuanto a la calidad y asignación de gasto. Esta

¹ Instituto Nacional de la Salud, fue la entidad pública encargada de la provisión y gestión sanitaria de España hasta la configuración de actual Sistema Nacional de Salud

circunstancia ha tenido consecuencias tanto positivas como negativas interesantes a tener en cuenta.

Después de varios años ya de restricciones presupuestarias por el entorno económico, los diferentes gobiernos nacionales y autonómicos, han tomado distintas medidas para intentar mantener el nivel de prestaciones y de calidad. Hoy en día estas medidas llevadas a cabo pueden ser ya analizadas y tenemos suficientes elementos para poder comprobar si las practicas utilizadas en la gestión, tanto a nivel de eficiencia como de calidad de los centros sanitarios, han tenido éxito.

Con esta tesis nos proponemos analizar el sistema de salud español, desde sus valores y principios históricos, realizando un análisis de su situación actual, donde están sus fortalezas y sus debilidades, saber en qué aspectos estas reformas llevadas a cabo en estos últimos años, han conseguido realmente su objetivo y en donde no.

Creemos que con este estudio se podrá valorar mejor lo realizado hasta el momento y aportar al conocimiento académico y para responsables, los elementos clave para la gestión de este servicio básico y fundamental para las personas.

En nuestra intención, también esta hacer propuestas para posibles reformas, encaminadas a mejorar el sistema y hacerlo realista y viable, adaptado a nuestras posibilidades.

Investigadores y gestores de la actividad pública debaten el efecto que tendría una menor implicación del gobierno en los sistemas sanitarios tanto respecto a los indicadores de salud (como esperanza de vida, mortalidad infantil o el éxito en el tratamiento de enfermedades), así como sobre la eficiencia en la actividad.

Para poder afrontar todos los desafíos a los que se enfrenta el sistema, se tienen que encontrar formas altamente eficientes, ya que los actuales sistemas de salud públicos como el español, siguen teniendo en algunos campos altos grados de ineficiencia, que resultan un derroche de recursos escasos que no nos podemos permitir. Por todo ello hace falta mejoras en determinados rendimientos.

El principio de equidad para el acceso al servicio sanitario, que no está puesto en duda en España ni en este trabajo, no significa automáticamente que el Estado tenga que proveer todo lo relacionado con la atención sanitaria.

Nosotros con esto nos preguntamos, ¿Existen otras formas de organización sanitaria, a parte de la que tenemos, que manteniendo los principios de universalidad, es más eficiente que la actual? O formulado de otra forma, ¿cómo podemos hacer que sea más barato y de mejor calidad?

Para ello hay que dar respuesta a los principales motivos que generan estos incrementos en los costes. Sobre todo en aquellos que si podemos controlar.

Por ello nuestra hipótesis principal sería la gratuidad en el punto de atención lo que lleva a un incremento continuado de los costes sanitarios. Es la ausencia de una señal de referencia, un precio, lo que lleva el coste de la sanidad a una continua subida. Incluyendo este elemento, el precio, se podría obtener un sistema más sostenible.

Para las principales corrientes económicas parece ser que sí. Ellos siguen la idea de los mercados descentralizados proveen bienes y servicios de una forma más eficiente que desde sistemas planificados de forma centralizada.

En el estudio que aquí planteamos intentaremos argumentar que ciertos cambios en la financiación de la atención sanitaria, acompañada con una liberalización de los proveedores sanitarios, puede dar respuesta a los problemas que afronta nuestro sistema.

Para poder verificar esto y aportar un mayor conocimiento, vamos a analizar cómo funcionan los sistemas de salud en otros países europeos, que se afrontan retos similares a los nuestros. Muchas veces se quieren plantear nuevas formas, para mejorar lo que hay y se da la circunstancia de que ya se ha realizado en otros países y podemos aprender mucho de sus experiencias.

Nos centraremos en países de referencia en esta materia como son Alemania, Inglaterra y Suecia, que también han llevado a cabo importantes reformas en estos últimos años y sus respectivas tendencias.

DONDE NOS ENCONTRAMOS

Realidad del sistema de salud español

Las personas siempre hemos querido vivir más tiempo y de la mejor manera posible. Por ello cada uno de nosotros y la sociedad en su conjunto estamos dispuestos a gastar cada vez más proporción de nuestros ingresos para alcanzar estos objetivos. Sin embargo la manera de cómo llegar a ahí, no existe consenso, sobre todo cuando el servicio sanitario público lo pagamos entre todos los españoles.

Según van aumentando los niveles de vida motivados por unos mayores ingresos, las exigencias y las necesidades sanitarias aumentan sin límites. A las exigencias que se puedan tener en un momento dado, hay que añadir otras están impulsadas por la tecnología y afecta a los estilos de vida y demanda de bienestar. Todos estos elementos complican de gran manera encontrar el coste adecuado para la asistencia sanitaria para cierto nivel de desarrollo y que cumpla con las expectativas de la población.

Este es un punto de constante fricción entre los médicos, personal sanitario, pacientes y economistas, que discrepan en cuanto a la cantidad de cuidados sanitarios que tienen que ser cubiertos por el Estado y sobre la necesidad de llevar a cabo algún tipo de cambio para hacerlo más viable, ya sea mediante pequeños cambios o de mayor calado en el servicio de salud. Por parte de la población existe miedo a las restricciones o recortes por la crisis, sobre todo para algunos de los más mayores de la población, que han hecho del médico, muchas veces por necesidad, uno de los elementos más importantes de su vida. En esta línea la vocación médica, por norma general, no pondría un excesivo control al coste de los tratamientos con tal de dar el mejor servicio al paciente. Los que están a favor de destinar más dinero a la sanidad argumentan que si la salud es uno de los factores que más nos importan, ¿por qué no destinar una mayor cantidad de recursos a ello?

El problema está en que en un sistema de salud público los gastos no pueden ser ilimitados, por el simple hecho de que no disponemos de esos recursos. En este punto el consenso no es total ya que para algunos el sistema tiene muchos gastos superfluos, que suponen una gran cantidad de dinero difícilmente asumibles, llevándolo a una situación de quiebra (Con incrementos indefinidos).

Las cuestiones que se plantean no es exclusivamente el debate entre economistas y doctores, por la existencia de gastos superfluo, sino que llega a un análisis más profundo del modelo de asistencia sanitaria.

Sabemos que los costes en sanidad son elevados y que en algunos países alcanzan hasta los costes del hogar, pero uno de los principales problemas es poder medir el valor de la sanidad. Sabemos su coste, pero existe dificultad a la hora de medir los beneficios que genera, ya que como veremos más adelante no todos los logros alcanzados van a depender de un mayor gasto.

En España tenemos unas condiciones sanitarias que están sin lugar a duda mejor que nunca, si atendemos a los distintos índices y en ello ha contribuido mucho el sistema sanitario público, que se ha construido en el país durante el último siglo. Se han

conseguido grandes objetivos, como que toda la población este cubierta por el sistema y los hospitales han incorporado la última tecnología en tratamientos diagnóstico y terapéutico, dando solución a muchas enfermedades que hace algunas décadas no se podían tratar bien. Todos estos avances conseguidos en la sanidad han hecho del sistema de salud un espacio mucho más complejo y también más difícil de mantener desde el punto de vista financiero

En este trabajo se analizarán los puntos que todavía están a mejorar por parte del sistema público español sin olvidar sus fortalezas, que también las tiene. Empezando por la evolución de la situación del país en cuestiones de salud en el último siglo y el desarrollo de sistema sanitario público.

Como veremos en el siguiente capítulo, la población española ha mejorado mucho en los últimos tiempos en la mayoría de indicadores de salud. Era un país que a principios del siglo XX se encontraba entre los peores de su entorno y ha pasado a liderar muchos de los índices de salud como esperanza de vida o tasas de mortalidad. No solo se encuentra entre los países con mayor esperanza, también es líder en campos que requieren gran coordinación a nivel nacional, tecnología y preparación como es el Sistema nacional de trasplantes. Esta entre los países que mayor número de trasplantes se hacen y está en la vanguardia de la innovación en este campo.

También arroja datos positivos en cuanto eficiencia de los recursos empleados ya que a pesar de ser la segunda partida más importante de los presupuestos, detrás de las pensiones, se encuentra entre los países de la OCDE que relativamente menos recursos destina a salud en relación a su Producto Interior Bruto (PIB). Si atendemos a los recursos empleados (Inputs), como puede ser gasto sanitario y personal sanitario, y lo trasladamos a los resultados obtenidos (outputs), como son la esperanza de vida al nacer, esperanza de vida adicional a los 65 años o reducción de mortalidad atribuible al sistema de salud. Por ejemplo en mortalidad atribuible al sistema sanitario se encuentra en la posición número 7 del ranking, según un estudio llevado a cabo por el investigador Gay et al. (2011).

Aunque por estos y otros datos el sistema de salud español juega ya entre los países más avanzados, uno debe mantenerse ahí y en algunos indicadores todavía existe mucho margen de mejora. Por ejemplo en los datos extraídos de las estadísticas de la OCDE (2014), si comparamos los datos de mortalidad por infarto agudo de miocardio ajustadas a estancias de 30 días, nos encontramos que España se encuentra en la posición 24, dentro de los países que forman parte de esta organización.

En el campo de la salud no se puede focalizar solo en la esperanza de vida como medida de éxito del sistema público español. El hecho de estar vivo o muerto es relativamente fácil de medir, pero la salud no es solo un tema de estar vivo y de vivir mucho tiempo, sobre todo lo que interesa es de vivir con buena salud. Por ello se tiene que atender también a la morbilidad² y no solo a la mortalidad. Un país tiene una mejor salud, cuando sus ciudadanos viven con menos discapacidad y menos dolor. Esto sucede en los países más ricos, existiendo evidencias de esta realidad.

Los usuarios del sistema de salud público, también mencionan las largas listas de espera que existen para ciertos servicios sobre todo para algunas de las intervenciones que más se solicitan, como podrían ser de cataratas o relacionadas con la traumatología. El problema es que estas listas de espera, normalmente van vinculados a los sistemas Universales y gratuitos como es el español, como medida para no sobrecargar los servicios.

Otra realidad que afronta el sistema público español es una diferencia importante entre la calidad los servicios de los que disponen los pacientes en cada una de las comunidades autónomas. Se observan diferencias en los indicadores de salud, sobre todo en cuanto al gasto por habitante que emplea cada una de ellas y respecto a los resultados obtenidos también. Existen unas prestaciones comunes que están reguladas a nivel nacional, pero las comunidades autónomas disponen de cierto margen para incluir algunas de ellas como podría ser la ortodoncia para algunos sectores de la población, siendo un elemento que aumenta la desigualdad entre ciudadanos de distintas partes del territorio nacional.

En algunas Comunidades la libertad de elección (patient choice) de médicos y hospitales es relativamente inexistente, mientras que en otras que encontramos algunas excepciones que han avanzado mucho más en este campo, generando un distrito único de atención y dando la capacidad a los pacientes de esta posibilidad de elegir. El que el paciente tenga esta oportunidad de elegir, facilita el que se premie a los que mejor servicio dan y más pacientes atiendan, pero no puede ser la única medida y tiene que venir acompañada de otras de tipo financieras. Esta libertad de elección por parte del

² Morbilidad, cantidad de personas que enferman en un lugar y periodo determinado. Se utiliza mucho los cambios de cadera, operaciones de catarata y operaciones de rodilla como indicadores de morbilidad

paciente está bastante implantada a nivel de otros países y genera algunos resultados positivos que serán estudiados con especial atención en nuestra investigación.

La autonomía en cuanto a la gestión de los hospitales también es relativamente baja respecto a nuestros países vecinos de Europa, existiendo alguna Comunidad Autónoma que han innovado más en este campo con el límite que la legislación nacional les ha permitido. Las posibilidades de organización y gestión de los centros sanitarios vienen recogidas en la Ley general de la sanidad que regula a nivel nacional estas características. Esta ley data de principios de los ochenta y fue la que paso al sistema nacional de ser sufragado mediante contribuciones sociales a ser completamente universal y financiado a través de impuestos. Salvo en algunos temas de calidad, ha sufrido pocas variaciones desde entonces.

Precisamente respecto a cómo se financian estos hospitales y centros sanitarios, se ha avanzado bastante más en los países del norte de Europa. En España todavía no se ha tratado mucho este aspecto, solo algunas experiencias piloto en Madrid, Valencia, Andalucía o Cataluña, siendo pocos los que aportan algún tipo de incentivo de mayor presupuesto vinculado a los resultados. Este sistema conocido como “Payment by results” (Pago por resultados) hace que los hospitales tengan que de alcanzar mejores resultados en cuanto a calidad y eficiencia para obtener más recursos económicos en ejercicios sucesivos. Este sistema de pago se viene haciendo en muchos países y está muy vinculado a la libertad de elección del paciente, porque una requiere de la otra para que se pueda implantar con mejores resultados. Como esta fórmula de pago ya está vigente en varios países, existen estudios que analizan los resultados alcanzados siendo en el Sistema Nacional de Salud Británico, donde más literatura encontramos.

PROBLEMAS Y DESAFIOS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Este éxito que la población española ha tenido y algunos investigadores como Moreda, Reher y Gimeno definen como una “*Conquista de la Salud*”, se enfrenta a nuevos retos. Las enfermedades ahora imperantes que son de tipo crónico necesitan de una tecnología avanzada y hace que la lucha contra este tipo enfermedades sea mucho más costosa en términos económicos que lo que eran en un principio. Las enfermedades de tipo infeccioso que dominaban el panorama español en la primera mitad de siglo se pudieron reducir con soluciones más asequibles. Esta nueva circunstancia actual más compleja hace que los **costes** de la atención sanitaria se disparen. Es muy importante mejorar los

servicios sanitarios y asegurarse de que toda la población que necesite cuidados médicos sean atendidos, pero no podemos colocar las prioridades sanitarias sin atender a sus costes (Angus Deaton 2015).

En España el incremento que ha tenido el coste en sanidad en los últimos 14 años es destacable, sobre todo desde el año 2002, momento que coincide con la transferencia total de la sanidad por parte del INSALUD a las comunidades autónomas. En este caso como veremos en capítulos posteriores, el gasto sanitario ha crecido a un ritmo poco sostenible, por encima del crecimiento del PIB. Si nos atenemos a los datos del ministerio de Sanidad de los últimos años, se observa un desfase entre los ingresos y los gastos que han sido de un 25,5%, lo que supone unos 15000 millones de euros anuales, en otras palabras el presupuesto anual, si sumamos el déficit cada cuatro años (Carlos Arenas 2013). Esta circunstancia ha hecho necesario inyecciones en el presupuesto desde los años ochenta para reducir el déficit.

Tal y como está confeccionado el sistema de financiación autonómico con sus distintas transferencias por parte del estado, resulta complicado hacer estas mediciones, por lo que en algunas ocasiones no queda otro remedio que como una de las pocas medidas, de ir a las cuentas nacionales y ver cuánto se destina a salud.

Uno de los datos más utilizados en la nomenclatura internacional para situar a un país, es ver la cantidad de dinero público y privado que destina en proporción a su PIB. Para ello la OCDE dispone de una base de datos al respecto que se utilizará en nuestro estudio.

Los datos comparativos que disponemos hoy en día procedentes de los organismos internacionales confirman que, en un momento dado, no por destinar una mayor número de recursos económicos, se obtienen unos mejores resultados en los indicadores de salud. El ejemplo podría ser Estados Unidos que es el país que más recursos dedica a temas de salud y sin embargo en los indicadores sanitarios es superado por otros países (Principalmente de Europa) en esperanza de vida y otros. La respuesta la encontramos también si analizamos hacia donde se destinan esos recursos (Estados Unidos destina parte a mayor lujo, habitaciones individuales, pero también más a investigación). No todos los resultados de cada uno de los países va a depender de este factor, sino que va a estar muy relacionado con los cambios de comportamiento que se van produciendo a lo largo de la historia, como puede ser el dejar de fumar.

Si esto es así se justificarían la reducción en gastos superfluos, como podría ser el exceso de pruebas diagnóstico u otras que no aporten valor al paciente para alcanzar unos resultados similares a un coste menor.

El coste sanitario tiene que ser sostenible desde el punto de vista presupuestario y compatible con los demás gastos que también son relevantes como pueden ser la educación, la seguridad ciudadana o asistencia social. Una tendencia observada es que el gasto en sanidad por parte del Estado en España se ha ido incrementando respecto a la educación en los últimos cincuenta años en la mayoría de los países según el estudio realizado por Francisco Comin y Daniel Diaz (2005)³. Uno de los principales objetivos de este trabajo es buscar formulas que hagan del sistema de salud un servicio viable en la actualidad y compatible con nuestras posibilidades en los próximos años.

Siendo la sanidad tan cara como es hoy en día, tiene que existir un balance, que es lo que en la teoría económica se conoce como Trade off⁴ entre los distintos campos que forman el Estado del bienestar.

En términos generales si optamos por gastar más dinero en salud tendríamos que dejar de gastar en otros servicios básicos también necesarios y vinculados al bienestar como puede ser la educación o asistencia social. Siguiendo con el razonamiento del coste de oportunidad, si quisiéramos gastar el doble en sanidad de lo que gastamos hoy en día tendríamos que reducir un cuarto en todos los demás servicios. En el caso de seguir las recomendaciones que el investigador Dartmouth hizo en Estados Unidos, si reducimos en la mitad del gasto sanitario en programas de bajo valor añadido y otros gastos superfluos, se dispondría de un 10% más en los demás servicios vinculados al bienestar. Estas serian algunas de las consecuencias si alteramos el balance entre las distintas opciones. El problema es que los recursos disponibles son los que son y las necesidades que nosotros mismos nos generamos también van aumentando, pero tenemos que hacer lo mejor posible con los recursos existentes, si queremos mantener unos servicios similares en el futuro.

³ Mirar Gasto del Estado en educación y sanidad (1890-1995), cuadro 12.18, pp.944-946 y Francisco Comin (1996), p.30.

⁴ Trade Off, termino ingles que hace referencia al balance entere dos o más elementos a elegir, relacionado con el termino coste de oportunidad

Esta constante elección en cuanto que tipo de servicio o producto a comprar se hace en la vida constantemente y puede tener mayor o menor relevancia, según si dedicamos mas a comprar libros que a viajes al extranjero o a otras cosas necesarias.

Un economista de la salud Víctor Fuchs, planteaba la circunstancia de que una señora mayor en Estados Unidos, estaba cubierta por el programa Medicare ⁵ para intervenciones de cirugía, de elevado coste y sin embargo su pensión no le es suficiente para poder ir a la boda de su nieta o ir a ver a su bisnieto. Este ejemplo es fácilmente trasladable a España, teniendo cientos de miles de personas con pensiones de viudedad, que no alcanzan un mínimo deseable, pero sin embargo cuentan con una cobertura sanitaria total. Según este mismo investigador, con un coste sanitario tan alto y en crecimiento sin límites, como hay hoy en día, se necesitaría una visión más holística de todo el asunto.

Lo nuclear en el tema de la sanidad es que funciona de forma distinta y es lo que la hace diferente y más compleja que los demás productos y servicios. El problema está en que la elección de gastar en sanidad no se hace con los mismos criterios que cuando se compra un teléfono móvil o un libro. De hecho la gente no sabe cuánto paga cuando utiliza un servicio sanitario. Esto es así porque la mayoría del gasto sanitario en los países está financiado vía impuestos o por la prima de algún seguro. La prima del seguro, como sucede en Estados Unidos u Alemania es pagado por el empleador y el trabajador no cree que le pueda afectar a sus condiciones laborales en exceso. De hecho existen estudios que demuestran que el pago del seguro sanitario por parte de los empleadores es vía menor salario, más que por menos beneficios.

Mayor es aun el desconocimiento si nos centramos en países como España o Inglaterra, donde la totalidad de los gastos sanitarios se hace con Impuestos. Cuando la gente solicita una mayor cobertura y mayores prestaciones, no repara en lo que hay que pagar a cambio o lo que uno va a tener que dejar de hacer o poder financiar por cubrir estos gastos. Coloquialmente se dice que cuando uno dispara con “Pólvora del Rey” no existe ningún problema, ya que no va a ser sufragado con el dinero de su propio bolsillo. Un ejemplo reciente en España es la financiación por parte del Estado de un tratamiento de última generación para enfermos de Hepatitis C. La presión de los distintos grupos

⁵ Medicare, programa público de salud, financiado con impuestos, que se lleva a cabo en los Estados Unidos, para gente mayor.

sociales, políticos y medios de comunicación hizo que el tratamiento, aun siendo de un elevadísimo coste, fuera íntegramente abonado por el estado.

En general el problema se encuentra en que la toma de decisiones y las exigencias que tiene el público, en cuanto a gasto sanitario, se hace con una falta de información clara en cuanto a coste y posibilidades y ello muchas veces no permite o no facilita tomar la mejor decisión posible. En este mismo sentido nos encontramos con las promesas de los políticos que sin hacer un estudio riguroso del coste que pudiera tener, se lanzan en promesas que aumentan el gasto de forma considerable.

En este aspecto la sociedad en su conjunto y los legisladores en particular tendrán que tomar decisiones por consenso para poder afrontar estas nuevas circunstancias con la mayor información posible y que resuelva los problemas con acierto.

Esta falta de información de la cual hacemos referencia por parte de los usuarios del sistema de salud público y la condición de ser gratuito en el punto de atención, tiene otro tipo de consecuencias respecto a mantener su calidad existente. Si además tenemos en cuenta la prevalencia de enfermedades de carácter crónico junto con el aumento de la población que se ha producido en España en los últimos tiempos ha traído otros problemas que son conocidos en la literatura económica respecto a los recursos disponibles.

Los modelos sanitarios de tipo universal y gratuito se exponen por su propia concepción a una serie de retos y desafíos, siendo uno de los principales el deterioro de la calidad de los servicios por la sobrecarga. Una de las principales causas de la saturación del sistema está el hecho de que la gente no sabe bien el coste que tiene ese servicio sanitario que está recibiendo y en algunas ocasiones, no lo utiliza de forma adecuada. Esto sucede de forma general en todos los sistemas de salud, pero de forma más evidente en los sistemas universales financiados mediante impuestos.

Al no existir una barrera al uso de los servicios, una población cada vez más necesitada de atención y preocupada con los temas de salud, podría llegar a saturar el sistema y hacer que un servicio que es uno de los mejor valorados por la gente, disminuya su calidad y pierda esa posición de privilegio. Esto es lo que se conoce como “La Tragedia de los Comunes”⁶. Esta teoría económica hace referencia al abuso y

⁶ „Tragedy of the Commons” “Termino ingles que proviene de la sobrecarga de los pastos en el Reino Unido en la Edad media, los comunes eran como se llamaban estos pastos delimitados usados por un cada vez mayor numero de pastores con sus animales

agotamiento de los recursos cuando más y más usuarios lo utilizan siendo estos recursos constantes. Este efecto que se produce mucho a nivel de medio ambiente en los caladeros de peces cuando muchos barcos se dedican a faenar sobre él y los peces se acaban agotando, es fácilmente trasladable al sistema nacional público de salud. Ante un número determinado de hospitales, ambulatorios y personal sanitario fijo, la llegada de un mayor número de pacientes por el motivo que fuera, produciría rendimientos decrecientes y un peor servicio. Esto podría ser el caso de algunos servicios de urgencias, atención primaria u otros servicios de salud que atienden una gran cantidad de personas. El caso del abuso del servicio de urgencias o visitas no realmente justificada por pacientes, es reconocido por las distintas partes.

A lo largo del trabajo veremos qué soluciones se han tomado por parte de los distintos países para evitar la “Tragedia de los Comunes”. Para solucionar esto, los servicios públicos universales como el español utilizan barreras como las listas de espera que permiten en algunos casos suavizar el problema, dando la oportunidad de entrar a otros actores privados para atender esa necesidad en un menor tiempo. Existe mucha gente dispuesta a pagar un seguro médico con tal de no tener que esperar tanto para ser tratado u operado y por la posibilidad de ser atendido en una habitación individual. Lo interesante será ver qué soluciones han buscado los distintos países y dentro de España las comunidades autónomas para solventar este problema.

Confirmada esta circunstancia la pregunta que la sociedad se tendrá que hacer y resolver es como mantener un sistema sanitario de calidad, con una mayor libertad de elección para el paciente y que a su vez sea sostenible desde el punto de vista financiero. Ambos aspectos tienen que ser tomados en consideración, ya que no sería favorable desde el punto de vista del conjunto de la sociedad, que la calidad de los servicios se vieran reducidos por recortes o restricciones que se hacen cuando nos encontramos en un punto bajo del ciclo económico, como ha sucedido durante el periodo de crisis en España.

En este sentido nos cuestionamos ¿cuáles son los mecanismos que hacen que esos indicadores de calidad mejoren? ¿Qué experiencias tenemos a nivel internacional en el campo de la sanidad pública para intentar mejorar los servicios dados? También habrá que dar respuesta a la eficiencia de los recursos empleados, viendo cuales han sido las causas de que han hecho que algunos países alcancen un mejor servicio, al menor coste posible.

En España no existe mucha literatura al respecto, a nivel europeo, sin ser tampoco de una forma excesiva, ya existen más estudios que analizan la eficacia y la eficiencia de los recursos empleados en el campo de la salud. Pero el alcance y la relevancia que está tomando la problemática, hace que ahora la economía de la salud sea ya una disciplina relevante sobre todo en los países anglosajones y centro de Europa. Este es uno de los principales motivos por lo que en este estudio se analizaran el funcionamiento del sistema de salud público británico, alemán y sueco. En general estos países afrontan problemas parecidos a los nuestros y en algunos elementos van por delante en las reformas que son necesarias.

Estos países que han sido elegidos, han introducido mecanismos para mejorar la calidad y la eficiencia del sistema, que ya han sido analizados o están siendo estudiados y se pueden extraer conclusiones de los resultados. Por poner algún ejemplo en el Reino Unido y Alemania han introducido elementos de mercado para establecer una mayor libertad de elección para los pacientes e intentar que los hospitales y los servicios sanitarios en general den un mejor servicio al menor coste posible. Otro caso interesante a analizar es la incorporación de vales de salud en Suecia, que permite a cada ciudadano sueco disponer un “Cheque” para elegir el centro hospitalario donde quiere ser atendido, así como para otros servicios afines.

Estos y otros aspectos serán analizados en el estudio y trataremos de identificar cuales se podrían incorporar al Sistema Público de Salud Español.

CAPITULO I. ORÍGENES DEL SISTEMA ESPAÑOL DE SALUD Y ESTADO DE LA POBLACION.

Resumen: La evolución que ha tenido la población española desde el principio del XX hasta nuestros días ha sido un éxito claro. La situación desde la cual partíamos, era una de las peores de todos los países europeos, teniendo todas las características de un país en vías de desarrollo. Son muchos los factores que han incluido en esta evolución tan positiva. En lo que se refiere al proceso de formación del sistema sanitario, el trabajo conjunto de las organizaciones caritativas y la formación de un sistema de aseguramiento a través de los seguros obligatorios de enfermedad, hicieron que la cobertura sanitaria de la población aumentara considerablemente. Este sistema de aseguramiento duro hasta la entrada de la Ley General de la Sanidad que es la base del sistema que tenemos hoy en día.

Palabras clave: Transición sanitaria, Reforma sanitaria, sistema público de salud, eficiencia, países OCDE.

CAPITULO I. ORÍGENES DEL SISTEMA ESPAÑOL DE SALUD Y ESTADO DE LA POBLACION.

En este capítulo vamos a ver como se originó el sistema de salud en España y cuáles fueron los acontecimientos más relevantes.

Empezaremos analizando la difícil situación de la que partía nuestro país durante el último siglo, el cual tenía un retraso en temas de salud considerables y cuáles fueron las causas de la paulatina mejora hasta nuestros tiempos. Después continuamos con las normas en el campo legislativo sanitario más relevantes para su organización y analizamos como se fue desarrollando la asistencia sanitaria muy vinculada a la seguridad social.

El sistema de salud en España tiene su origen a principios del siglo XX, si bien es cierto que a finales del siglo anterior se dan algunos hechos necesarios que sirvieron como base para su formación. Su creación ha estado unida a la consolidación del área de sanidad en las administraciones públicas, por ello los estudios históricos acostumbra a acercarse al pasado sanitario analizando las grandes etapas de la política de Estado.

El sistema de salud en España se desarrolló debido a que en ese periodo ya existía un conciencia de atraso en todo lo relacionado con situación sanitaria del país (Calificada en algunos informes como de desastre)⁷ y por la voluntad de modernización. Esta voluntad va tomando cuerpo mediante la creación de legislación y de una administración sanitaria. Otro de los factores importantes que condujo a tomar medidas en el campo fue la presión internacional que principalmente venía de los intercambios comerciales que se hacían desde nuestras fronteras. Ello también facilitó el seguimiento de algunos acuerdos internacionales como los convenios de Paris 1912 y los acuerdos de Washington 1919. Es importante destacar el papel que el sector privado con o sin ánimo de lucro ha tenido en la asistencia sanitaria del país. Ya entonces se hacían campañas dirigidas a las poblaciones de riesgo organizadas de forma independiente y autónoma por grupos de filántropos, activistas y médicos, como actividades caritativas ajenas al Estado. Por ejemplo, la fundación norteamericana Rockefeller realizo un papel fundamental en cuanto a soporte técnico para la formación y la modernización de los dirigentes de la época, en el campo sanitario, mediante becas en el país y evaluaciones.

⁷ Charles A. Bailey *Informe sobre la sanidad española(1926)*

SITUACIÓN DE LA POBLACION ESPAÑOLA EN EL SIGO XX

La situación de la población española durante los últimos 150 años es un ejemplo de cambio espectacular, en cuanto a la evolución del estado de la salud de la gente. España pasa de ser de los países más atrasados a nivel europeo a finales de siglo XIX a ser uno de los que encabeza las listas de los países más avanzados del continente. El atraso que teníamos a finales del siglo XIX en temas de salud llegaba a ser motivo de vergüenza nacional. Por aquellas fechas (1870) la esperanza de vida en el momento de nacimiento era de 30 años y más del 40% de los nacidos morían antes de su quinto cumpleaños. En concreto en 1900 España tenía una mortalidad infantil que era doble que la de países del norte de Europa como Suecia o Noruega y superaba en un 33% la de Inglaterra o países Bajos (Moreda, Reher, Gimeno 2015).

Como decía Cesar Silio, analista social a comienzos del siglo XX, España era “el país de la muerte” (David –Sven Reher 2011). No todas las partes del país estaban igual de mal, pero en su conjunto se puede decir que era lamentable.

TABLA 1

Una visión comparada de la mortalidad en diferentes países europeos, 1860 -2010

| Esperanza de vida al nacer (Eo) | 1860-1864 | 1900-1904 | 1950-1954 | 1980-1984 | 2005-2009 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Francia | 42 | 47,3 | 67,1 | 74,7 | 80,9 |
| Inglaterra & Gales | 41,5 | 48,5 | 69,5 | 74,3 | 79,8 |
| Suecia | 45,6 | 54 | 71,7 | 76,3 | 80,4 |
| Italia | 31,2 | 43,2 | 66,3 | 74,7 | 81,5 |
| ESPAÑA | 29,8 | 35 | 64,2 | 76 | 80,9 |
| Promedio de países Europa | 40,5 | 49,4 | 69,5 | 75,2 | 80,4 |
| Diferencia de España y Promedio | -10,7 | -14,4 | -5,4 | 0,7 | 0,5 |

| Probabilidad de morir 0 a 4 años | 1860-1864 | 1900-1904 | 1950-1954 | 1980-1984 | 2005-2009 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Inglaterra & Gales | 26,3 | 20,9 | 3,2 | 1,3 | 0,6 |
| Suecia | 23,1 | 14,3 | 2,4 | 0,8 | 0,3 |
| Italia | 41,8 | 28,3 | 7,5 | 1,5 | 0,4 |
| ESPAÑA | 43,9 | 36,7 | 8,5 | 1,3 | 0,4 |
| Francia | 26,7 | 20,4 | 5,4 | 1,2 | 0,4 |
| Promedio de países | 28,4 | 19,8 | 4,1 | 1,1 | 0,5 |
| Diferencia de España y Promedio | 15,5 | 16,9 | 4,4 | 0,2 | 0,0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de HMDB, Salvo España 1863-1970 y 1900-1901: Fausto Dopico y David Reher (Nota: Esperanza de vida para ambos sexos)

Estas dificultades que atravesaba el país están estrechamente relacionadas con la situación socioeconómica de entonces, con un escaso nivel de infraestructuras tanto sanitarias como de transporte así como el del bajo nivel de educación.

Ya a finales del siglo XIX como a principios del siglo XX empezó a generarse una corriente de médicos e higienistas que proponían una política sanitaria enfocada en mejorar la situación. Todos estos hechos motivaron un lento cambio de actitud, que al final se tradujo en un cambio cultural muy relevante, que salía de esa resignación establecida en las familias de muerte de sus hijos y luchar contra esta lacra.

Este cambio a mejor en todos los parámetros de salud a los que hacemos mención se conoce en los libros científicos vinculados a la demografía como “Transición epidemiológica” la cual sucedió en la mayor parte de Europa Occidental. Ello consistía en una reducción en la mortalidad relacionada con las epidemias e importante bajada de la mortalidad infantil, hecho que está muy relacionado con las enfermedades de tipo infecto-contagiosas. Un dato relevante que avala esta mejoría es la reducción en un 50% de la mortalidad infantil en España entre 1870 y 1930, circunstancia que también se dio en otros países como Inglaterra e Italia (Sanz Gimeno 2000a). Esta teoría de la Transición epidemiológica” fue elaborada por Abdel Omran en 1971, la cual señala un

proceso de cambio del que altas tasas de mortalidad, sobre todo en edades jóvenes y principalmente enfermedades infecciosas, pasa a índices de mortalidad muy bajos, vinculados a personas mayores y mayoritariamente de tipo crónico. Este hecho sucede con los procesos de modernización de la sociedad, los que tienen lugar de forma paralela a esta transición epidemiológica y está muy vinculada a las mejoras en los sistemas de salud y en las intervenciones médicas.

Esta transición también se ve reflejada en la mortalidad existente en las ciudades y en las zonas rurales que durante el primer tercio de siglo ya era mayor en las ciudades (Conocida como penalidad urbana "urban penalty" o "urban graveyard effect"), literatura sobre este proceso Robert Woods 1991 y Gerry Kearns 1989 que en las sucesivas etapas cambiaría de signo, por una mejora general de las urbes.

Para nuestro estudio también es interesante el concepto de Transición sanitaria", que se relaciona con la atención sanitaria y más concretamente en cómo se organiza el sistema de salud. Hablamos de sistemas de salud modernos, con un aumento progresivo del gasto y las prestaciones sanitarias (Julio Frenk et al 1991, Elena Robles González et al 1996). Esta transición sanitaria refleja también al cambio en la percepción de las preocupaciones sociales, que pasan de estar más enfocadas en evitar la mortalidad dirigiéndose más hacia la salud.

Por último, mencionar la explicación que hace Thomas McKeown respecto a la caída de la mortalidad. En su libro sobre el crecimiento moderno de la población dice que la reducción de la mortalidad se debe más a los avances económicos y sociales de la época que a las intervenciones concretas en salud pública o médica (Thomas McKewn 1978). Cualquier factor relevante relacionado con la caída de la mortalidad tiene un alto coste público o privado, pudiendo una sociedad rica abordar con mayor rapidez y facilidad que un país con pocos recursos. Existe una correlación negativa entre el producto interior bruto por habitante (PIB per cápita) y la mortalidad del país. Mayores niveles de riqueza, deben de corresponder a índices de mortalidad cada vez menores. Este hecho se ve con claridad en el caso español.

En España, como estamos viendo, es a principios de siglo XX cuando empieza a caer la mortalidad. Con algunas interrupciones por el camino, como puede ser la guerra civil española, esta tendencia en este índice se produce de forma clara y constante hasta los años 60. Por aquellas fechas nuestro país no se podía considerar rico y estaba muy lejos de los niveles del norte de Europa. Se produce en este periodo la ya mencionada

transición epidemiológica, siendo evidente en los sesenta, pero se prolonga hasta finales del siglo XX.

Con los datos que tenemos de causas de defunción en España. Se puede observar que las causas de defunción a principios de siglo estaban dominadas por las enfermedades de tipo infecciosos. Este peso de las enfermedades infecciosas, sobre todo en la primera mitad de siglo en España denota el atraso estructural de la sociedad de aquella época y las dificultades que ello tenía para dar respuesta a ese panorama. Sin embargo, a principio de los 60 la situación era completamente diferente, formando las defunciones de tipo infeccioso solo el 17,6% del total de las defunciones (Moreda et. al. 2015). Las enfermedades de tipo respiratorio representaban el 12%. En 1962 el cambio se plasmaba en el predominio de las enfermedades del aparato circulatorio que pasaron de ser menos del 12% en 1905 a ser mas de un tercio del total de las defunciones a principios de los sesenta (Moreda et. al. 2015). En esa década ya la importancia del cáncer como causa de muerte es ya relevante pasando del 1,7% al 13,6% del total de defunciones.

TABLA 2

Peso relativo por 100 de las causas de defunción den la mortalidad total⁸

| CAUSA | 1905-1906 | 1931-1932 | 1962 |
|----------------------|-----------|-----------|------|
| Diarrea y Enteritis | 14,6 | 11,5 | 1,6 |
| Otras enfermedades | 11,3 | 5,6 | 3,2 |
| Infecciosas | | | |
| Epidémicas | | | |
| Otras enfermedades | 4,6 | 1,7 | 0,6 |
| Infecciosas infancia | | | |
| Enfermedades del | 16,2 | 18 | 10 |
| aparato respiratorio | | | |
| Enfermedades del | 11,7 | 23 | 33,4 |
| aparato circulatorio | | | |
| Cáncer y tumores | 1,7 | 4,3 | 13,6 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, Movimiento natural de la población

⁸ Peso relativo (por 100) y tasas de mortalidad por causa de muerte (x 100.000 habitantes) en España en varias fechas.

El importante aumento de los fallecimientos por enfermedades de tipo circulatorio y por cáncer, están relacionados con la longevidad de la población, la mejora en los diagnósticos y cambios en los estilos de vida propios de sociedades más modernas. Esta tendencia observada de aumento del peso de estas enfermedades tiene su raíz en los malos hábitos de una parte importante de la población, relacionados con formas de vida poco saludables, entre otros factores (John Cairns 1981, Geoffrey Bourke 1983).

Estas últimas enfermedades son que explican el grueso de la mortalidad actual son del tipo no transmisibles y con carácter crónicos (Abdel Omran 1971).

Este nuevo tipo de enfermedades que iban a ser principal causa de muerte eran de difícil tratamiento y erradicación, suponiendo un reto muy diferente al de las enfermedades infecciosas. Esta nueva circunstancia hará los avances en salud mucho más costosos en términos económicos, necesitando nuevas tecnologías, que llegarían de forma mucho más gradual.

PRINCIPALES CAUSAS DE MEJORA DE LA POBLACIÓN

Como hemos mencionado con anterioridad son varias los motivos que han generado esa mejora en la población española durante el siglo XX, no existiendo total consenso en cuál es la principal. Lo que se observa con claridad es el declive en la mortalidad por las enfermedades de tipo infeccioso y el aumento relativo de las enfermedades de tipo no transmisibles, como las crónicas y degenerativas, dando un cambio completo del perfil de la mortalidad en el país. Las enfermedades que tenían la hegemonía a principios de siglo como la diarrea, la enteritis (de tipo digestivo) o enfermedades del aparato respiratorio (Como la bronquitis, la neumonía y la tuberculosis pulmonar), pierden la hegemonía como agentes principales de defunción. Precisamente es la disminución de enfermedades como diarrea, enteritis y otras de tipo digestivo lo que produce una reducción importante de la mortalidad infantil en España, siendo la lucha contra la enfermedad infecciosa el eje vertebral de la reducción de la mortalidad en general (Moreda, Gimeno, Reher 2015). Este hecho demuestra los avances en materia de higiene y sanidad, así como de cómo de la nutrición, la dieta y los cuidados maternos.

Los ingresos o capacidad económica de la población son importantes sobre todo en lugares donde la mejora de la salud requiera una mejor nutrición, caso de España

durante todo el siglo XX. Para mejorar la nutrición, la gente necesita dinero, para que haya una mejor calidad de agua o sistema de alcantarillado, el gobierno necesita dinero (Deaton 2015).

La mejora en la nutrición ya se venía observando desde finales del siglo XIX y viene constatando por una tendencia general al alza de la estatura que continuará durante todo el siglo siguiente. No existe duda de la mejora en la nutrición y que la gente con el tiempo se ha hecho más alta, más fuerte y sana (Deaton 2015), circunstancia que se puede observar en todos los países del entorno.

Este factor nutricional va a tener aun más importancia en la segunda mitad del siglo muy vinculado a la mejora socioeconómica y las condiciones de vida en general. Según varios demógrafos e historiadores afirman que son precisamente estos avances en el ámbito social y sanitario los que contribuyeron de manera decisiva a aumentar las probabilidades la supervivencia de los hijos sobre todo en las familias españolas.

En esta primera fase de siglo la bajada en la fecundidad de las familias también tiene relevancia ya que ello permite una reducción del hacinamiento y una atención mayor por parte de los padres de sus hijos. Esto se traduce también en una mejora general del estatus nutritivo y de toda la unidad familiar (Etienee Burnet 1932, Thomas M. Daniel 1997).

A partir de la década de los cincuenta la mejora de la población viene relacionada con la aparición de las distintas vacunas, fármacos, antibióticos y de las técnicas diagnóstico. Los antibióticos tuvieron mucho existo en la reducción de las enfermedades del aparato respiratorio de tipo infeccioso, que antes de su aparición en 1950 era muy difícil de luchar por ser de transmisión aérea y era muy difícil evitar el riesgo de contagio.

A la mejora en la nutrición y el progresivo descenso del número de niños por el descenso de la fecundidad hay que destacar la importancia de en la mejora de la educación, relacionadas con las campañas de salud pública orientadas a concienciar a la población española. Estos cambios y mejoras en la educación empiezan a notarse más en el último periodo de la Restauración. Según los investigadores Moreda, Reher y Gimeno, estas mejoras basadas principalmente en la educación, eran sostenidas por el moderado pero continuó crecimiento económico del periodo, siendo este tipo de medidas en general, bastante baratas. En este sentido, en la década de los cuarenta, decía el director general de la Sanidad José Alberto Palancaen 1947:

<El reducir la mortalidad infantil es empresa facilísima y difícilísima al mismo tiempo. Facilísima, porque es la lucha sanitaria que exige menos dispendios. Sus gastos son moderados. No necesita instalaciones complicadas ni costosas. Lo único indispensable, eso sí, es personal técnico auxiliar bien instruido, entusiasta y tenaz. Pero es difícilísima porque requiere aumentar la cultura de todos. ¡Ahí es nada! De los médicos en primer término, de las madres después, del pueblo, por último, y hasta de las mismas Autoridades>⁹

En este periodo es destacable que dentro de esas mejoras, se produce un progreso en las condiciones de vida en general. Estos cambios se notaron de forma más rápida en las zonas urbanas antes que en las rurales, motivados también por un mayor nivel de inversión en saneamiento y salud pública. Como decía Gregorio Núñez en 2001 “La modernización de las ciudades avanzó, incluso vigorosamente, durante las tres primeras décadas del siglo XX”.

No existen muchos datos que se puedan utilizar para cuantificar el esfuerzo que las grandes ciudades acometieron en cuanto a gasto de tipo sanitario durante el primer tercio de siglo, pero si existen algunos datos aislados de gasto municipal en 1906 para ciudades como Madrid, Barcelona u otras ciudades (Véase Gregorio Núñez 2001). En él se desglosan el porcentaje de los presupuestos totales que se destina a partidas importantes como abastecimiento de agua potable o saneamiento urbanos. Datos similares se consiguen para 1918 por el ingeniero Francisco Gomes de Membrilla con el título “El problema sanitario en España”. Para autores como Salvador Salort 2008, la inversión en materia de higiene y salud pública en las grandes urbes tiene una consideración muy elevada en la caída de la mortalidad. Destacable en la consecución de estos incrementos en niveles de vida estaba el hecho de una mayor cobertura sanitaria de la población por parte del sistema de salud, con el establecimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad 1944, antesala de la Seguridad Social¹⁰ que más adelante desarrollamos con más profundidad. Un dato relevante al respecto el gran número de maternidades y consultorios gestionados por el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) a mediados de los años 50 o la cobertura de asistencia a cargo de la Seguridad Social de los años sesenta, atendiendo a más de la mitad de los partos anuales

⁹ Juan Bosch Martín (1947) En su discurso, Bosch Martín veía una clara correlación entre analfabetismo y la mortalidad infantil en la primera mitad del siglo.

¹⁰ Fue la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 la que reguló su funcionamiento.

(unos 330.000, diez veces más que en los años treinta), explican el continuo y veloz declive de la mortalidad infantil neonatal – una caída de un 66% en la primera mitad del siglo XX- y de la mortalidad materna relacionada con el parto, sobre todo entre 1932 y 1962 (Enrique Perdiguero Gil 1993 y Esteban Rodríguez Ocaña 2006).

La puesta en marcha de la seguridad social 1963-1967 pone un protagonismo creciente al Estado en la lucha e implicación de la salud de la población, con una medicina hospitalaria a gran escala, con una gran inversión en tecnología médica sofisticada. El coste ha sido muy elevado, pero con un éxito, que ha colocado a España entre los países con menor tasa de mortalidad del mundo (Moreda, Reher y Gimeno 2015).

Si bien es cierto del éxito que ha tenido España durante todo este último siglo XX y que los logros son incuestionables en materia de lucha contra la alta mortalidad y en defensa de la salud, aparecen dudas sobre el modelo de salud y bienestar que tenemos hoy en día por la gran longevidad de de la población. Ello podría hacer que no fuera sostenible en el futuro.

CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO Y MARCO LEGAL

En este apartado mencionamos las cuatro principales normas vinculadas a la sanidad, que más relevancia tienen y más han podido aportar a lo que se refiere a la organización del sistema y prestaciones sin incluir las vinculadas a la seguridad social que se mencionan más adelante.

Leyes que formaron la base del sistema sanitario:

Ley de sanidad de 1855

La primera norma que regula la sanidad es la ley de sanidad de 1855. Se considera el primer marco organizativo español. Tiene sus pilares en la obra del diputado liberal Seoane y nos ponía a la cabeza de los textos legales europeos, solamente la ley de Salud inglesa se había aprobado 7 años antes.

La norma contempla por primera vez un órgano administrativo centralizado en materia de sanidad, como es la Dirección General de la Sanidad, que perduraría durante más de 120 años hasta la creación del Ministerio de Sanidad. Define los problemas sanitarios que afectan a la población (higiene pública, vacunaciones, cuarentenas, sanidad mortuoria, baños termales, etc.) encargando la responsabilidad de las mismas a la Dirección General de la Sanidad, dependiente del ministerio de la Gobernación. (Segovia de Arana, 2006). También se formaron un consejo de sanidad, juntas locales y provinciales de sanidad y una beneficencia pública dependiente de las Diputaciones provinciales. Esta ley le atribuye al Estado la función pública de la sanidad, ya que estas cuestiones afectaban al orden público por las epidemias y enfermedades que se daban. Esta función pública que se le atribuye al estado no tiene un gran desarrollo en esta ley para algunos autores como Segovia de Arana.

Establece en los artículos 64 y 65, la obligación por parte de los municipios de prestar asistencia medio-farmacéutica para las familias pobres del lugar y atender los asuntos de higiene pública.

A partir de la primera ley de Sanidad de 1855, en España se van delimitando dos campos sanitarios de actuación; el de la sanidad general y otra el de la atención individual. La primera comprende la higiene y la salud pública, sanidad exterior, etc., y se encomienda al Ministerio de la Gobernación.

Instrucción General de la Sanidad (1904) (IGS)

Es la segunda norma que regula la sanidad. Propuesta por el titular de Ministerio de la Gobernación Antonio Maura. Decretada por un gobierno conservador, ante la imposibilidad de en sucesivos años (1882, 1892,1899) de renovar la Ley sanitaria de 1855 (Cardona, Álvaro 2005). Se le otorga una mayor trascendencia al ser un texto más largo y concreto en la legislación internacional del periodo, fundamental en el desarrollo durante las dos primeras décadas del siglo de la nueva sanidad que se estaba poniendo en práctica. Algunos autores le dan una gran importancia. “La piedra clave en la organización de la sanidad” (Rodríguez Ocaña, 2000).

Esta normativa va a durar 40 años y va a mantener la estructura organizativa de la anterior ley, pero va a organizar con más detalle los aspectos de la sanidad pública, de la

higiene municipal y de las diputaciones. Supuso la organización de un servicio sanitario permanente, de higiene y prevención en el interior.

En esta línea, la reforma sanitaria va a tender a buscar una mayor especialización de los órganos que forman la estructura sanitaria. “Con ello se inicia el camino hacia la estructuración definitiva de órganos periféricos especializados en la gestión de asuntos sanitarios que vendrían a ser auténticas delegaciones de la Dirección General en provincias, aunque siempre que se mantuvieran sometidas a las órdenes del Gobernador” (Ateza, Juan 1995).

La instrucción general a parte de regular la línea ejecutiva y consultiva, añadió la de Inspección. La línea ejecutiva seguía ligada al ministerio de la Gobernación y la organización consultiva a través de los reales Consejos. Generalizó la figura de los Inspectores de sanidad, cuyas obligaciones eran vigilar el estado de salud pública. A los inspectores se les pagaba mediante un % de las multas impuestas.

El IGS modificó la estructura y el sentido de la vigilancia de la salud de las poblaciones, de modo que paso a tener prioridad el conocimiento de su estado habitual frente al tradicional miedo ante la amenaza externa.

Dentro de las actuaciones de la Instrucción general de la Sanidad a nivel local estaba la higiene municipal, esto es limpieza de calles, suministro de agua, evacuación de residuos, régimen sanitario de cementerios y mataderos, vigilancia higiénica de las escuelas, hospitales, control de los alimentos e inspección de industrias de riesgo para la salud pública (Perdiguero Gil 1993). Para algunos autores como Esteban Rodríguez de Ocaña la aplicación de la norma fue decepcionante en cuanto a la función de los inspectores provinciales, debido a que los ayuntamientos aprobaron los reglamentos correspondientes.

En ese periodo se crea el instituto de Higiene de Alfonso XIII, se organiza la sanidad exterior, se estructuran los colegios provinciales de médicos, farmacéuticos y veterinarios, y la asociación de médicos titulares.

La instrucción de 12 de enero de 1904, si bien siguió las directrices de la ley de 1855, no consiguió adaptar al país a los niveles de organización sanitaria de los demás países europeos, aunque su duración fue larga, debido a la lenta evolución de nuestras estructuras (Escribano Collado, Pedro “Derecho a la Salud”, Sevilla 1976).

Ley de Bases de la Sanidad Nacional 1944 y antecedentes

Para nuestro estudio es interesante también mencionar alguna de las iniciativas del gobierno Republicano a principios de la década de los treinta, conocida como “La reforma sanitaria Republicana”. En ella se produce un aumento destacable del Gasto sanitario en los presupuestos, debido a una mayor actividad legislativa y normativa (Huertas 2000). Entre otras la Ley de Bases de Régimen sanitario de 1934 y la celebración del primer congreso Nacional de Sanidad.

Situándonos ya después de la Guerra Civil, aparece la Ley de bases de la Sanidad 1944, que a pesar de mantener las características esenciales del modelo anterior a la guerra, reformo la organización sanitaria. Promovida por Blas Pérez González, ministro de la Gobernación es la tercera norma que regula la sanidad.

La Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944, centralizó y profesionalizo la sanidad bajo la dirección de Cuerpo Médico de Sanidad Nacional (Cardona, 2005).

Pretendió coordinar las dos redes sanitarias oficiales que habían ido surgiendo: Por una parte, la estructura sanitaria de diputaciones y municipios, organizada para la beneficencia social del cuidado de las personas indigentes y por otro lado los hospitales y dispensarios dependientes directamente del Estado para la cobertura de enfermedades consideradas grandes lacras sociales como enfermedades infecciosas, tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas, paludismo, reumatismo y cáncer.(Segovia de Arana 2000).La Ley de Bases mantuvo el concepto de beneficencia, incluyendo la enfermedad mental como patología propia de este colectivo (Sevilla 2006).

La Ley perduró otro medio siglo y en general cumplió sus objetivos, que se limitaban a la protección de la salud en términos estrictos, es decir sin acometer la asistencia en caso de enfermedad, salvo cuando se tratara de enfermedades de importancia sanitario- social o por falta de recursos. Por otro lado, la ley que pretendió regular globalmente el sector sanitario público, no ordenó ningún aspecto de la estatura que crece bajo el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que se creó dos años antes y que hablaremos de él en el apartado de seguridad social. Hace débiles consideraciones de tipo marginal a sus posibles actuaciones (Ateza 1995).

La Ley de Bases no se percató de la enorme fuerza expansiva y del absorbente desarrollo que el Seguro Obligatorio de Enfermedad, transformado luego en Seguridad

Social, iba a tener en la asistencia sanitaria del país, frente al inmovilismo y a veces situaciones regresivas de otras estructuras sanitarias públicas (Segovia de Arana, 2000).

“Esta asistencia sanitaria por enfermedad que se estaba organizando por parte del ministerio de Trabajo, llevo a un doble sistema con múltiples distorsiones que en algunos casos todavía perdura” (Ateza, Juan 1995).

Según Juan Ateza la Ley de Bases de 1944 no se cumplió, porque el Ministerio de Trabajo no incorporó los elementos o piezas que hacían referencia a la coordinación y porque sus propios proponentes perdieron interés.

Ley General de la Sanidad de 1986

Fue elaborada por el ministro de sanidad Don Ernesto Lluch, en el periodo del gobierno socialista y sustituyó a la ley de bases de sanidad nacional 1944. Se concibió para dar respuesta a los artículos 43 y 49 de la Constitución Española, que reconocen el derecho fundamental de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

La Ley General de Sanidad 14/1986 de abril es la base del proceso de reforma sanitaria española. La Ley estableció los criterios básicos de aplicación en todo el territorio, los cuales deberían ser desarrollados por las Comunidades Autónomas. Por ello se creará un Sistema nacional de Salud convenientemente coordinado por el Ministerio de Sanidad y el Consejo Interterritorial del sistema de Salud.

En el artículo 47 de la citada ley se crea el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, como el órgano permanente de comunicación de los distintos servicios de salud, entre ellos mismos y con la administración Estatal.

La ley busca que el acceso sea universal para todos los ciudadanos, aumentando la cobertura y transfiriendo gradualmente a una financiación mediante impuestos.

“La ley pasara a la historia por ser la que universalizó la asistencia sanitaria es España y permitió la libre elección de médico de cabecera y del pediatra, sentando las bases del actual Sistema Nacional de Salud” (Javier Granada Sevilla, 2011)

SISTEMA SANITARIO ASISTENCIAL

La estructura actual y el funcionamiento de la asistencia médica y sanitaria está muy relacionada con a la asistencia sanitaria de la seguridad Social y tiene mucho que ver con su posterior desarrollo. En este apartado vamos ver como se originó la seguridad social y la asistencia sanitaria. Desde cómo se formaron los primeros seguros obligatorios de enfermedad, alcanzando una gran dimensión, hasta la universalización de la asistencia médica a finales del siglo XX.

Las profesiones sanitarias actuaban dentro de una práctica oficial por funcionarios sanitarios o en el ejercicio libre de la profesión de forma independiente, según el tradicional modelo liberal. Los que ejercían esta práctica profesional libre, ponían en relación directa al médico con el enfermo, del cual recibía directamente los honorarios. Para los pobres que no pueden pagarse la asistencia médica existe una asistencia de tipo benéfica en hospitales y dispensarios encomendada a la beneficencia general del Estado y a las corporaciones locales (diputaciones y ayuntamientos) o instituciones de tipo religioso o cívico (Iglesia e instituciones caritativas) (Segovia de Arana, 2000).

El comienzo de siglo XX coincidió también con el despertar de la actuación autónoma de grupos privados, nobles y burgueses apoyando la instalación de centros de atención preventiva dirigidos a determinados causas de muerte especialmente enfermedades como la tuberculosis y la mortalidad infantil por causa alimenticia (Ateza 1995). La asistencia sanitaria se basaba en el sector privado con o sin ánimo de lucro, como la red hospitalaria de la Cruz Roja, excepto aquellas situaciones asumidas por el Estado, que incluían la asistencia de la beneficencia (aquellos que no tenían ningún recurso) o el tratamiento de ciertas enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis (Francisco Sevilla ,2006).

Formación de la Seguridad Social

La puesta en marcha y creación de la seguridad social 1963-1967 hace posible una mayor oferta médica y de personal sanitario, con un acceso cada vez mayor a hospitales y al sistema de salud en general.

La Seguridad Social obligatoria suele aparecer en los países europeos con la industrialización del país, por lo que en España, que tuvo un desarrollo industrial lento, no se desarrolló demasiado hasta la década de los setenta. El periodo de modernización e industrialización más relevante se produce en España con el Plan de Estabilización, que se lleva a cabo en los años sesenta y repercute en la economía del país durante las décadas siguientes con un crecimiento económico considerable. Sin embargo su preocupación y las bases institucionales se fueron produciendo a lo largo del todo el siglo XX. El seguimiento de los acuerdos internacionales como los de Washington, ya recomendaban la puesta en marcha de algunos seguros, como el de Maternidad.

Los antecedentes de la seguridad social hay que buscarlos en la Ley de Accidentes de trabajo de 30 de enero 1900 y en la creación del Instituto Nacional de previsión 1908. La ley de accidentes de trabajo es el primer seguro social que se crea en España y es el Instituto nacional de Previsión el que integra las cajas que gestionan los seguros sociales que van surgiendo (Fuente Ministerio de Trabajo).

Ya desde la ley de accidentes de trabajo nuestro país se inicia por la vía de los seguros obligatorios con financiación contributiva, según el modelo alemán. A finales del siglo XIX Bismarck estableció los primeros seguros obligatorios por enfermedad. El modelo de Bismarck, también llamado “Sistema de seguros sociales”, se inspiró en la legislación social alemana, del cual hablaremos de él en capítulos posteriores.

En nuestro país el primer seguro social que se establece con carácter obligatorio es el régimen de Retiro Obrero Obligatorio y fue en el año 1919. Después se fueron añadiendo otros varios más como el Seguro obligatorio de Maternidad (1929) y el Seguro de paro forzoso (1931). Después otros seguros se fueron incorporando, pero el de mayor relevancia fue la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Aprobado por ley el 14 de diciembre de 1942), precursor de la actual seguridad social y aspiración permite del instituto nacional de previsión. Se considera el primer sistema de cobertura sanitaria en España. A pesar de las limitaciones y adherencias políticas del SOE, muchos autores coinciden en los buenos efectos sanitarios y demográficos del seguro. Para el investigador Manuel Alonso Olea, el seguro obligatorio de Enfermedad fue verdaderamente revolucionario, otorgándole un gran impacto sobre la salud y la esperanza de vida de los españoles si no fuera por las prestaciones sanitarias que proporciono.

Seguro obligatorio de Enfermedad (SOE) 1942.

En las primeras décadas de la posguerra, la intervención médica se había desarrollado mucho principalmente por la extensión del Seguro obligatorio de enfermedad (Rodríguez Ocaña 2000). La constitución del Seguro Obligatorio de enfermedad tuvo gran relevancia en la formación de la asistencia sanitaria en España, ya que se acabó imponiendo como sistema principal de la sanidad, relegando al resto de los sistemas de cobertura, y su concepción y estructura organizativa se han mantenido, a pesar de los sucesivos intentos de reforma realizados. pag11 a (Sevilla 2006).

El seguro se financiaba mediante contribuciones de empresarios y de trabajadores al igual que se hace hoy en día en Alemania. Su campo de aplicación eran las personas mayores de 14 años con salario anual inferior a las 9000 pesetas, base que en años sucesivos fue ampliándose hasta alcanzar las 66.000 pesetas anuales en 1963; desde el punto de vista nominal, que no real, cuando se actualizan con la inflación.

En este entorno el SOE se concibió como un sistema de protección complementario para cubrir los gastos derivados de la enfermedad, tanto los jornales perdidos, como los derivados del coste de los servicios sanitarios. (Sevilla 2006).

A pesar de que la cobertura del seguro de enfermedad estaba enfocada a un colectivo en concreto, alcanzaba a 7,7 millones de ciudadanos solo cuatro años después de su creación, que suponía el 28,5% de la población en 1946 y se extendió hasta los 15,6 millones que suponía el 49,7% de la población 1963. Esto tiene también mucho que ver con el crecimiento de la población, ya que las condiciones reales para poder ser asegurado no variaron.

La asistencia sanitaria cubierta por el seguro de enfermedad era exclusivamente reparadora, incluía la hospitalización quirúrgica y obstétrica, pero no lo médica ni la de las enfermedades psiquiátricas. El servicio farmacéutico era gratuito dentro del petitorio e incluía una prestación económica sustitutiva de la pérdida de la jornada por enfermedad. La gestión del Seguro obligatorio de enfermedad se encomendó a la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, integrada en el Instituto Nacional de Previsión en calidad de entidad aseguradora única, pero podía ser delegada en entidades

colaboradoras. A pesar de que el Seguro Obligatorio se concibió como un seguro unitario, esto dio lugar a una gran complejidad administrativa.

El final de la década de los cincuenta va a ser muy importante para la protección social y la asistencia sanitaria en España. El Instituto nacional de previsión asumió en 1957 la realización del Plan Nacional de Seguridad Social, que daría lugar al proyecto de ley de Bases de la Seguridad Social y lo que hoy en día llamamos seguridad social. La ley de Bases aprobada el 20 de diciembre de 1963 tenía como uno de sus principales objetivos la unidad organizativa, sin embargo confirmó la fragmentación del sistema inicial de protección social.

El régimen general se creó para los trabajadores por cuenta ajena, pero se respetaron muchos de los esquemas de protección que ya existían, como el de los estudiantes, y se facilitó el desarrollo de otros nuevos, como el agrario o el de la minería del carbón, al crearse los llamados regímenes especiales diferenciados del régimen general (Bases III y XVII de la Ley de 1963). Estos regímenes varían entre sí en los requisitos para la afiliación, la financiación, los servicios y prestaciones establecidos.

Según Segovia de Arana la Ley de Bases de la Seguridad Social supera los esquemas propios del seguro del seguro de enfermedad, introduciéndose un concepto más moderno de Seguridad Social. Se produce así un cambio no solo cualitativo, sino también cuantitativo de las prestaciones sociales. La Ley de Bases de la Seguridad Social consolidó la diferenciación entre enfermedad profesional y accidente de trabajo por un lado y la de enfermedad común y accidente no laboral. Esta Ley dejó el concepto de asistencia sanitaria inicial y no modificó la organización ni gestión del Seguro Obligatorio por enfermedad. Las aportaciones de la nueva ley fueron de forma resumida:

- a) La eliminación del petitorio en farmacia y de la gratitud de la prestación farmacéutica (Al mismo tiempo se consolidó la libertad de prescripción, durante mucho tiempo demanda por los médicos y por los farmacéuticos, se introdujo el copago por parte de los usuarios.
- b) Aumentaron de las prestaciones para añadir la hospitalización médica.
- c) La ortoprotesis fue regulada.

La aparición de la seguridad social va a suponer constatación de un sistema inspirado en los principios y criterios organizativos del seguro obligatorio, ampliando

de forma clara su cobertura del 64% de la población (21,4 millones) en 1970 hasta el 82% en 1978. Estos datos son validos para los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad. La Ley 24/1972 de financiación y perfeccionamiento de la seguridad social facilitó el acceso a todos los trabajadores por cuenta ajena, sin ser los niveles retributivos un factor limitante.

Este modelo de Seguridad Social combinado con Asistencia privada y Beneficencia pública, estuvo vigente hasta la Constitución Española de 1978. Desde 1942 hasta 1978 la asistencia sanitaria mejora de forma clara, si bien existían desigualdades en salud de cierta relevancia.

La Constitución Española define el modelo organizativo y político del país y cambia entre otras el alcance en materia de Salud, al reconocer en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas de las prestaciones y servicios sanitarios. La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977 fortaleció la expansión de los aspectos sanitarios de la Seguridad Social, cuya gestión se encomienda al INSALUD, una de las tres grandes entidades gestoras (con el INSS en las prestaciones económicas y el INSERSO en las sociales). Con la constitución de estas entidades desaparece el Instituto Nacional de Previsión en virtud del Real decreto Ley de 16 de noviembre del 1978.

La constitución conformó el Estado, como el Estado de las Autonomías, atribuyéndole a estas las competencias relacionadas con la sanidad nacional, mientras que el Estado mantenía las de la seguridad social. De esta forma se pusieron las bases para un sistema políticamente descentralizado. Las materias de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional pasaron a ser competencia de las Comunidades autónomas por el dictado de la Constitución. Por otro lado, se iniciaron las transferencias de asistencia sanitaria como consecuencia de la construcción del Estado de las Autonomías. En 1981 comienza el proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria de la seguridad social a la Generalidad de Cataluña (Se creó el Instituto Catalán de salud como entidad gestora de la seguridad social en el territorio asignado). A esta le siguen otras transferencias a las comunidades autónomas del País Vasco, Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana, Navarra y Canarias, llegando la transferencia al resto de Comunidades poco tiempo después. Fue el artículo 151 el que abrió el camino para la transferencia de estos asuntos a todas las Comunidades Autónomas.

Se ha podido comprobar que en el periodo de la transición a la democracia en España existían diferentes sistemas de protección con financiación pública, distintas redes asistenciales y las mutualidades laborales que asumían las enfermedades profesionales y el accidente laboral, ello complicaba mucho la gestión y la eficiencia del sistema.

Cambio de sistema con la Ley General de la Sanidad 1986

Hasta la ley General de Sanidad de 1986 el sistema sanitario español se caracterizaba por estar constituido por un gran número de redes asistenciales que en muchas ocasiones tenían funciones superpuestas, con la consiguiente ineficacia, desorganización y despilfarro de recursos. Existían hasta 19 centros directivos de diferentes ministerios con competencias sanitarias.

En abril de 1986 se aprueba la Ley General de la Sanidad, que establece un cambio muy relevante en la filosofía política de la asistencia medico sanitaria, ya que se transforma de un sistema de seguridad social a un sistema nacional de salud, en el que se integra el resto de redes asistenciales existentes.

La ley general de Sanidad establece la universalidad de la asistencia sanitaria para todos los españoles, asistencia que ya no se financiara con las cuotas de la seguridad social, sino a través de los presupuestos generales del Estado. La transición en la forma de financiación se produjo en varios años, siendo completa a partir de 1999.

El Sistema Nacional de Salud no reemplazó a la seguridad Social como nueva forma de organizar la protección de la salud, sino que se superpuso a ella. Así, el nuevo texto de la Ley General de la Seguridad Social aprobada por real decreto en 1994 mantiene vigentes todas aquellas normas relacionadas con las prestaciones sanitarias.

Esta estructura del Sistema público de salud español que emana de la Ley general de la Sanidad es la base del sistema que tenemos en la actualidad. El modelo que tenemos ahora es semejante al de otros países como el Reino Unido (que describimos en capítulos posteriores) con cobertura universal y financiado a través de impuestos.

UN SIGLO DE MUCHO ÉXITO

Los datos analizados por los historiadores demuestran los cambios a mejor que se han producido en España en cuanto a los principales indicadores de la salud durante todo el Siglo XX. Este hecho relevante ha seguido una pauta general de los países de su entorno de Europa Occidental, que forma parte de un cambio en lo institucional, económico y social. La sociedad española paso a considerar ya durante el primer tercio del siglo la salud como un asunto de Estado y autores como Martínez Navarro (1994) llega a la conclusión de que todo el siglo XX representa un esfuerzo continuado de renovación de la salud pública española, y menciona el importante acuerdo en formación de sanitarios llevado a cabo entre la Fundación Rockefeller y el Gobierno Español.

Evidencias de este esfuerzo es el claro proceso de institucionalización que se da sobre todo a partir de los años 20 y el seguimiento de las novedades del movimiento sanitario internacional.

Los datos analizados evidencian también que el sistema de salud español arrastraba un retraso a lo largo del periodo debido a la mala situación del que partía. Esto se manifestaba con la falta de recursos y la lentitud e incumplimiento de la normativa aprobada, sobre todo en el primer tercio del siglo XX.

Existe consenso entre los historiadores de la medicina y la salud pública de las importantes deficiencias en cuanto a falta de recursos y personal capacitado. Sin embargo esta situación de atraso respecto a otros países se fue recortando a lo largo del siglo hasta alcanzar un importante grado de convergencia “Cuch up”¹¹ en los principales indicadores, respecto a los demás países avanzados. Como decía el investigador Esteban Rodríguez Ocaña en el año 2000. “El proceso de modernización sanitaria de España se llevo a cabo de forma entrecortada, si bien sus líneas estratégicas coincidían con las que habían impulsado las legislaciones sanitarias europeas desde el último cuarto de siglo anterior”.

Existe un grupo importante de investigadores que consideran que es el crecimiento económico del periodo como uno de los principales factores que se encuentran detrás de la caída en la mortalidad en España, seguidos del aumento de la eficacia del Estado y las novedades introducidas en el sistema sanitario. El factor económico se le otorga un peso elevado en la caída de la mortalidad porque además de influir en la vida y salud de las

¹¹ término inglés que hace referencia a la convergencia en entre países pobres y ricos

personas, tiene una importante incidencia en otros factores, como la organización del Estado, mejora de las infraestructuras o lo que es la nutrición de la población.

Especial mención se le concede a la mejora en la eficacia de las intervenciones sobre todo en el segundo tercio del siglo. Es en este periodo donde la población pasa de una situación de miseria a un nuevo estado más propio de sociedades desarrolladas. Coincide también con la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad y la Ley de Bases de 1944. Precisamente es en este periodo donde se produce una mayor caída en la mortalidad, que se moderara en las etapas posteriores a pesar de la puesta en marcha en los años setenta del Estado de Bienestar. Este estancamiento en los parámetros de esperanza de vida y mortalidad, vienen a demostrar, que la salud tiene unos rendimientos decrecientes (Observado también en otros países).

Como dato a destacar del periodo nos encontramos con una importante mejoría en la mortalidad infantil que se produce a partir de los años cuarenta, que no son precisamente los años de mayor incremento de gasto sanitario. Esta mejoría tiene que ver con acumulación de saberes y experiencias de etapas anteriores y a un verdadero avance en la información sanitaria. El que en esas fechas todavía no se hubiera impuesto el nuevo régimen de medicamentos o estando el sistema sanitario aun por consolidarse, confirma la importancia de estos factores. Cabe también destacar que esta importante caída en la mortalidad que se produce a mediados de los cuarenta y principios de los cincuenta se produce en muchos países, demostrando la clara internacionalización del proceso.

Como ya se viene mencionando a lo largo de todo el capítulo, las enfermedades de tipo infeccioso que son las que dominan las primeras décadas del siglo y principales causantes de la mortalidad, pasan a tener como el resto de países de su entorno, una relevancia menor, gracias a la lucha llevada a cabo con la vacunación, crecimiento económico y antibióticos, entre otras. Este éxito en la lucha contra las enfermedades infecciosas que se culmina en los sesenta, da paso al predominio de otras enfermedades de tipo crónico y degenerativo, que serán las principales causantes de la mortalidad y están más vinculadas a la longevidad de la población de finales de siglo, que al vivir más, se acentúan este tipo de enfermedades.

La transición en la mortalidad tuvo grandes implicaciones en la sociedad española. Se considera uno de los principales éxitos y signos de modernización. Pero esta transición tuvo un efecto muy considerable para las políticas de salud y para el sistema sanitario en general. Con una mucha mayor eficacia del sistema y profesionalización en la segunda

mitad del siglo XX se empiezan a utilizar tecnologías nuevas y como consecuencia lógica de todo este proceso, se fue dando una notable medicalización de las personas.

Uno de los grandes y de los principales cambios, que es motivo de este estudio en este trabajo, está relacionado con el coste de las intervenciones de la política sanitaria con este nuevo escenario. En la primera mitad de siglo las acciones iban encaminadas contra la lucha de enfermedades infecciosas, que estaban más concentradas en los primeros años de vida y su coste era relativamente barato. Estas intervenciones estaban enfocadas en a la educación de las madres y otras acciones de tipo social y sanitario puntuales. Estas intervenciones generaban un alto rendimiento a un bajo coste económico. Sin embargo a finales del siglo XX cuando las enfermedades crónicas empiezan a predominar entre las personas adultas y ancianas, el gasto sanitario se dispara, principalmente por el alto grado tecnológico necesario para llevar a cabo estas intervenciones.

El importante proceso de envejecimiento de nuestra población y los grandes costes que se enfrentan hoy en día los sistemas de salud como el español, ponen en grandes aprietos el modelo actual sanitario que tiene neutra sociedad. Este serio problema para el Erario público es compartido por otros países de nuestro entorno que serán estudiados en los siguientes capítulos y su experiencia servirá de base para posibles propuestas a incorporar en el sistema público español.

CAPITULO II

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

Resumen: El sistema sanitario público español es uno de los sistemas europeos que más ha mejorado en el último siglo en cuanto a resultados sanitarios, sin embargo está expuesto a los riesgos de una atención sanitaria gratuita en el punto de atención y una financiación a través de impuestos. En los últimos años el gasto no ha parado de crecer salvo en el año 2012, fecha en la que se incluyeron alguna de las medidas urgencia para mantener el sistema durante la crisis.

Si nos fijamos en las principales reformas que se han realizado desde la transición democrática, la transferencia de la sanidad a las comunidades autónomas y la universalización de la sanidad a través de la Ley General de la Sanidad de 1986, ninguna de ellas se ha hecho con motivo de mejorar la eficiencia y la calidad. La sobrecarga de algunos de los servicios incluidos en la cartera pública, hacen necesario realizar más reformas para mantener la calidad a un coste viable.

Palabras clave: Reforma sanitaria, sistema público de salud, pago por resultados, eficiencia, países OCDE.

CAPITULO II

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

Hasta el momento hemos visto la evolución y los buenos resultados que ha tenido la sanidad en España en el último siglo XX. Se puede decir que se ha tenido un gran éxito en la reducción de las enfermedades infecciosas y los índices como esperanza de vida al nacer o la tasa de mortalidad, que han mejorado mucho hasta alcanzar los niveles más altos de los países de nuestro entorno. Estos logros que son indudables, no garantizan que nuestro sistema público vaya a seguir estando entre los mejores si no se toman medidas a tiempo. De hecho esta circunstancia parece estar cambiando según varios organismos internacionales como la OCDE.

En el último informe de sostenibilidad fiscal de los sistemas sanitarios llevado a cabo por la (OCDE), este organismo alerta que el presupuesto que se destina a esta partida sigue siendo insuficiente, por lo que no se podrá garantizar el nivel de salud actual en los próximos años, si no se acometen grandes reformas. Así mismo sucederá con la adquisición de innovación tecnológica. Siendo esto así requerirá un trabajo exhaustivo conjunto entre el Ministerio de Sanidad y el de Hacienda.

En este capítulo vamos a realizar una descripción del sistema sanitario español, analizando desde sus características, hasta las últimas reformas que se han realizado.

En general las reformas que se han llevado a cabo en el sistema sanitario público español no han sido realizadas por motivos de una mayor eficiencia económica, sino más bien por motivos políticos o de equidad. Esta circunstancia hace necesario que se realicen cambios estructurales que están pendientes ya desde hace bastante tiempo, para que el sistema sanitario sea sostenible en los próximos años. En este sentido la introducción de algunos mecanismos de mercado podrían ayudar a resolver los problemas de un aumento descontrolado del gasto y de un deterioro de la prestación del servicio. Bajo este escenario se antoja también necesario que los políticos sean más selectivos a la hora de financiar prestaciones y que se fomente unos mecanismos de pago a proveedores en función de sus resultados obtenidos.

El desafío al que se enfrenta el sistema de salud público español en la actualidad es de otro tipo, más complicado de resolver, que pone en serio peligro esta evolución positiva

que hemos visto en el siglo pasado. Este éxito cosechado con una esperanza de vida muy alta y los avances conseguidos por la ciencia haciendo llevaderas enfermedades que antes no se podían tratar, modifica el panorama en su conjunto, haciendo muy difícil que mantengamos estos resultados sin hacer cambios en lo sucesivo.

En primer lugar las enfermedades han cambiado en estas últimas décadas, ahora son de tipo prominentemente crónicas¹², que requieren un tratamiento muy específico y durante mayor tiempo. Esto es lo que se ha hecho llamar como una tendencia hacia la medicalización de la sociedad. Por otro lado tenemos un sistema universal y gratuito que facilita que el crecimiento de la demanda pueda llegar a superar el ritmo de crecimiento de los recursos. Con todo esto, estamos abocados a una pérdida de calidad del sistema por una sobrecarga, conocido en la teoría economía como la Tragedia de los Comunes¹³. Como ya hacemos mención esta teoría viene a decir que cuando se mantiene constantes los recursos que se explotan y se ven sometidos a una carga de utilización excesiva, se produce un deterioro de esos recursos, hasta que se agotan.

Esta sobrecarga se puede ver reflejada en algunos de los servicios del sistema de salud, como es el caso de las urgencias de algunos hospitales en cierta época del año o también en el gran número de visitas que se producen al médico (Algunas de ellas no muy justificadas). Según Pablo Vázquez de FEDEA España encabeza en Europa el número de visitas al médico por parte de los habitantes con 8,1 visitas por año. La cuestión es, ¿cómo hacemos para que la población sea consciente de lo que cuesta este servicio y que se utilice de la mejor manera posible para mantener un alto grado de calidad?

En estos últimos años empezamos a encontrar datos que vienen a confirmar una bajada en la valoración del servicio público por los ajustes necesarios que se han tenido que hacer y que muy probablemente se tengan que seguir haciendo en el futuro. Estos resultados se pueden ver en los últimos Barómetros sanitarios que se han realizado en nuestro país.

En este sentido según estudios de la OCDE, los ciudadanos españoles opinan que los responsables políticos deberían adoptar medidas de tipo reguladoras, que impidieran el

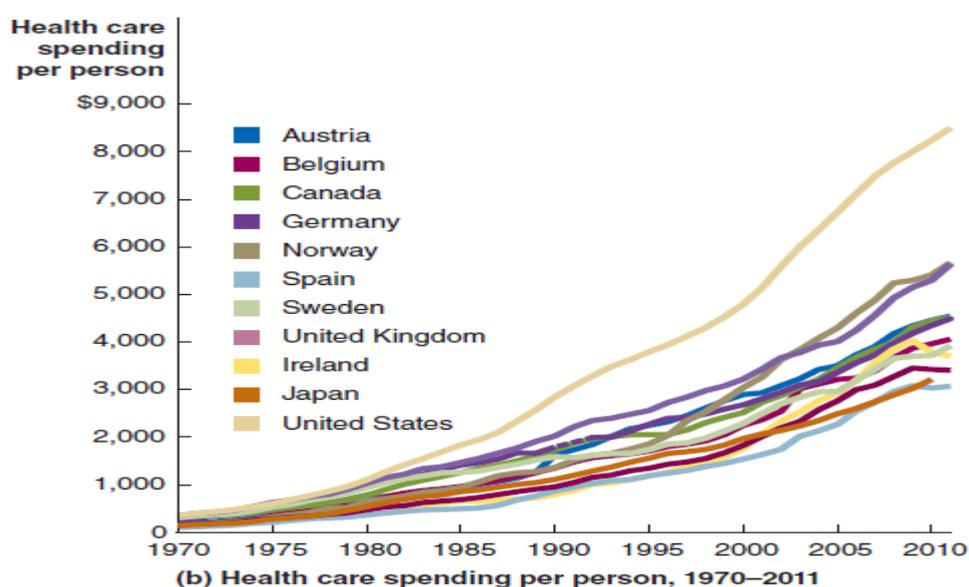
¹² Por ejemplo por los avances tecnológicos y de tratamientos que existen hoy, un porcentaje elevado de las enfermedades como el cáncer o de tipo degenerativo, se pueden tratar y muchas de estas dolencias pasan a ser de tipo crónico.

¹³ El dilema hace referencia al deterioro de un bien común por parte del comportamiento en su utilización por parte de individuos que buscando su propio interés, terminan agotando el recurso, a pesar que ello le perjudica a el y a los demás que también lo utilizan.

abuso en la utilización de los servicios sanitarios públicos para asegurar su calidad y funcionamiento.

Por otro lado, todos los países desarrollados se enfrentan a un crecimiento del gasto sanitario que puede llegar ser insostenible en algunos años de seguir así. La OCDE recuerda que, a pesar de la desaceleración del crecimiento del gasto sanitario por la crisis financiera, se espera que siga creciendo a un buen ritmo. En un informe publicado recientemente, estima que el gasto sanitario público pasara de ser el 6% del PIB en la actualidad, a un 9% en el 2030 y 14% en el 2060.

GRÁFICO 1. INCREMENTO EN EL GASTO SANIRARIO 1970-2014



Fuente: Hubbard, R., and O'Brien (2015)

Existen muchos factores que influyen en este crecimiento del gasto que afectan a todos los países de nuestro entorno, pero no hay un sistema idéntico y cada uno tiene sus particularidades como sucede en España con sus Comunidades autónomas.

La evidencia demuestra que a ciertos niveles de gasto, un aumento en recursos no genera mejores resultados. Cuando se llega a ciertos niveles de bienestar con altos niveles de esperanza de vida y de calidad en general, los rendimientos de en salud por cada unidad de recurso invertido, son claramente decrecientes. Esto ya lo observó Priceton en los setenta y lo analizaremos en este capítulo. Por este motivo el gran reto

está en donde invertir tiempo y dinero para mejor o mantener el nivel de calidad de los servicios sanitarios. Siendo esto así, aunque pudiera aumentar la financiación pública en el Sistema sanitario público, hace falta gastar mejor e introducir mecanismos que pudieran regular la demanda para mantener la calidad del servicio.

Como todos estos problemas son ya una realidad de nuestro sistema sanitario, la administración central, así como las comunidades autónomas han realizado ajustes para poder solucionarlo con resultados dispares. Desde la administración central las medidas han ido en dirección a un ahorro del coste de los medicamentos, incorporando el copago farmacéutico para algunas personas con determinados niveles de renta y a reducir la cobertura de algunos grupos. También desde este nivel de administración se han tomado medidas para reducir la tasa de reposición del personal sanitario para reducir gasto en esta partida.

Por parte de las comunidades autónomas, que son las responsables del gasto sanitario, para poder afrontar esta situación, han tomado dos tipos de medidas.

Por un lado aumentar las listas de espera, para contener la demanda y por otro destinar cada vez más dinero al gasto sanitario. Año tras año, se están generando importantes desviaciones presupuestarias, fenómeno conocido como el déficit sanitario, situación en la que administración central ha tenido que acudir al rescate. Según datos del ministerio de sanidad el déficit actual acumulado de la sanidad se encuentra en torno a 15.000 millones de euros, pero que según los expertos podría ser mayor por unas cantidades no contabilizadas que podrían sumar otros 22.000 millones según el diario económico cinco días. Esta circunstancia preocupante se produce a pesar del fuerte ajuste que se ha realizado por la crisis que ha situado el gasto sanitario público en un 5,8% del PIB en 2015. Para la mayoría de los expertos esta circunstancia es de tipo estructural y tiene cada vez mayor relevancia. Según el presidente de la comunidad autónoma de Extremadura Fernández Vara, el 60% del déficit de las autonomías es debido al mantenimiento de la sanidad, por lo que según su opinión:

“Si no fuera por el mantenimiento del sistema sanitario, las comunidades autónomas cumplirían todas con el objetivo del déficit”.

El mismo recuerda que España dedica en torno al uno por ciento del PIB más a la sanidad de lo que presupuesta e ingresa y que tradicionalmente se ha resuelto

traspasando contabilización y pagos de un año al siguiente. Esto es lo que vulgarmente se dice “dejar las facturas en el cajón” de un año para otro o hasta que exista un cambio en el gobierno y afloren aquellas que todavía no estaban contabilizadas.

Estas tensiones en el sistema se expresan en el retraso de pago a proveedores, que suponen deudas no satisfechas y algunas comunidades (Hasta cinco) acumulan más de 600 días por suministro de medicamentos a hospitales. Las cifras son muy dispares, desde los 725 días de Castilla y León o los 659 de Andalucía, hasta los 42 días de Navarra o los 159 de Extremadura. Estas cifras han podido mejorar últimamente un poco con el fondo de liquidez autonómico (Plan de pago a proveedores), pero se sigue incurriendo en los mismos errores, las comunidades autónomas siguen gastando más y luego con este mecanismo el Estado pone el dinero que falta. No hace falta decir, que cuando me refiero al Estado, me refiero a todos los españoles, que son al final los que van a pagar estas desviaciones vía subida de impuestos.

En muchas ocasiones detrás del aumento del gasto sanitario están las promesas electorales que hacen los partidos políticos, que no hacen un cálculo riguroso del coste de poner en práctica una mayor cobertura o un aumento en las prestaciones. Algunos prometen listas de espera similares a las de los proveedores privados, habitaciones individuales en los hospitales, o nuevas instalaciones con exceso de capacidad, entre otras. Si nos fijamos en los programas electorales de los cuatro primeros partidos nacionales durante la campaña a las elecciones generales del 20 de diciembre de 2015, todos ellos proponían medidas de eficiencia, pero también prometían más prestaciones.

La presión que el sistema mantiene para atender a todas las demandas de los ciudadanos es muy grande, que aumenta cada vez más cuando los niveles de vida de la población a los que atiende también crece. Para algunos autores estas necesidades sanitarias aumentan sin límites. A pesar de que se han conseguido una contención en algunos de los gastos, aparecen nuevas necesidades que dificultan este objetivo con frecuencia. Un ejemplo claro al respecto es la compra por parte del sistema de salud español del último tratamiento para enfermos de Hepatitis C. Es el caso del medicamento Harvoni y Sovaldi de la farmacéutica Gilead Science que tienen un costo por tratamiento de entorno a 94000 euros por paciente.

Dado el gran número de personas afectadas y el precio del medicamento, han hecho tambalear las cuentas del sistema público, siendo según varias fuentes, el causante del exceso de déficit que han presentado las comunidades autónomas durante este último

ejercicio. España es el país de la Unión Europea que más pacientes ha tratado con estos medicamentos, llegando a más de 42000 personas. Según el ministro de Hacienda, Cristóbal Montoro, esto ha causado un costo de 1090 millones de euros durante el año 2015.

Desde del gobierno y las comunidades autónomas se han tomado algunas medias pero de corto alcance, más de tipo coyuntural que estructural. Tanto en el corto como en el largo plazo se necesitarían tomar más medidas para la sostenibilidad de nuestro sistema público de salud, el problema radica en que nadie quiere asumir el coste estas medidas y la sensibilidad a los cambios es muy alta.

En este sentido los economistas y gestores públicos tienen el desafío y la obligación de utilizar mejor los recursos que se destinan a la sanidad y buscar las vías para que se pueda financiar el servicio de la mejor forma y beneficiosa para los ciudadanos.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES

A pesar de las dificultades y de los desafíos que afronta el sistema público de salud, el resultado general es bueno, no es así en otros componentes del bienestar en el que a pesar de los recursos destinados el resultado no es bueno, como en el caso de la educación en España. Según los informes de la OCDE respecto a la percepción y opinión de los ciudadanos, el 70,6% valoran favorablemente el funcionamiento del sistema sanitario español, considerando que funciona bien o bastante bien aunque precisa algunos cambios.

La población española ha mejorado mucho en los últimos tiempos en la mayoría de indicadores de salud. Era un país que a principios del siglo XX se encontraba entre los peores de su entorno y ha pasado a liderar muchos de los índices de salud como el de esperanza de vida o tasa de mortalidad. Es importante destacar que España tiene una esperanza de vida al nacer de 82,5 años, una de las más altas en el año 2015.

Según el estudio realizado por Organización Mundial de la Salud OMS, *Informe sobre la salud en el mundo*, que compara los sistemas de salud de distintos países, situaba a España el sexto puesto del ranking mundial. Esta comparación que hacia la OMS se

dejo de hacer a principios de siglo por las críticas a la metodología, pero si las comparamos con las que nos ofrece la OCDE, vienen a confirmar que en muchos aspectos la sanidad en España se sitúa muchas veces entre los 10 mejores países en varios índices.

Algunos de los datos positivos más relevantes que emanan de las estadísticas de la OCDE ¹⁴ es que España se encuentra en la 4 posición en esperanza de vida al nacer con 82,5 años (2,3 puntos más que el resto de países), situándonos en la segunda posición si solo nos fijamos en las mujeres con 85, 5 años, 2,7 puntos por encima de la media.

No solo se encuentra entre los países con mayor esperanza, también es líder en campos que requieren gran coordinación a nivel nacional, tecnología y preparación como es el Sistema Nacional de Transplantes. Esta entre los países que mayor número de transplantes se hacen, de hecho lleva 24 años liderando el ranking mundial y está en la vanguardia de la innovación en este campo.

También arroja datos positivos en cuanto eficiencia de los recursos empleados ya que a pesar de ser la segunda partida más importante de los presupuestos, detrás de las pensiones, se encuentra entre los países de la OCDE que relativamente menos recursos destina a salud en relación a su Producto Interior Bruto (PIB). En el último año disponible de las estadísticas de esta organización 2011, represento el 9,4% de su PIB, que es ligeramente por encima de la media que esta en 9,3%.

Si atendemos a los recursos empleados (Inputs), como puede ser gasto sanitario y personal sanitario, y lo trasladamos a los resultados obtenidos (outputs), como son la esperanza de vida al nacer, esperanza de vida adicional a los 65 años o reducción de mortalidad atribuible al sistema de salud, también se mantiene entre los primeros países. Por ejemplo en mortalidad atribuible a cuidados en salud se encuentra en la posición número 7 del ranking, según un estudio llevado a cabo por el investigador Gay et al. (2011).

¹⁴ OCDE. Organización para la cooperación y el desarrollo económico. En estadísticas compara los 34 miembros que forman parte de la organización.

DEBILIDADES

El que en algunos resultados nos posicionamos bien frente a los países de nuestro entorno, no significa que no queden muchas cosas por mejorar en algunos indicadores de eficiencia y de calidad. A parte del reto de tener que mantener algunos de los buenos resultados, mantener los niveles de salud requiere conocer la realidad del problema.

En España las principales causantes de muerte a día de hoy son los grupos de enfermedades como el cáncer y las dolencias de tipo cardiaca, no estando muy lejos las de tipo degenerativo que van en aumento en los últimos años por el envejecimiento de la población. La pirámide población que tenemos en España muestra una estructura con un porcentaje muy alto de personas mayores de 65 años, siendo aproximadamente un 16,5% este grupo poblacional. Como ya se menciona la esperanza de vida al nacer en España está entre las más altas, pero también está entre los países de Europa con menor tasa de natalidad de todos.

Las enfermedades respiratorias también tienen relevancia en nuestro país. Los datos demuestran que se ha mejorado en la lucha contra todas estas enfermedades. Sin embargo siguiendo el análisis de estudio de la OCDE, en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares o en mortalidad por cáncer todavía queda mucho por hacer, estamos bastante por debajo de la media de nuestro entorno, en concreto nos encontramos en el puesto 29 y 23 de los 34 países respectivamente.

Además según el estudio Atlas VPM 2009, existe una gran variedad en ratios de mortalidad una vez realizado el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y para cáncer según en qué hospital sea tratado el paciente. En el estudio también indica importantes diferencias en cuanto a seguridad del paciente entre los distintos hospitales del territorio español, que en algunos casos es preocupante.

Algo que está más relacionado con los estilos de vida pero que tiene una incidencia directa sobre los sistemas nacionales de salud, por el aumento de probabilidades de enfermedad que generan, es el consumo de tabaco y el de alcohol. En el tema de fumar estamos entre los países que más fuman y en alcoholismo un poco por encima de la media. La tasa de obesidad también está en aumento preocupante, ya que incide en problemas de salud como es la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Uno de los elementos característicos que dificulta el buen funcionamiento de la sanidad pública en todo el territorio nacional, es el hecho que este gestionado de forma distinta en cada una de las comunidades autónomas con resultados desiguales tanto en los recursos destinados, como en los resultados obtenidos. La partida de la sanidad está transferida a un nivel intermedio de gobierno que son las comunidades autónomas, por lo que el sistema de salud tiene otros 17 subsistemas con cierto grado de independencia en su organización y gestión.

Desde la total transferencia a las autonomías de la competencia de sanidad, ya no existe una partida finalista que el Estado transfiere a cada territorio, sino que pasa a formar parte de las competencias comunes, por lo que existe cierto margen por cada una de ellas para que destine la cantidad de recursos que estimen oportuno.

Si comparamos algunos índices sanitarios de las distintas comunidades autónomas existen diferencia a tener en cuenta entre la calidad los servicios de los que disponen los pacientes en cada una de ellas. Se observan diferencias en algunos de los indicadores de eficiencia, sobre todo en cuanto al gasto por habitante que emplea cada una de ellas y respecto a los resultados obtenidos también.

Tenemos comunidades que destinan el 9,9 % y el 8,3% del PIB a gasto sanitario como es el caso de Extremadura y Castilla la Mancha respectivamente y otras comunidades como Madrid y Baleares que destinan el 4,4% y el 4,8% del PIB a gasto sanitario. Respecto al gasto por habitante también existen diferencias considerables, siendo Andalucía y Baleares con 1.121 euros por habitante y año y 1144 euros /año respectivamente las que menos gasto sanitario público realizan estando el País Vasco y Asturias a la cabeza con 1632 y 1591 euros por habitante y año respectivamente¹⁵.

Otro dato interesante es que solo Cataluña, Madrid y Andalucía generan el 45% del gasto sanitario.

Otra de las características que diferencian a cada una de las regiones es el hecho de que existen unas prestaciones comunes que están reguladas a nivel nacional, pero las comunidades autónomas disponen de cierto margen para incluir algunas de ellas como podría ser la ortodoncia para algunos sectores de la población (Es el caso de Andalucía y del País Vasco), siendo un elemento que aumenta la desigualdad entre ciudadanos de distintas partes del territorio nacional.

¹⁵ Ver tabla Pág. 128 OCDE gasto sanitario público consolidado según comunidades autónomas

Para mejorar la coordinación y la igualdad entre las 17 comunidades autónomas el gobierno central desarrollo una ley para tratar de minimizar este aspecto, pero los resultados al menos en cuanto a la equidad no parece que haya tenido por ahora los resultados deseados Esta norma que parlamento aprobó con rango de ley, se denominó Ley de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud 2003, cuya ambición es la armonización de los servicios sanitarios, promoviendo los valores de equidad, calidad y participación ciudadana, sobre la base de lo garantizado por la Constitución y la Ley General de la Sanidad. Para conseguir estos objetivos, refuerza el papel del Consejo Interterritorial de Salud, que es el órgano encargado de coordinar e intercambiar propuestas entre el Ministerio de la sanidad y las comunidades, del cual hablaremos más adelante.

Por otro lado el traspaso de las competencias de la sanidad a la comunidades autónomas ha facilitado en el ámbito de la sanidad una mayor cercanía del administrador al ciudadano, pero este hecho también facilita el aumento del gasto, por tener más cerca la persona que lo decide, ejerciendo los jefes de servicio y departamento una mayor presión en campos como la compra de mejores aparatos de diagnóstico o terapéutico, necesidades de personal u otras propuestas que pudieran surgir para mejorar el servicio, no estando siempre justificado.

Aunque no son todo desventajas y las analizaremos después, el hecho de que tengamos 17 interlocutores distintos, aumenta la complejidad de todo lo relacionado con sanidad.

En este apartado de las fortalezas y debilidades no podían faltar las listas de espera que existen en todo el territorio español para ser atendidos para ciertas dolencias. Según el Barómetro sanitario las listas de espera son el elemento de menor satisfacción de todo el sistema público, calificándola con una puntuación de 2 sobre 10. Una de las consecuencias más visibles y que más quejas genera nuestro modelo de sistema público de salud son las listas de espera que hay para determinadas consultas médicas y operaciones. En el caso de la atención primaria no es muy significativo, pero en la atención especializada si es destacable. Estas listas de espera son especialmente prolongadas para determinadas operaciones de traumatología y también de la vista

como pueden ser cataratas. Algunas personas llevan más de un año para poder tratarse y operarse de dolencias relacionadas.

Estas listas de espera son características de los sistemas nacionales de salud como el español o el inglés y viene relacionado con el hecho de ser un sistema universal y gratuito. Si no se quieren utilizar otras mediadas disuasorias, las listas de espera se emplean como una de las pocas barreras posibles a una fuerte demanda de ciertos servicios sanitarios.

En este sentido con los recursos que tenemos, estas medidas se justifican porque entre otras, somos de los países que más visitamos al médico. Según la OCDE la frecuencia con la que visitamos al médico está en una media de 8,7 visitas por año, siendo el sexto de esta organización de países. En cuanto a número de altas hospitalarias España esta vigésima de un total de 27 y decimotercero en pacientes de cirugía de un total de 21 países.

Como existen zonas y hospitales con mucha demanda y otros en los que es bastante menor, sobre todo según que época, algunas comunidades autónomas han aumentado la libertad de elección de centro hospitalario donde ser operado, para intentar reducir estas listas de espera. Este ha sido uno de los principales motivos que ha permitido la entrada de proveedores privados, que pueden atender la demanda de esos ciudadanos que prefieren pagar, antes de tener que esperar largos periodos.

Según el Barómetro sanitario del año 2009 para los ciudadanos la información institucional no es buena. Normalmente tienen problemas para encontrar información respecto a los servicios que se proveen en sus áreas geográficas. También muestran descontento respecto a la información facilitada en cuanto a las políticas y la legislación, así como en cuanto a derechos y procedimientos de reclamación.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD ESPAÑOL

El sistema sanitario público español se encuentra entre los sistemas que se organizan con el Modelo Beverdige, al igual que ocurre en países como el Reino Unido o Suecia. En estos casos el Gobierno tiene el monopolio de la provisión y por lo tanto es el gobierno de turno el que se entromete en las decisiones de los ciudadanos a la hora de

elegir cual es la organización que le va a proveer los servicios sanitarios, a diferencia de otros países como Alemania donde si pueden elegir.

Su principal característica es que el sistema de salud es de tipo universal, por lo que cubre a todos los residentes del país y además es gratuita en el punto de atención, por ello los ciudadanos no tienen que pagar recargos por ser atendidos. Solo existen algunas excepciones de copago farmacéutico para ciertos grupos de la población y va a depender de su capacidad de renta. En concreto se tiene en cuenta la renta, la edad y el grado de enfermedad de los ciudadanos, parados sin prestación, titulares de pensiones no contributivas y los de rentas mínimas de inserción no pagan por medicamentos. En términos generales la población cubierta en España esta entorno a 47 millones de habitantes.

Otra de sus principales características es que se financia a través de impuestos, siendo partido popular en el año 1999 el gobierno que terminó el proceso gradual en el que el sistema nacional de salud se financiara con impuestos. Esta circunstancia es típica de estos sistemas y siendo la Ley general de la Sanidad la que inicio el cambio, sustituyendo este tipo de financiación por las anteriores cotizaciones sociales. Para muchos autores entienden que es más fácil universalizar a través de impuestos, que con cotizaciones, aunque como bien dice la teoría económica las cotizaciones sociales al final ejercen como otro impuesto más.

Libertad de elección

Uno de los elementos que diferencian a los sistemas de salud, es el grado de libertad de elección que tienen los pacientes, tanto de centro hospitalario, como de especialista. En algunos países de Europa también pueden elegir la organización con la cual va a contratar los servicios sanitarios. Este no es el caso de España, ya que en el sistema sanitario público solo existe una organización, que es el Estado.

El poder elegir el proveedor, es uno de los elementos que en el largo plazo puede contribuir en la moderación del gasto sanitario y a aumentar la calidad del sistema.

En este sentido la libertad de elección por parte del paciente para elegir especialista y hospital no está muy desarrollada en España, salvo en algunas comunidades autónomas que han trabajado más en ello. A nivel nacional, lo que si llevo a promover la Ley General de la Sanidad, desde mediados de los años ochenta, es la libertad de elección

del médico de cabecera. Por norma general el acceso al especialista requiere cita previa con el médico de cabecera. En la mayoría de comunidades autónomas existe el derecho de buscar una segunda opinión médica o el saber el tope para las listas de espera (MSPS 2010).

Son las menos en las que aparte de poder elegir el médico de atención primaria también pueden elegir al especialista. Esto va a depender del tipo de gobierno que este en esa comunidad y de cuando fue transferida la competencia de sanidad.

La libertad de elección en los servicios la provisión de los bienes públicos locales como la sanidad es un elemento que se tiene cada vez más en cuenta en estos servicios como un derecho del paciente de donde y con quien quiere ser tratado de su dolencia. Lo que se intenta con aumentar la libertad de elección es, a parte de dar a elegir al paciente quien quiere que le trate y aumentar su satisfacción, se intenta que los centros estén más pendientes de las necesidades de los pacientes y estén por ello más focalizados en su atención. Incorporando este mecanismo las autoridades consiguen empoderar al paciente respecto al proveedor del servicio.

A parte de este nuevo derecho que cada vez está más solicitado en la sociedad, existe otro fin que supone que la libertad de elección facilitara que aumente la calidad del servicio así como que ayude a reducir las listas de espera. La teoría económica explica que una mayor libertad de elección de especialista y de centro hospitalario aumentará la competencia entre los proveedores para obtener a los pacientes. Por ello a la libertad de elección se le atribuye como elemento básico para facilitar mecanismos de mercado en el sistema de salud.

En un principio algunas comunidades autónomas como la de Madrid empezaron a dar una mayor libertad de elección, no solo porque creían que debía ser un derecho para el paciente, también se inicio para poder reducir las listas de espera que había en algunos hospitales y así dar respuesta a los pacientes que llevaban mucho tiempo esperando a ser operados.

En general en la mayoría de las comunidades autónomas las áreas de salud son áreas en las que no podías salir, tanto los pacientes como los profesionales. Siendo esto así algunas comunidades autónomas dentro de su competencia han instaurado un distrito único de sanidad (también conocido como área única), permitiendo un mayor grado de libertad. Madrid fue pionera en este sentido instaurándolo en el año 2009 y eliminando por consiguiente las áreas de salud. Con este distrito único se facilita esta posibilidad de

elección, permitiendo optar por el hospital no solo por sus características de calidad, sino por otros factores que le pueden interesar al paciente como es cercanía al trabajo, entre otras.

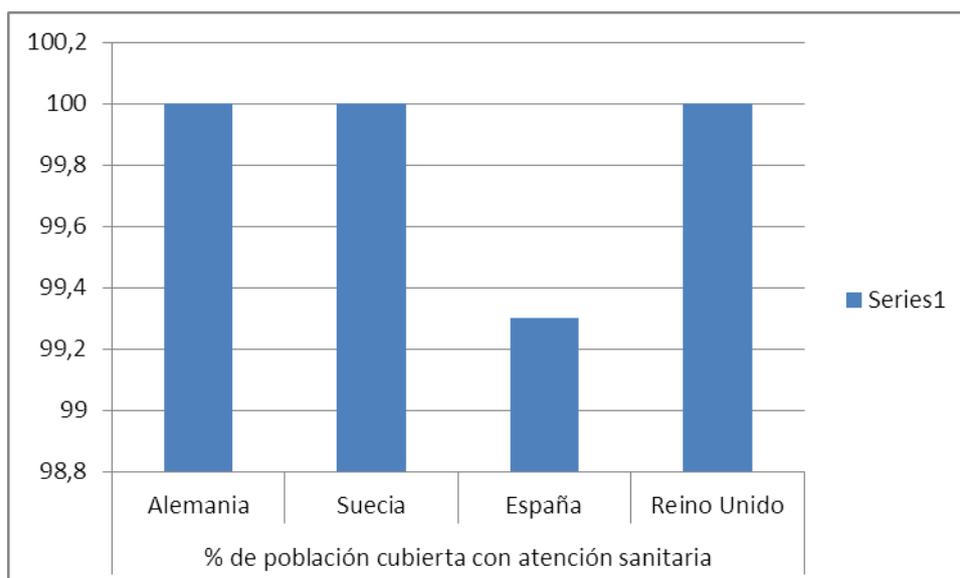
A nivel nacional no existen muchos estudios que demuestren si esta libertad de elección haya generado un aumento de la calidad o de la eficiencia en los centros hospitalarios. Si bien es cierto, como se ha comentado, la libertad de elección de centro y de médico se ha ido introduciendo de forma desigual en las comunidades autónomas y no lleva demasiados años. Sin embargo en el panorama internacional sí que existen más estudios sobre todo en Reino Unido y Alemania, donde llevan más tiempo con este tipo de reforma que veremos más adelante.

Por lo general existe un consenso en el sentido de que la libertad de elección es un elemento que puede ayudar a mejorar la calidad del servicio, porque contribuye a que exista una mayor competencia entre los distintos proveedores y empodera al paciente, pero tiene que ir acompañada de un buen sistema de incentivos para que los proveedores del servicio sanitario puedan responder de forma positiva a estos cambios que genera la libertad de elección.

Población cubierta por el Sistema Nacional de Salud

En España la cobertura es prácticamente Universal y existe gratuidad de las prestaciones en el momento de recibirlas. Esta circunstancia se alcanza a partir de la Ley General de la sanidad 14/1984 y se ha mantenido desde su promulgación con algunos matices. Esta ley viene a regular la vocación de la mayoría de los sistemas de sanitarios de la OCDE, que es una universalidad financiada en este caso de forma mayoritariamente con dinero público. La Universalidad del sistema obedece principalmente a razones de equidad en el que todos los habitantes del territorio español puedan ser tratados de sus dolencias con independencia de su condición económica y social.

GRÁFICO 2. Porcentaje de población cubierta con atención sanitaria



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2014

Para poder recibir atención de los servicios sanitarios públicos el único requisito es tener la tarjeta sanitaria individual, que la expide el servicio de salud de cada comunidad autónoma, siendo el documento que identifica a cada ciudadano como usuario del sistema nacional de salud. En concreto son titulares del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria pública, las siguientes personas a las que se hace alusión en las siguientes leyes y reales Decretos.

La ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, establece en su artículo 1.2 que todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional tienen derecho a la atención sanitaria.

Los nacionales de los estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos resultantes de las normativas comunitarias europeas y los convenios y tratados que firmen el Estado Español y les sean de aplicación. También los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, convenios y tratados suscritos.

Sin embargo se introduce mediante el Real Decreto RD 16 /2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, el concepto de asegurado, el cual se restringe el uso del sistema sanitario a todos los españoles y extranjeros con permiso de residencia. Los que no cumplan este requisito tendrán derecho a la atención de urgencias pero no al resto de servicios de tipo asistencial. El Decreto 16/2012 excluye a las personas con situación administrativa

irregular (a excepción de las embarazadas y los menores de edad). Para muchos analistas la introducción del concepto de asegurado se hizo con la intención de abrir la posibilidad de facturar el servicio de salud a terceros.

Estas circunstancias han variado, ya que el gobierno anuncio a fecha 1 de abril del 2015, que los que no tengan regularizada su situación pero si estén empadronados y sean mayores de edad, tendrán derecho a la atención primaria.

Solamente existe un grupo de la población que puede optar por salir del sistema sanitario público, que son los funcionarios públicos. Ellos a través de MUFACE, ISFAS y MUJEJU (que es la mutua de los funcionarios públicos, de los militares y los del cuerpo de la adjudicación con más de 35 años de antigüedad¹⁶) pueden optar por otros servicios privados, según con la aseguradora privada que tenga asignada. El modelo MUFACE es un sistema de prestación pública ejecutada por proveedores privados y tienen libertad de elección de entidad y de facultativo por parte de los beneficiarios. Normalmente el funcionamiento de estas mutuas es a través de conciertos con grupos privados como puede ser Adeslas, DKV seguros o Asisa y cubren a los funcionarios más a sus familiares¹⁷. Los usuarios de este sistema son aproximadamente 2 millones de personas, el 5% de la población. Este sistema se financia a través de cotizaciones de los beneficiarios así como una parte a través de impuestos. Tiene como ventaja una mayor cobertura de prestaciones mayor que el sistema público (Incluye endodoncias y óptica, así como pensiones en los supuestos de jubilación, invalidez, orfandad, enfermedad o pérdida temporal del trabajo entre otras). Por otro lado, tienen que pagar el 30% del precio de los fármacos.

Una sexta parte de la población tiene contratado un seguro privado de salud, a pesar de ser el acceso en la sanidad pública gratuito. Estos seguros privados suelen estar concentrados en las zonas urbanas con mayor capacidad adquisitiva y también se observan importantes diferencias a nivel regional. El seguro privado voluntario cubre

¹⁶ La creación de este régimen de protección se recoge en la Ley 29/1975, de 27 de junio y contenida actualmente en el Real Decreto 4/2000 de 23 de junio, complementada por la legislación de Clases Pasivas del Estado y sus mecanismos de cobertura don el Régimen de clases pasivas del Estado y el Régimen de Mutualismo Administrativo

¹⁷ Los mutualistas pueden cambiar de compañía cada año, dentro de aquellas que han suscrito el concierto, que se renueva cada tres años o cambiar al proveedor del sistema público.

entorno al 14% de la población española y en general el número de pólizas van creciendo a un ritmo constante. Durante algunos años la administración central fomentó estos seguros privados mediante deducciones fiscales, sin embargo en la actualidad solo queda vigente estos beneficios en algunas regiones.

En general el principal motivo que lleva a la gente a contratar un seguro privado es para tener un mayor acceso al especialista, tener la posibilidad de un tratamiento para prestaciones que no entran en la cartera común del sistema nacional de salud como puede ser los servicios dentales y sobre todo para evitar las listas de espera en operaciones y visitas al especialista. También está vinculado a la búsqueda de una mayor calidad de ciertas prestaciones o poder elegir entre los mejores especialistas del ramo. Para algunos de los detractores del sistema sanitario público es la única manera que tienen los españoles de ser atendidos en un tiempo razonable y con una mayor calidad.

Cartera de prestaciones y servicios comunes.

Uno de los factores que más determinan el gasto y la calidad de un sistema nacional público son las prestaciones que son financiadas mediante recursos públicos. Como en general los que deciden que prestaciones son las que son financiadas por el erario público son tomadas por parte de los políticos, estos en aras de satisfacer a sus votantes incurren en promesas que no han sido previamente analizadas en rigor y determinar si su financiación se justifica desde el punto de vista del coste/eficiencia, entre otras.

Las prestaciones son los servicios que el sistema de salud posibilita a los habientes e incluye actividades de tipo preventiva, de diagnóstico, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud.

En España la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud lo establece la Ley 16/2003, del 28 de mayo de cohesión de la calidad del sistema Nacional de salud y el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre que actualiza el Real decreto 63/1995 de ordenación de las prestaciones sanitaria. En esta normativa se refleja tanto la cartera de servicios así como el procedimiento. Unos años después con motivo de la crisis económica el Decreto 16/ 2012 introduce una serie de medidas de urgencia para la sostenibilidad del sistema redefiniendo y reordenando la cartera de servicios en varios tipos: Comunes y complementarias, los comunes en básico, suplementarios y sometidos

a copagos y accesorios. En general este decreto va en la línea de dejar de financiar ciertos servicios y medicamentos, en busca de contener el gasto sanitario para cumplir las condiciones de la Unión Europea.

Las comunidades autónomas tienen cierto margen para poder incluir prestaciones al sistema público a las ya consideradas a nivel nacional. Algunos servicios que están excluidos como puede ser el psicoanálisis, cirugía plástica no relacionada con accidentes o el cambio de sexo, aunque existen algunas comunidades como Andalucía, Extremadura u Aragón que si lo incluyen.

El tratamiento dental y óptico también quedo excluida de las prestaciones gratuitas, salvo en algunas comunidades que lo han incluido para algunas franjas de edad. Este hecho hace que algunos sectores de población no visten de forma regular al dentista, manteniendo bastantes problemas buco dentales, por no poderse permitir los altos precios de las clínicas.

Para los investigadores (Armesto et al 2010) la cartera de servicios prestados que cubre el sistema de forma gratuita está en la línea de otros países europeos y ha ido evolucionando en respuesta en los avances en medicina y de tipo tecnológico. Muchas autoridades del mundo de la medicina estiman que la inclusión en la cartera de algunos servicios, no ha sido evaluado con suficiente rigor y generan importantes dificultades para poder ser financiadas por el sistema.

Uno de los primeros que hizo referencia a este tipo de problema fue el informe Abril el cual también indico que la calidad del servicio podría empeorar por ello.

En general la cartera de servicios que se incluía en el Real Decreto del 95 se basaba en criterios de seguridad, eficiencia y efectividad, pero sin un procedimiento estructurado.

Incluiría servicios de atención primaria en general tanto en los centros de salud como a domicilio y gran parte de la atención especializada, sobre todo de tipo agudo.

Posteriormente el decreto 1030/2006 amplio la cartera de servicios permitiendo a los habitantes de una región a ser atendidas en otras si ese servicio no existiera en la suya, incluyendo algunos hospitales de referencia a nivel nacional. Esta nueva circunstancia llevaría a realizar una compensación económica por el servicio con un fondo específico, en concreto el fondo de cohesión, siempre y cuando esa comunidad no tuviera la posibilidad de realizarlo y este dentro de ese paquete básico.

Existe un comité en el cual están representadas todas las administraciones en donde se han aprobado procedimientos y requerimientos para poder incluir los nuevos servicios, en donde se incluyen desde enfermedades raras, hasta transplantes de alta complejidad (MSPS 2009). La proposición de incluir nuevos procedimientos puede venir tanto de las comunidades autónomas como por parte del Ministerio de Sanidad.

A la hora de elegir el procedimiento para actualizar la cartera de prestaciones comunes la regulación exige asesoramiento para la tecnología a aplicar incluyendo elementos de coste en la evaluación, buscando cada vez más un marco de tipo coste efectividad. Para incluir una nueva tecnología al servicio tiene que mostrar un incremento en la efectividad respecto al procedimientos tradicionales disponibles, el número de personas afectadas, nuevas indicaciones en el tratamiento o el impacto en el sistema de salud.

Red de Agencia de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones Sanitarias

Una de las necesidades más perentorias que se han detectado en los sistemas sanitarios públicos, es la necesidad de establecer un criterio de coste eficiencia en los tratamientos y diagnósticos para controlar el gasto descontrolado. En algunos países están más avanzados en este campo y España está intentando organizar una institución que trate este tema fundamental.

Para poder fijar el gasto sanitario, manteniendo o mejorando la calidad del servicio con una estructura como la de nuestro sistema nacional, es necesario una agencia que controle el coste efectividad de los tratamientos. Este tipo de agencia se presume fundamental para la sostenibilidad del futuro del sistema público de salud español y no está muy desarrollada por el momento.

El gobierno de España está intentando poner en marcha una organización que pueda asesorar al Ministerio de Sanidad y a las comunidades autónomas respecto a los tratamientos y medicamentos que están llegando al mercado en el campo de la calidad y en el de coste- eficiencia. En su composición utiliza las agencias de evaluación que varias comunidades tienen y trabajan en este campo.

Esta red de agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones Sanitarias están encargadas de velar por la calidad de todas las técnicas y procedimientos incluidos en la Cartera común Básica de Servicios. El propósito y la intención del ministerio de sanidad

es que las agencias de evaluación de las distintas comunidades autónomas, funcionen de manera similar al instituto para la excelencia NICE¹⁸ del Reino Unido y asesore al sistema con criterios de coste eficiencia.

El resultado de la evaluación de esta agencia será remitida a la comisión de Servicios sanitarios que reportara al pleno del CISNS¹⁹ para su decisión final. Si se estima que el impacto en las cuentas es importante el Ministerio de Hacienda también estará incluido. Algunos investigadores hacen referencia a las restricciones existentes para obtener la información del proceso.

Copago

La mayoría de sistemas sanitarios públicos incorporan algún tipo de aportación por parte del usuario a pesar de que sea universal y gratuito en el punto de atención. Por lo general una de las medidas que se han utilizado para la contención de la demanda y a su vez del gasto por parte de las autoridades, han sido los copagos. Este tipo de opciones se han mostrado bastante efectivas a la hora de contener el gasto en los sistemas de salud, no solo por su contribución a la financiación, sino porque facilita el uso más adecuado de los recursos que son escasos. El copago en la prestación farmacéutica es utilizado por la mayor parte de los países como es el caso de Francia, Alemania o el Reino Unido y nuestro país no es una excepción al respecto. Sin embargo España es de los pocos países junto al Reino Unido y Dinamarca que no ha establecido un copago en el punto de atención sanitaria.

La aportación por parte del usuario a financiar parte del servicio prestado es una tendencia que va en aumento en los servicios públicos en su conjunto y tiene especial relevancia y sensibilidad en el campo sanitario. En un sistema sanitario de estas características, se antoja bastante necesario en aras de su correcto uso y sostenibilidad en el tiempo.

En España la atención es gratuita en el punto de atención, pero por otra parte lo que no entra en la cartera de servicios comunes hay que realizar algún tipo de aportación. Donde se aplica de una forma más clara estos criterios son en los productos farmacéuticos y solo para ciertos medicamentos. La contribución que va a hacer cada

¹⁸ NICE son las siglas de National Institute for Care and Exclence

¹⁹ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

ciudadano va a depender de la renta, y de la cronicidad de la enfermedad, incluyendo a día de hoy a los pensionistas.

Se establecen tres tramos en función de la renta. Se pagara entre 0 y 60%. Los pensionistas pagan el 10% de la receta incluyendo un techo de gasto, siendo en la actualidad el límite de aportación de 8 euros al mes para aquellos que tienen ingresos inferiores a 18000 euros, 18 euros los que tienen rentas entre 18000 y 100.000 euros y pagaran 60 euros los que está por encima de estas rentas (Ministerio de Sanidad). En el caso de los trabajadores en activo el copago se sitúa en el 40% para los que tienen rentas inferiores a 18000 euros, 50% para los que estén entre esa cantidad y 100.000 euros y un 60% para los que estén por encima de ese volumen (Círculo de Empresarios 2012).

El Decreto 16/ 2012 de medidas de urgencia para la sostenibilidad del Sistema Sanitario, en la actualización del programa de estabilidad, es el último en actualizar los copagos existentes, pero ya se habían incluido dos en el campo de la política farmacéutica desde el inicio de la crisis. Otras medidas en este sentido han sido las llevadas a cabo por algunas comunidades Autonomías como Madrid y Cataluña con el Euro por receta, que fueron retiradas por los tribunales de justicia.

Proveedores sanitarios

En el sistema nacional de salud español la mayor parte de los proveedores son públicos y están directamente gestionados por la administración pública, normalmente la Comunidad autónoma. Esto es así salvo en algunas zonas como Cataluña donde ya existen otras formulas que se pusieron en práctica incluso anteriores a la transferencia de las competencias en sanidad. Después Madrid, Valencia y Andalucía son las comunidades autónomas que más reformas han llevado a cabo en este campo.

Entre los hospitales que están dentro del sistema público no se ha promovido prácticamente ningún tipo de competencia entre ellos desde la administración pública. Esta circunstancia ha facilitado la supervivencia económica a lo largo del tiempo, pero no ha contribuido a la productividad de los mismos.

El hecho de que gran parte de estos centros estén directamente gestionados por la CCAA no promueve en exceso la rendición de cuentas por parte de los centros. En este caso no se genera ningún tipo de sanción por posibles fallos cometidos y no se produce

una transferencia de riesgos al proveedor. Para los centros sanitarios que tienen una gestión directa, implica que la provisión del servicio público sea llevada a cabo por parte de la administración, aunque sea mediante una persona jurídica interpuesta.

Durante las últimas décadas se han buscado nuevas formulas que pudieran facilitar la mejora en la eficiencia y una separación de funciones en la financiación y provisión de los servicios. Con este motivo se configuraron los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado, quedando fuera del campo del derecho administrativo. En este sentido en los últimos años se ha permitido la entrada de proveedores de tipo lucrativo y organizaciones sin ánimo de lucro, que han incorporado una gran variedad de formas tanto jurídicas como organizativas.

Varias comunidades autónomas han incorporado nuevas fórmulas de gestión añadidas a las ya existentes tendiendo un conjunto de modelos tanto públicas como privadas en el ámbito de los servicios sanitarios que analizaremos en la reforma de los modelos de gestión.

Adicionalmente, según el informe anual que realiza la OCDE (Armesto et al 2010) el sistema público contrata entre un 15% y 20% de la provisión especializada a proveedores privados, ya sean del sector sin ánimo de lucro como con aquellos que si tienen ánimo de lucro. Estos tipos de vínculos se hacen para contratar servicios sanitarios para diagnósticos que requieran de una tecnología específica, también para ciertos tipos de cirugías, que no se suelen hacer en el sistema público (Como es por ejemplo el caso de los abortos) o simplemente para reducir ciertas listas de espera de tipo quirúrgico.

Es a destacar que el tercer sector, sin ánimo de lucro, tiene un papel relevante respecto a los accidentes de trabajo y a las enfermedades profesionales. Estas toman forma de mutualidades y cubren contingencias laborales y está financiado a través de contribuciones de los trabajadores y la seguridad social. Esta administración, junto con las mutualidades, se dedica a la gestión de las mismas.

Entrando en la financiación y en la relación que existe entre la administración pública y los proveedores, no se han producido grandes cambios, salvo en algunas comunidades que han incorporado algunos criterios de eficiencia. La forma de pagar por parte de la

administración pública a los hospitales ha sido tradicionalmente por medio de un presupuesto global que se renueva cada año según las necesidades. En algunas Comunidades Autónomas que llevan más tiempo con la competencia sobre sanidad, han ido incorporando nuevos sistemas de pago, como es el caso de Andalucía y Cataluña. En estas y otras comunidades han optado por un sistema mixto en el que un porcentaje forme parte del presupuesto global y otra parte este vinculada al pago por acto. Para obtener un mayor control del gasto, han utilizado métodos de pago prospectivo, que requiere una clasificación de pacientes, basados en modelos GDR²⁰.

Estas iniciativas se han hecho con el fin de aumentar la productividad de los centros, pero han mantenido gran parte del pago estructural para favorecer también la supervivencia económica.

Aunque muchos de los hospitales han incorporado en su financiación la complejidad o gravedad de los casos atendidos, el sistema sigue teniendo una tendencia a derivar a otros centros los casos más difíciles.

Personal sanitario

Otra de las características del sistema sanitario público español y que tiene gran interés para nuestro estudio es su capital humano, ósea los profesionales sanitarios que forman parte de la organización, ya que la gestión de este recurso fundamental para la mejora de la sanidad pública. Por los datos analizados la proporción de médicos y enfermeras es bastante distinta a la de nuestros vecinos.

En España tiene una tasa muy alta de médicos y muy baja de enfermeras. Si lo comparamos con países que tienen un sistema parecido como es el de Inglaterra, según el Círculo de la sanidad España tiene 2,5 veces más de médicos que Inglaterra por cada 100.000 habitantes y 1,4 veces más que Francia. Sin embargo nuestro sistema tiene la mitad de enfermeras que Inglaterra y una cuarta parte menos que Francia. Como la población española, por su envejecimiento, van encaminadas hacia un aumento en la necesidad de cuidados por terapia y asistencia, podría en el futuro tener que necesitar más enfermeras y analizar la proporción de médicos más adecuada.

²⁰ Grupos Diagnóstico Relacionados (Se explica posteriormente)

TABLA 3. Recursos para el cuidado de la salud

| | ESPAÑA | | Promedio OCDE | | Posición entre los países de la OCDE |
|---|--------|------|---------------|------|--------------------------------------|
| | 2012 | 2000 | 2012 | 2000 | |
| Número de médicos (pro cada mil habitantes) | 3,8 | 3,2 | 3,2 | 2,7 | 9 de 34 |
| Numero de enfermeras (Por cada mil habitantes) | 5,2 | 3,6 | 8,8 | 7,5 | 28 de 34 |
| Camas de hospital (por cada mil habitantes) | 3 | 3,7 | 4,8 | 5,6 | 26 de 34 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE

Respecto al personal sanitario en España tenemos más de medio millón de personas inscritas en colegios profesionales relacionados con la actividad sanitaria, siendo el más numeroso el colectivo de profesionales de enfermería con 250139 personas, seguido de los médicos con 213.977, generando 55 y 47 colegiados por cada 10.000 habitantes.

Otro de los elementos que caracteriza al personal sanitario, es que por norma general, los empleados son funcionarios públicos. Esta es una circunstancia única de España y otorga a una serie de condiciones especiales al trabajador (como es el que tengan el trabajo asegurado de por vida), pero por otro lado están peor pagados que en el resto de países de Europa. El sistema de pago al personal sanitario no termina de satisfacer ni a la administración ni tampoco a los propios médicos, enfermeras, etc. En general se caracteriza por no premiar la actividad.

Una de las dificultades que se encuentran los gestores de los centros es que no se puede despedir por inactividad al tener la plaza asignada de por vida. Este es un tema importante para los gestores tanto a nivel local como regional, por el simple hecho de

que dificulta la reubicación del personal por necesidad de algunos centros e incluso dentro del mismo centro de los propios departamentos de los mismos hospitales.

Según las autoridades sanitarias con las que hemos podido hablar de la comunidad de Madrid, bajo estas circunstancias es difícil encontrar incentivos para el personal y fomentar la responsabilidad. Los empleados públicos del sistema sanitario trabajen mucho o trabajen poco, por lo general no va a tener mucho efecto y van cobrar igual. Todavía no se ha conseguido una remuneración de los profesionales que esté vinculada a la actividad realizada. Solamente en centros sanitarios concertados existe una relación mayor entre la remuneración y la actividad, como sucede en Inglaterra, donde existe un proceso selectivo, y el empleado gana un fijo más un variable.

En ninguna otra parte de Europa se da esta circunstancia. Para algunos responsables públicos este hecho es parte lógica de un sistema bastante rígido en el esquema organizativo.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

La organización y estructura del sistema puede tener importantes repercusiones sobre el gasto y la calidad del servicio sanitario, por ello vamos a describir cómo se organiza el sistema de salud español.

Esta estudiado que los problemas financieros que un sistema sanitario pudiera tener no solo va a depender de la cantidad de dinero que se destina a su funcionamiento, sino como se gasta ese dinero, tiene que ser de una manera eficiente y lo más equitativa posible.

La legislación a nivel nacional que regula la organización de los servicios de salud es la Ley General de Sanidad 14/1986. Que en su artículo 44 define lo que es el sistema sanitario español, como un conjunto de los servicios de salud del Estado y servicios de salud de las comunidades autónomas. Esta ley aplica los criterios elementales de en todo territorio y como deben de ser desarrolladas por sus comunidades autónomas.

La ley fue aprobada por el gobierno socialista, formulada por el ministro de sanidad asesinado por ETA Ernest Yuch y no ha sido cambiada por los distintos gobiernos del partido popular, salvo en algunos contenidos de menor relevancia que pasaremos a describir más adelante.

La estructura que paso a tener el sistema sanitario a partir de esta ley fue de tipo sistema nacional. En los países europeos existen básicamente dos tipos de sistemas de seguridad social, que son el del tipo sistema nacional de salud o modelo británico (También conocido como modelo Beverdige) y el modelo de Bismarck (cajas de enfermedad) o modelo alemán. El modelo que sigue el sistema de salud español es parecido al que existe hoy en día en el Reino Unido, que tiene su origen en el Informe Berverdige (1942) nombre del político inglés William Henry Beverdige, que sentó las bases del actual sistema sanitario de aquel país, un documento del cual se extrae la filosofía del Estado de Bienestar Escandinavo. La principal diferencia entre ambos es que en el sistema Beverdige el Estado tiene el monopolio de la provisión de la atención sanitaria, por consiguiente con una mayor intervención por parte de la clase política y en los modelos tipo Bismarckianos existen muchas organizaciones que van a ser responsables de la provisión del servicio sanitario.

De hecho si analizamos en profundidad cada uno de los sistemas que existen en Europa o en el mundo, se puede decir que no existe un modelo exactamente igual, ya que cada uno tiene sus peculiaridades que los diferencia, pero si se pueden establecer algunos elementos comunes.

Según Guillen López Casanovas el sistema público nacional de salud español se organiza como un servicio administrativo más y lo desglosa en tres partes; como un servicio público de tipo nacional; con una aspiración armonizadora frente a una hipotética diversidad y de salud, con una pretensión de alcance más transversal.

Empezando por la parte alta de la organización existe un Ministerio de sanidad a nivel nacional, que tiene funciones de coordinación y pretende que los servicios de salud sean lo más parecidos posibles en las distintas partes del territorio español. Fue creado por el gobierno de la UCD en el año 1977. A través del Ministerio de Sanidad el gobierno central ejecuta todas las políticas nacionales en materia de sanidad que la ley le permite. El ministerio coordina todo los temas vinculados a la sanidad exterior y acuerdos sanitarios internacionales y legisla sobre productos farmacéuticos con el visto bueno del Ministerio de Administraciones Públicas y Hacienda. Dentro de las competencias del ministerio de sanidad se encuentra la definición de la cartera básica de prestaciones comunes (Cesta básica de servicios) además de incluir unos umbrales vinculados al gasto y a la calidad, así como una llamada alta inspección de los servicios sanitarios.

También tiene la responsabilidad junto con las comunidades autónomas de todo lo relacionado con la Salud Ambiental y de los alimentos.

La capacidad del Ministerio de Sanidad es limitada, ya que su espacio cada vez tiene menos funciones. Por un lado está el Ministerio de Economía y Hacienda que tiene que autorizar las decisiones de financiación de calado y por otro lado están la autonomía que tienen la competencia de la materia dentro de sus territorios. Como ya se describió en el capítulo anterior la competencia de la sanidad está transferida a las comunidades autónomas, por lo que en este caso son las consejerías de sanidad de las diferentes regiones, las que tienen la verdadera capacidad de decisión en materia de política sanitaria.

La mayor parte de la labor de coordinación que realiza el Ministerio de Sanidad la hace mediante el Consejo Interterritorial de Salud. En este organismo se discuten los problemas en materia de salud de los territorios y se toman decisiones por consenso, aparte de ser el espacio de intercambio de información entre ministerio y comunidades autónomas.

El Consejo Interterritorial, está participado por las autoridades de cada una de las comunidades autónomas en materia de sanidad y del propio ministerio. Este órgano colegiado fue creado en 1987 y está compuesto por 34 miembros del Estado y de las comunidades autónomas de una forma paritaria. Su estructura está formada por un pleno, una comisión delegada y por comisiones técnicas y grupos de trabajo, teniendo sus componentes técnicos y políticos. Principalmente son materias de salud pública los temas de que se tratan en el Consejo Interterritorial, pero la clasificación de materias es poco específica y variada.

Es desde este organismo donde se regulan las competencias a nivel nacional y esta así establecido desde la Ley General de la Sanidad. Una de sus responsabilidades es que en los servicios de los distintos territorios, sean lo más parecidos posibles. La ley que recoge las competencias de de este organismo es la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión de la calidad del sistema Nacional de Salud y se hizo para poder planificar mejor las políticas de coordinación, en el nuevo escenario que se dibujo después de que un año antes se transfirieran las competencias de la sanidad.

Para algunos autores este Consejo Interterritorial se ha convertido en un organismo de mayor relevancia, teniendo mucho peso en las decisiones de las políticas sanitarias a nivel nacional. En cualquier caso las decisiones tomadas por este organismo tienen que ser tomadas por consenso y tiene que ser asuntos vinculados a competencias transferidas a las comunidades autónomas. Estas decisiones tomadas en el consejo solo pueden tomar forma de recomendaciones.

Organización en las comunidades autónomas

Una vez transferidas las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, va a ser el Servicio de Salud el organismo que forma la estructura administrativa y de gestión. Esta la forman todos los centros y servicios dentro de la comunidad, incluyendo Diputaciones y Ayuntamientos. A nivel regional el sistema sanitario español se estructura también en función de esta Ley General de la Sanidad, que en su capítulo II hace mención a la regulación del Servicio de Salud:

CAPITULO II De los Servicios de Salud de la Comunidades Autónomas

Artículo 49. Las Comunidades Autónomas organizan su Servicio de Salud de acuerdo con sus principios básicos de la presente Ley.

Artículo 50.1. En cada comunidad Autónoma se constituye un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que está gestionando bajo responsabilidad de la respectiva Comunidad autónoma.

Las comunidades autónomas a través de la consejería de sanidad tienen competencia en planificación sanitaria, salud pública y asistencia sanitaria. Será la figura del consejero de sanidad el que organizará el servicio de salud en su jurisdicción. Ello implica el diseño de las Áreas de Salud y de las Zonas Básicas de Salud.

La organización del sistema y la ubicación de los recursos corresponden a una planificación en la que intervienen factores tanto demográficos, así como geográficos, que delimitan las demarcaciones. Estas son las Áreas de Salud, que están confeccionadas por cada una de las comunidades autónomas atendiendo a múltiples

factores, entre otros la cercanía. En esta misma Ley el Artículo 56 define el tamaño de las Áreas de Salud, que son entre 200.000 y 250.000 habitantes

Estas Áreas de salud tienen unidades más pequeñas que son las zonas básicas de salud, que son el territorio donde actúan la atención primaria, mediante los centros de salud. Cada una de estas áreas tiene asignado un hospital de referencia. Las zonas básicas de salud pueden tener distintos nombres y abarcan entre 5000 y 25000 habitantes según criterios demográficos, de cercanía etc.

En el sistema público de salud español la estructura típica de organización de la sanidad a nivel de Áreas de Salud del cual es responsable la consejería de sanidad en su elaboración, se confecciona de la siguiente manera:

La estructura tiene dos niveles asistenciales, atención primaria y especializada, (2ª mayor parte del presupuesto). Esta diferenciación está vinculada a la accesibilidad y a la complejidad tecnológica. Sin embargo, se está viendo cada vez más que el servicio regional de salud integre los dos niveles creando el área de dirección única.

La atención primaria son una serie de servicios básicos médicos que el sistema pone a disposición de los ciudadanos. Se organizan mediante los centros de salud, que buscan la cercanía al lugar de residencia de los habitantes de ese territorio. En estos centros trabajan equipos multidisciplinares, entre los que se encuentran médicos de familia, pediatras, enfermeros y personal administrativo. Una de sus principales funciones es el de promoción de la salud y el de la prevención de la enfermedad. El historial clínico o la bibliografía sanitaria son también gestionados por la atención primaria, que recoge los datos del paciente de ambos niveles.

La atención especializada se lleva a cabo en los hospitales y en los centros especializados, no siendo obligatorio el ingreso en el centro.

GASTO SANITARIO

El gasto público en sanidad se ha convertido en uno de los grandes desafíos que tienen los países en los que existe un Estado del Bienestar con sanidad Universal y gratuita para sus ciudadanos. El aumento de la esperanza de vida, la gente cada vez vive más, las nuevas tecnologías aplicadas al tratamiento y al diagnóstico o una demanda cada vez

mayor por unos servicios sanitarios, hace cada vez más necesario un gasto más racional del mismo. A pesar de que los profesionales de la sanidad pública cada vez buscan utilizar los recursos que tienen de la forma más eficiente, existen mecanismos que facilitarían un uso más racional.

En este apartado vamos a analizar los niveles de gasto sanitario público y cuáles son los elementos que van a ejercer presión para que se incrementen.

Son muchos los factores que ejercen presión sobre el gasto sanitario, tanto desde el punto de vista de la demanda como desde la oferta. Aunque con motivo de las medidas de contención por la crisis el gasto sanitario se ha contenido, en el futuro todas las proyecciones apuntan a que va a seguir creciendo, por lo que se necesitarán tomar medidas para hacerlo más sostenible. No siempre para obtener mejores resultados hay que gastar más, sino gastar mejor y la teoría de los rendimientos decrecientes, así lo demuestra.

El gasto sanitario en España no solo no ha dejado de subir en los últimos años, sino que existen varios estudios que vienen a demostrar que las proyecciones en el gasto para los próximos años serán al alza. Según datos de la OCDE en los próximos 40 años los países miembros de esta organización requerirán un 3,3% adicional de su producto interior bruto (PIB) para la sanidad con políticas de contención de costes. En el caso de que no se llevaran a cabo estas políticas se necesitarían adicionalmente un 7,7%. Por otro lado el Fondo Monetario Internacional también llega a conclusiones parecidas para el año 2030, que estima el incremento del gasto sanitario con un valor presente neto del 50% del PIB corriente.

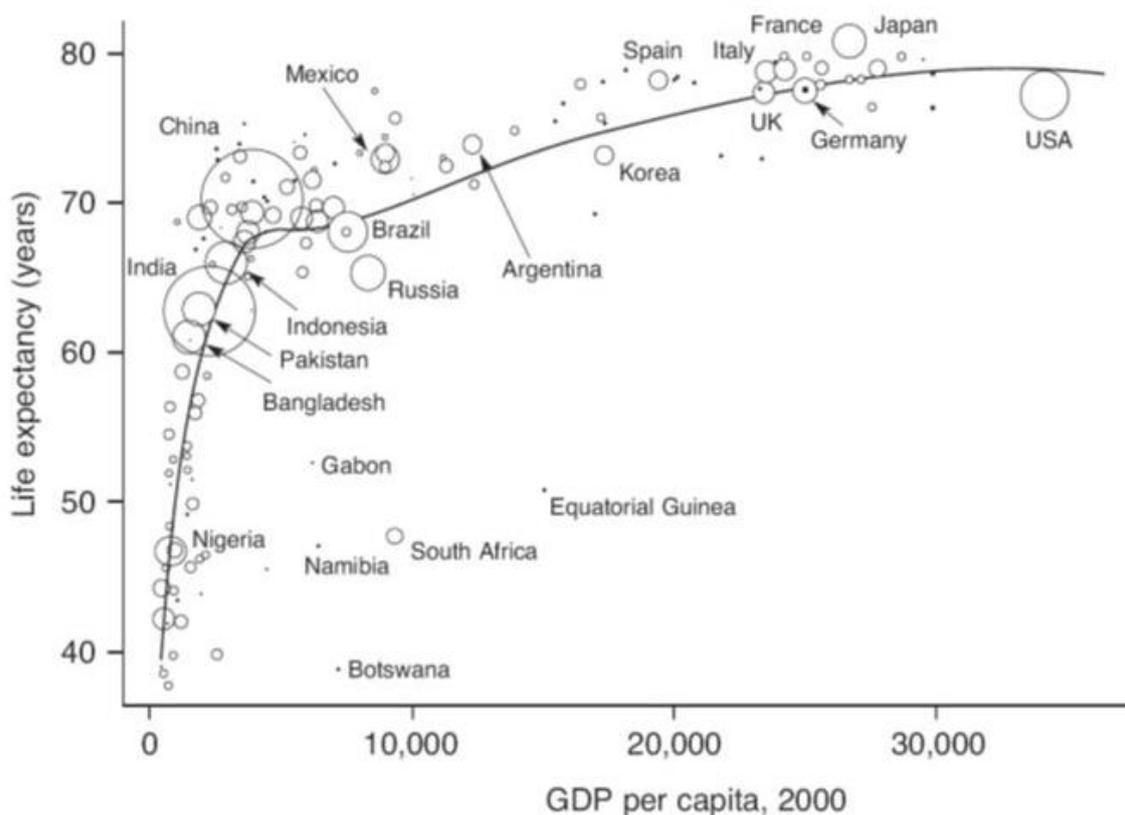
Ya hace unas cuantas décadas que el investigador Samuel Preston (1975) demostró que la mejora de la salud de las poblaciones está relacionada con el nivel de desarrollo de estas y de los recursos empleados. También es importante destacar que el estado de salud de las personas va a depender mucho de los hábitos de vida.

En este sentido, si se comparan en una gráfica la relación entre recursos empleados y un indicador de salud como puede ser la esperanza de vida, se puede apreciar una curva con pendiente inicial inclinada. La interpretación demuestra que con relativos pocos recursos se pueden obtener importantes mejoras de salud. Sin embargo a partir de ciertos niveles de recursos empleados se convierte en una asíntota, y pasa a ser horizontal. Esto quiere decir que no habrá muchas mejoras a pesar de que se aumenten

de una forma clara los recursos, por lo que es difícil mejorar estos indicadores, cuando el nivel es aceptable.

La teoría económica de la salud y la evidencia empírica demuestran que los rendimientos marginales en salud y longevidad con este nivel de esfuerzo económico son claramente decrecientes, denominado por Víctor Fuchs como “Medicina de la parte plana de la curva”²¹ (Mirar Angus Deaton 2015).

GRAFICO 3. CURVA DE PRESTON ACTUALIZADA



Fuente: Deaton, 2004

En el caso de España y de otros muchos países de su entorno, se encuentran en esta parte plana de la curva, por lo que aumentar mucho los recursos no nos tiene por que llevar a unos resultados en salud mejores.

²¹ Víctor Fuchs popularizó este término a partir de una relación entre renta y mortalidad de Samuel Preston en 1975 “The changing relation between life expectancy and economic development”

Siendo esto así para conseguir una sostenibilidad del sistema, cabría la preguntase que otras cosas habría que hacer para conseguir más valor por el dinero que utilizamos.

En este momento de austeridad en el que nos encontramos, habría que encontrar una vía por la cual nos permita estabilizar o reducir el gasto sin afectar a la salud, manteniendo los parámetros de seguridad, calidad y satisfacción del paciente en el sistema sanitario público.

Nivel de gasto sanitario

El peso que tiene el gasto sanitario en los presupuestos de los países es cada vez mayor y en el caso de España no es una excepción. La sanidad se ha convertido en la competencia de mayor volumen económico y de gestión, suponiendo entre el 30 y el 40% del presupuesto total autonómico (Bohigas, 2003)

Si nos fijamos en los estudios comparativos internacionales, España está entre los países con mejores resultados en los índices de salud con un gasto sanitario equiparable a los países de su entorno. Se sitúa ligeramente por debajo de la media europea (8,5% del PIB). Atendiendo a estos parámetros se obtienen, en términos generales, buenos resultados por el dinero que gasta. Siendo esto así ya empiezan a aparecer síntomas que vienen a demostrar que si no se toman medidas, los buenos resultados no se mantendrán.

GRÁFICO 4. GASTO SANITARIO TOTAL COMO % DEL PIB. PAISES OCDE



Fuente: OCDE 2011

Algunos analistas creen que España se debe de comparar con países que tengan sistemas de salud del mismo tipo. Cuando se compara con países con sistemas similares el gasto estaría por encima de la media.

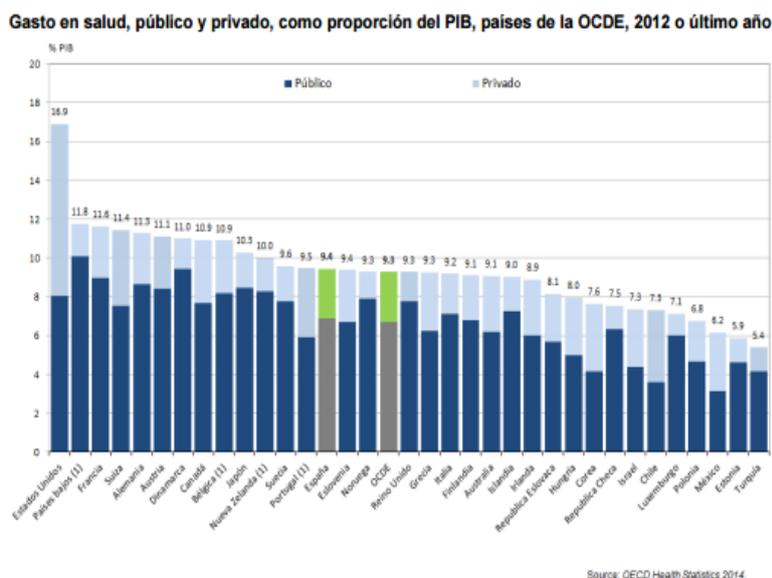
Según datos de la OCDE El gasto total del sistema sanitario español ascendió en el año 2011 a 98.860 millones de euros que representa el 9,4 % del PIB. Ligeramente por encima del promedio de la OCDE que se sitúa en el 9.3%.

Gasto privado y público PIB

En España durante el año 2011 el 73% del total de gasto sanitario fue financiado mediante recursos públicos, el resto fue financiado por el sector privado. Esto nos aproxima mucho a la media de de la OCDE que tiene una media de 72%. Formulando de otra manera, del 9,4% del PIB que supone el gasto sanitario, el 6,8% fue financiado con recursos públicos y entono al 2,6% fue financiado mediante fuentes privadas.

GRÁFICO 5

GASTO EN SALUD, PUBLICO Y PRIVADO COMO % PIB. PAISES OCDE



Fuente OCDE, 2014

Como hemos podido ver en los apartados anteriores las administraciones públicas soportan tres cuartas partes del gasto total sanitario.

Si nos fijamos en los datos que aporta el ministerio de sanidad en los últimos 5 años, las Comunidades autónomas son responsables de del 92,1% del gasto, el cual se traduce en 59.092 millones en el año 2012. Muy lejos se encuentran otros sectores como son el sistema de seguridad social y las mutualidades de funcionarios, representando el 2,2% y el 3,3% del gasto respectivamente.

Los 59.092 millones de gasto público sanitario generado en el año 2012 por las comunidades autónomas, suponen el 5,8% del PIB. Este dato significa que se ha producido un descenso respecto al ejercicio anterior significativo, ya que en el 2011 hablamos de 62.169 millones, teniendo un peso del 5,9% en el producto interior bruto. El descenso en el gasto en el periodo es del entorno de 5,6%, según el Ministerio de Sanidad. Esta desaceleración del gasto coyuntural sucede con motivo del conjunto de medias llevadas a cabo por los dos últimos gobiernos con motivo de la crisis económica. Esto sitúa la media del gasto per cápita en 1.255 euros por habitante, siempre según la misma fuente.

Prácticamente la mitad del gasto (44,6%) lo generan tres comunidades autónomas, que son también las más pobladas, que son Cataluña, Andalucía y Madrid. Cataluña tuvo un gasto de 9,480 millones de euros, Andalucía 9.223 y Madrid con 7.666 millones.

En valores absolutos las comunidades que menos gastaron fueron la Rioja, Comunidad foral de Navarra y Cantabria. Sin embargo si nos referimos al gasto por habitante Cantabria se sitúa en la primera con 1762 euros por habitante y después País Vasco con 1573 euros y Principado de Asturias con 1536 euros por habitante. En el lado contrario estaría Andalucía, Islas Baleares y Comunidad de Madrid con 1091, 1155 y 1180 euros por habitante.

Si la comparación la hacemos del porcentaje del gasto sanitario respecto al PIB de cada comunidad, nos encontramos con Extremadura con el 9,5%, Cantabria con 8,3% y Murcia con 7,9% al cabeza. Por el otro lado nos encontramos con La Comunidad de Madrid 4,1% y Cataluña 4,9% (Ministerio de Sanidad).

EL CRECIMIENTO GASTO SANITARIO

El hecho de que el crecimiento del gasto en las últimas décadas se sitúa a un ritmo poco sostenible es fácil de observar, sobre todo si nos fijamos en los datos de los últimos años. Esto es una realidad a la que está expuesta España y todos los países de su entorno.

En el gráfico que vemos a continuación se refleja la tasa de crecimiento el gasto en salud en términos reales que existe en España comparado con los de la OCDE en periodo 2004-2012 y confirma lo dicho en el párrafo anterior.

Si nos centramos en el caso de España la tasa media de crecimiento del gasto sanitario total fue del 2,5% (3% en gasto público y 1,4% en el privado) durante el periodo 2007-2011. Sin embargo en el último año de la serie (2012) el gasto sanitario público disminuyó un 3,4% mientras que el gasto privado aumentó en un 2,5%.

GRÁFICO 6

Tasa decrecimiento del gasto en salud. ESPAÑA Y promedio OCDE



Fuente: OCDE, 2014

Destacar que en relación al gasto privado, han sido los hogares los que más han contribuido con un 76,6% de participación. Prácticamente la mitad de esta cantidad se destinó a servicios de asistencia curativa y rehabilitación.

En el año 2002, fecha en el que ya todas las comunidades autónomas tienen la competencia en sanidad, el gasto pasa de 29.411 millones a más del doble solo 8 años después (61.350 mill. euros). Estos datos vienen a demostrar la necesidad de tomar medidas para seguir teniendo una sanidad universal y de calidad (IEE pag 49).

El incremento del gasto sanitario entre el periodo 2002 y el 2008 coincide con un periodo de fuerte crecimiento económico donde el PIB creció un 49% y el gasto sanitario de las comunidades autónomas un 76% (Repullo, José R. 2014). Esta circunstancia hace que el aumento de gasto no se pueda atribuir exclusivamente a la transferencia de la sanidad a las Autonomías, debido a que unos mayores ingresos de la población también lleva a un mayor gasto. La asistencia sanitaria se comporta como un bien normal, por lo que cuando aumentan los ingresos de la población existe también un incremento por servicios sanitarios.

Para este mismo investigador el problema viene en el año 2008 y sucesivos donde, debido a la crisis de las finanzas públicas pasan de un superávit en el 2007 del 1,9 % del PIB a una caída del 6,4% en 2008 y 6,7% en 2009 (Alcanzando una cifra record de déficit de -11,2%). En el caso de las autonomías con son las que tienen la competencia en sanidad, el problema se aplaza un poco debido a que en su financiación cuenta con un sistema de pagos a cuenta, que atenuó un poco la llegada de la crisis y se manifestó con toda su severidad en el año 2010.

Esta fuerte caída de los ingresos tributarios no se vio acompañada en los primeros momentos de una reducción de los gastos en sanidad, generando importantes desajustes de tipo presupuestarios. Este aumento en el gasto sanitario descuadra las cuentas ya que todos los años se encuentra por encima de los que se presupuestó para la partida en cuestión, incurriendo en el conocido como déficit sanitario. Como ya se mencionó unas de las prácticas generalizadas de las comunidades autónomas ha sido dejar facturas en el cajón para el año siguiente, que a veces afloran con los cambios de gobierno. Desde que existe el fondo de liquidez autonómico (FLA)²² las Comunidades Autónomas también cuentan con este recurso para pagar a los proveedores sanitarios. Un porcentaje

²² El Fondo de Liquidez Autonómico es una línea de crédito que el Gobierno Central ofrece a las Comunidades Autónomas que no puedan financiarse en los mercados a precios razonables.

muy importante de las facturas sanitarias han sido atendidas gracias a este fondo de liquidez autonómico.

En los últimos años, al menos de forma coyuntural, se han podido sostener el gasto con una batería de medidas en la dirección de la contención del gasto sanitario. Estas medidas van desde cambios en la política farmacéutica (con mayor aportación de los medicamentos por parte de los ciudadanos, copagos) hasta reducciones en los salarios de los funcionarios (5% de los salarios de los funcionarios, incluyendo el personal del sistema nacional de salud Famoso Real Decreto Ley 8/2010).

Estas medidas continuaron con el programa de de Estabilidad del Reino de España 2013-16, que situó el objetivo de situar el gasto sanitario público en el 5,4% del PIB, habiéndose alcanzado el 6,5% del PIB durante el año 2010.

Es importante también destacar que en este proceso de análisis del gasto sanitario, que las mutualidades de funcionarios que incluye MUFACE, ISFAS y MUGEJU se han mantenido con un ligero crecimiento, del entorno del 1,5%, siendo el único elemento de mantiene tasas positivas.

DESGLOSE DEL GASTO

Para poder determinar mejor cuales son las partidas que mayor gasto sanitario generan en España, hacemos un desglose de los gastos según su clasificación funcional y económica.

Gasto sanitario público, clasificación funcional

Si nos fijamos en el gasto que generan las distintas funciones, son los servicios hospitalarios y especializados los que de forma más clara mayor gasto generan, alcanzando en el año 2012 el 60,7%, siendo esto en términos monetarios 38.908 millones de euros. Les sigue el gasto en farmacia y en servicios primarios de salud, representando el 16,7% y el 14,8% respectivamente.

El gasto hospitalario ha crecido hasta el año 2011 y disminuye en el 2012 en 900 millones, como se observa en la serie de la tabla anterior. Los servicios de salud primarios también se aprecia una ligera alza pero empieza la reducción un año antes en el 2010. En esta partida existen diferencias destacables entre las distintas comunidades

autónomas, pudiendo encontrarnos con comunidades como Castilla la Mancha, con un 54,8% de gasto y otras como Cantabria, que alcanzan un 69,8%. Destacar que Madrid tiene también un 68,3% %, el segundo más alto.

Otra partida con bastante peso en el gasto sanitario es la de consumos intermedios y el de transferencias corrientes representando el 25 y el 17,7% respectivamente. La asignación de transferencias corrientes incorpora el gasto por receta médica (gasto farmacéutico, principalmente y así como reintegros para prótesis y aparatos terapéuticos). Les sigue en orden de importancia los conciertos con un 11,5% del total. Si hacemos un análisis más profundo de la serie 2008-2012 observamos que todas las partidas tienen una tendencia a la baja excepto la de consumos intermedios, que ha pasado de 13.775 a 16.035 millones de euros en cuatro años con un incremento de 3,9% de media anual. El mayor incremento se produce en el 2009 y en los dos últimos años, entre 1000 y 700 millones anuales.

El estudio del Ministerio de Sanidad destaca la reducción de la partida Servicios de salud pública, por la compra centralizada de la vacuna contra la gripe A en el 2009.

Clasificación económica del gasto sanitario público

Desde el punto de vista de la clasificación económica, la partida que más recursos necesita es el que está relacionada con la retribución del personal. Según los datos del ministerio de sanidad representan un 43,6% del total en el año 2012 y en unidades monetarias equivale a 27.984 millones de euros. Para otros estudios independientes llevados a cabo por la fundación BBVA la partida de remuneración de personal tiene un peso aun mayor en el porcentaje del gasto y lo considera como uno de los elementos que dificultan la inversión de grupos sanitarios.

Se puede destacar que el gasto en remuneración ha tenido un incremento hasta el 2009, pero a partir de ese año se aprecia una tendencia bajista, siendo la mayor reducción en el 2012. Esto se debe a medidas de contención salarial que se incorporaron a partir del año 2010. Las medidas llevadas a cabo por parte del gobierno de Zapatero con la entrada del Real Decreto Ley 8/2010 que redujo el salario de los funcionarios (entre ellos los del sistema sanitario público) en un 5% de media y posteriormente el cambio en la tasa de reposición del personal sanitario, explican el cambio de tendencia en los últimos años.

En este caso la reducción de esta partida se aproxima a los 1000 millones entre el año 2010 y el 2011.

Si nos fijamos en las Comunidades Autónomas, en la partida de remuneración de personal existe una importante diferencia en porcentaje entre unas regiones y otras, también debido a las distintas formulas de gestión de los hospitales, que computa los gastos de forma distinta. Vamos desde el 57% de Castilla y León hasta los 36,2% de Cataluña (datos para el 2011 que se reduce en el 2012. Existe cierta correlación inversa de la remuneración de personal con los consumos intermedios y los conciertos, teniendo Cataluña en la partida de conciertos la más alta (24%) y Castilla y León una de las más bajas con un 5,1%.

Aparte de las diferencias que hay en proporción o porcentaje ente Cataluña y Navarra, destaca la importancia de la partida para comunidades como Andalucía (4.365), Madrid, (3.482) y la propia Cataluña, (3.345 millones de euros).

GASTO FARMACÉUTICO

Durante los años de crecimiento económico se produjo un importante despilfarro en el gasto de productos farmacéuticos financiados por parte del Estado. Esta circunstancia ha hecho que a partir de la crisis financiera muchos de los esfuerzo fueran en limitar de alguna manera esta realidad. Gran parte de la reducción en gasto de salud de los últimos años ha estado vinculada a la disminución en el gasto farmacéutico. Según la OCDE la reducción del gasto en este campo fue de 6%. Algo similar ha sucedido en el resto de países, sin alcanzar una disminución tan grande como España en el ejercicio 2011. La reducción entre el año 2010 y 2011 fue de 1150 millones, que fue la más importante y está dentro de la parida de transferencias corrientes (recetas) según la clasificación económica.

Siendo esto así y aunque la mayor parte del gasto en farmacia fue gestionado por las comunidades autónomas²³, el Ministerio de Sanidad tiene la responsabilidad en política

²³ Las CCAA gestionan un 95,49 % del gasto farmacéutico, quedando lo demás generado por las Mutualidades de funcionarios 4,1% y un 0,4 por la seguridad social

farmacéutica y en los últimos años ha diseñado medidas para la contención de su gasto mediante reales decretos, con bastantes buenos resultados. La utilización de economías de escala es muy importante en esta área, ya que el tamaño del que compra, en este caso el Estado Español tiene una mayor capacidad de negociación frente a los proveedores (la industria farmacéutica) que las autonomías. Para muchos investigadores, estos proveedores son los causantes del incremento del gasto, ya que dominan el mercado sanitario (Bodenheimer, 2005 y b; Di Matteo, 2005). En este caso puede observar una tendencia creciente a la concentración de estos proveedores (Knable y Rapp, 2004). En otros países (como es el caso de Italia) donde las negociaciones son llevadas a cabo por los gobiernos regionales, el gasto tiende a ser más alto y las diferencias entre distintas regiones es mayor.

La reducción que se ha llevado a cabo en la partida farmacéutica ha sido muy considerable en España en los últimos años y deja en este campo poco margen para futuros ahorros.

El gobierno de España ha publicado tres normas, que han puesto en marcha en los últimos años, con intención de bajar el coste de las medicinas para la sanidad pública española. El primero fue el Real Decreto 4/2010 de 26 de marzo de nacionalización del gasto farmacéutico con cargo al sistema nacional de salud, marca un cambio sustancial en la política farmacéutica, que se amplía el año siguiente en el Real Decreto Ley 9/2011 con medidas de ahorro y de racionalidad. Esto se traduce en un calendario de vacunas, utilización de precios de referencia y prioridad por los medicamentos genéricos. Después el Real Decreto 16/2012 termina por añadir el copago entre sectores de la población no afectadas hasta el momento utilizando la progresividad de en la renta.

En el año 2012 el gasto farmacéutico que genero el sistema de salud mediante recetas médicas fue de 9.771 millones de euros. Este dato supone una reducción del 12,3% sobre el año 2011. Es un dato importante ya que es la primera vez desde el año 2004 que se baja de los 10.000 millones de euros.

El gasto total de las comunidades autónomas en productos farmacéuticos se estimo en 10.225 millones de euros ello representa un 17,3% del gasto consolidado del sector, Esta parida disminuyo en un 13,6% respecto al 2011.

Las comunidades que más gastan son Andalucía (1712 millones, Cataluña (1486) seguida de la Valenciana 1194 y de Madrid con 1124 millones de euros.

También aquí se aprecia una oscilación considerable entre unas comunidades autónomas y otras. Para Cantabria supuso un 13% del gasto consolidado y par Galicia llego hasta el 22,3%. En este caso Madrid y Cataluña se encuentran entre las más bajas con un 14,7% y 15,7%, no así Andalucía y la Comunidad Valenciana con 18,6 y 19,5% respectivamente (Ministerio de Sanidad).

Origen del gasto sanitario desde la vía de la oferta y de la demanda

A pesar de las distintas formas en las que se pueden organizar los sistemas nacionales públicos de salud todos comparten tensiones en el incremento de gasto. Estas tensiones pueden encontrar sus orígenes en el lado de la oferta o en el lado de la demanda.

En el lado de la demanda se encuentran factores demográficos entre otros y en el lado de la oferta de la asistencia sanitaria, como principal factor esta la mejora tecnológica en el tratamiento y en el diagnóstico. Para varios investigadores atribuyen al factor prestación sanitaria media como elemento principal del incremento del gasto sanitario para los próximos años. Este gasto se asocia con la intensidad de los recursos y la tecnología. La literatura internacional ya lleva tiempo haciéndose eco del cambio en la intensidad de los recursos y en los adelantos tecnológicos. Cuando esto se aplica a sistemas sanitario públicos como el nuestro, que se financia con impuestos se convierte en aumentos constantes del gasto sanitario. La problemática que encuentra este factor es que su evolución depende de decisiones políticas. Esto quiere decir que será el consejero de sanidad de turno el que elija cual y cuanta será la dotación de los recursos y de la inclusión de innovaciones en el sistema sanitario. La dificultad que se encuentran los políticos esta en querer satisfacer a los ciudadanos, en este caso su expectativas. Resulta difícil en un escenario de constante innovación tecnológica, como es el campo sanitario, la no inclusión de cierta tecnología, que puede contribuir a la mejora de la salud. Existe consenso en que esta tecnología contribuye de forma muy variable a la mejora de las personas, por lo que aquí se encuentra gran parte del reto de este factor. Bajo estas presiones, no cabe duda que lo que entendemos como prestación sanitaria media, va a estar entre los elementos más importantes del futuro gasto del sistema sanitario público español. En este sentido hace falta una institución que

determine si estas tecnologías valen lo que cuestan, priorizando y racionalizando en el caso de que fuera necesario.

Lado de la demanda

El aumento de la esperanza de vida y la baja natalidad han hecho de la pirámide población en los países occidentales y en España en particular tenga cada vez más gente de edad avanzada. Como en parte es lógico, las personas más mayores tienen una mayor necesidad de atención de servicios sanitarios y por lo tanto se incrementa el gasto. Según avanza la edad aumentan las enfermedades de tipo crónicas, agudas y degenerativas. Existen otros factores que están detrás del incremento del gasto por la vía de la demanda como pueden ser los ingresos o la no saciabilidad en el consumo, pero el que más va a afectar al gasto y es el más estudiado es la demografía. Dentro de lo que se considera demografía sería el cambio demográfico (aumento de la población mayor) y el incremento de la población en sí.

Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) en su informe Situación de dependencia y necesidades asistenciales de las personas mayores en España, han llegado a la conclusión de que en España la población mayor de 65 años genera más del 50% del gasto sanitario y el 76,1% de la factura del gasto farmacéutico. En general los cálculos predictivos han consistido en separar la población menor de 65 de los que son mayores de esa edad y se han multiplicado por un coeficiente corrector de 3,5 para lo que pudiera ser el coste medio para el conjunto de la población. Siguiendo este criterio Ahn et al (2003) estimó en su estudio sobre el incremento del gasto en el periodo 2002-2043 un incremento del 0,68% anual sobre gasto sanitario/PIB. Algunos investigadores han criticado esta metodología por no ajustarse a todos los parámetros relativos a la morbilidad y esperanza de vida.

Otra metodología que se está utilizando es la que relaciona el gasto con el año de defunción. Zweifel et al (2004) demuestra la importancia que tiene el año de defunción en el gasto.

Otro de los elementos que más se toma en consideración para muchos estudios es la probabilidad de ser hospitalizado a lo largo de la vida. El coste medio del ingreso en el hospital fue cuantificado en 15.000 euros por parte de Seshamani y Gray en año 2004.

En su estudio longitudinal muestran como la probabilidad de ser hospitalizado en el último año de vida cambia del 10% al 55%.

Estos mismos investigadores utilizando modelos más avanzados estudiaron como afectaba a los costes hospitalarios la edad y la proximidad a la muerte. Utilizando datos longitudinales durante 29 años sobre una población inglesa, pudieron comprobar que la proximidad a la muerte afecta hasta 15 años antes de la muerte, siendo el aumento en los costes hasta diez veces a partir de los 5 años antes de la muerte.

Varios investigadores estiman que la cercanía a la muerte es uno de los factores poblacionales más importantes como determinante de gasto.

A conclusiones similares han llegado Blanco et al 2013 para el caso español con componentes del gasto sanitario y proyecciones en el caso de España. Concluyen que el proceso de la muerte es el elemento más importante como factor poblacional de gasto sanitario, siendo incluso mayor a edades más tempranas.

En las proyecciones de Puig Junoy (2006) el factor demográfico, esto es, cambio en la estructura poblacional y aumento, lo considera como uno de los elementos determinantes en el incremento del gasto, pero asumible con unos niveles normales del crecimiento del PIB, si los demás factores se mantienen constantes.

Lado de la Oferta

Para los investigadores que trabajan en el campo de la economía de la salud, la tecnología se encuentra como uno de los principales causantes en el incremento del gasto sanitario. La incorporación de tecnologías muy avanzadas tanto para el diagnóstico como para el tratamiento en el mundo de la medicina ha sido constante y ha sido incorporada en la mayoría de los sistemas públicos de salud avanzados. Ya en los estudios de Newhouse en 1992 llegó a esta conclusión, siendo este la causa principal por delante de otros factores como es el envejecimiento de la población o la mayor cobertura sanitaria. Según el informe del 2012 del círculo de empresarios sobre un sistema sanitario sostenible también es el determinante más importante, explicando entre la mitad y tres cuartas partes de todo el crecimiento del gasto sanitario. Siendo así el documento atribuye también a la tecnología una posible reducción de costes mediante

ganancias en eficiencia o por la mejora en la salud que puede generar, evitando una atención más prolongada y costosa.

También Culter (2007) llegó a conclusiones similares respecto a la tecnología, que la atribuye un peso importante en la longevidad de las personas en las últimas décadas, pero también al incremento en los costes. Esta circunstancia de la contribución de la tecnología ha sido similar en la mayoría de los países (Ginsburg, 2008)

Guillen Casanova explica en un documento sobre la situación del Sistema sanitario, le atribuye a la tecnología gran parte del crecimiento, utilizando un enfoque de tipo macroeconómico, en el que la mayor parte del crecimiento residual que no está explicado, se le relaciona con la tecnología. Este fue el enfoque que utilizó Newhouse a principios de los años noventa, concluyendo que si la tecnología hubiese sido constante en el periodo que estudio entre 1940 y 1990, otros factores como los cambios poblacionales, el aumento de la renta y el aumento en la cobertura hubieran representado “ menos de la mitad, tal vez menos de la cuarta parte”.

La evidencia empírica

Existen algunos estudios que utilizando una combinación de estos factores, analizan el peso que tiene cada uno de ellos en el incremento

En una evaluación realizada por Jaime Puig – Junoy et al. (2009) sobre proyecciones de gasto en cuatro de los componentes más relevantes, que serían los hospitalarios, atención primaria y farmacia entre otros, utilizando tres tipos de metodologías distintas; Un primer modelo valorando el sexo y la edad para hacer los perfiles de gasto y proyecciones demográficas. Un segundo modelo en el que se añade o no la supervivencia de las personas y un tercero que se ajusta por los costes de la muerte y de la inmigración.

Respecto a las principales evidencias de su estudio, destaca que en el primero de los modelos, el factor cobertura tiene un mayor peso en la explicación del incremento del gasto que el envejecimiento de la población. En este caso compara comunidades autónomas en donde la población no ha variado mucho con otras en donde existe un mayor dinamismo poblacional. En las primeras en el que el papel del envejecimiento es

mayor, el ritmo de crecimiento del gasto se sitúa por debajo del 0,7%. Sin embargo en aquellas regiones donde hay más crecimiento de la población, si se analiza junto al envejecimiento el crecimiento del gasto se sitúa en las cuotas superiores al 2%.

Para estos investigadores el factor muerte reduce el peso del envejecimiento según deducen de los factores del segundo modelo.

Para Gullén Casanovas la influencia del aumento de la población y el envejecimiento no es el elemento fundamental de la sostenibilidad del gasto en términos del PIB, si se mantienen los demás factores iguales, aunque si estima que se deben adaptar al sistema actual. Sin embargo le concede relevancia a las **decisiones políticas**, expectativas sociales y **factores culturales** en la explicación del incremento del gasto. Este investigador estima que el crecimiento del gasto por encima de lo normal, va a depender del ritmo del crecimiento de estos componentes endógenos. Para ello pone como ejemplo la medicalización a la que está expuesta la sociedad española, que se ve reflejada en las prescripciones per cápita de la población. En este sentido los investigadores Gil, V. et al (2010) encuentran un aumento en la intensidad de los recursos utilizando la tecnología de la asistencia. A esta conclusión llegaron al analizar la evolución de la tasa de morbilidad hospitalaria enfrentando la del año 1991 con la del año 2006.

PRINCIPALES REFORMAS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

En las últimas décadas se han producido varias reformas del sistema sanitario público español, que para bien o para mal han tenido algún tipo de efecto en la calidad y eficiencia del sistema. Por ello es necesario para nuestro estudio saber cuáles han sido los resultados y las consecuencias de estos cambios que se han realizado. Como muchas de estas reformas han ido más encaminadas en dar un mayor protagonismo a los gobiernos de las comunidades autónomas y otras se han enfocado en aumentar la equidad en momentos de de crecimiento económico, nos encontramos dificultades para mantener estos estándares de calidad con los recursos escasos de los cuales disponemos en la actualidad.

La consolidación de un servicio sanitario universal junto con el traspaso de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, caracterizan las reformas institucionales más importantes de las últimas décadas. A nivel regional los cambios en los modelos de gestión que han realizado algunas comunidades autónomas, como ha sido en algunas zonas de Valencia, Cataluña y de Madrid, también han sido cambios importantes en la cultura de la sanidad hasta el momento y serán analizadas. En el campo de la financiación de las Autonomías, se han hecho algunos cambios, que tienen gran relevancia a la hora de hacer viable el sistema sanitario público en un contexto más complejo como el que se ha vivido en los últimos años.

Por último se estudiará las últimas medidas que ha tomado el gobierno en la contención del gasto mediante las medidas adoptadas de urgencia durante la última crisis económica con el Real Decreto 16/2012. Si bien se han producido otras reformas de menor calado de las cuales también haremos mención.

La reforma hacia una Cobertura universal

Uno de los principales objetivos de los países desarrollados es el de tener una población mayoritariamente cubierta en el campo sanitario, ya que ello va a tener una importante relación con el nivel de vida y de salud de la gente. Existe un amplio consenso en que una cobertura universal aumenta los indicadores de salud de un país y en eso España es un buen ejemplo. Originalmente el sentido de la universalidad de los servicios sanitarios está vinculado a reforzar la posibilidad de que todos los ciudadanos tengan acceso a una atención sanitaria de calidad, independientemente de su condición económica, reforzando el principio de equidad. Esta universalización de la sanidad en España tiene como característica principal su gratuidad en el punto de atención, que de cara a la equidad es muy a tener en cuenta, pero es uno de los motivos por los que no se consigue disciplinar el gasto para algunos autores como Julio-Gomez Pomar.

Una de las razones que en parte justifican el importante incremento del gasto es que en los últimos diez años el número de españoles protegidos ha aumentado en siete millones y la cifra de mayores de 65 ha subido en un millón de personas según datos extraídos del diario económico cinco días.

Siendo esto así, en su concepción puede causar, además de aumento del gasto sanitario, problemas de masificación del servicio, al estar vinculado al aumento de la población en

su conjunto. Esto podría suceder si no se realiza una buena planificación y no se disponen de los recursos necesarios para poder poner en marcha una característica, a la que aspiran la mayoría de los países de nuestro entorno.

La universalidad de la sanidad junto a su gratuidad en el punto de atención puede generar algunos problemas desde la teoría económica del consumidor. Por un lado genera problemas con las preferencias del consumidor. En la mayoría de los mercados asumimos que las cantidades y precios que observamos, reflejan las preferencias del consumidor (demanda) con los costes que ello lleva producirlos (oferta). Los consumidores comparan los precios de diferentes servicios cuando hacen sus decisiones de compra, siendo el precio que pide la empresa el coste de la provisión del servicio. En países donde el gobierno provee los servicios sanitarios de forma gratuita, el coste no se ve reflejado en el precio. Por este motivo es difícil saber si el país lo está haciendo bien en cuanto a costes y efectividad respecto a las preferencias del consumidor.

La masificación del servicio a la que se podría enfrentar el sistema sanitario español, que se puede contrastar con el importante número de visitas por habitante (bastante más de la media de los países de nuestro entorno) o las urgencias de algunos hospitales en ciertos periodos del año puede encontrar explicación, al menos en parte, con lo que se conoce como riesgo moral. El riesgo moral es un tipo de acción llevada a cabo por algunas personas a consecuencia de la información asimétrica. Se refiere a cambios de comportamiento de estas personas cuando han entrado en una transacción, en el que la contraparte queda en peor situación. En el sistema sanitario cuando uno está cubierto, en este caso de forma gratuita, los ciudadanos pueden ir a visitar al médico por causas menores, cuando no lo harían en el caso de no estar cubiertas por el coste que ello conllevaría. En el caso español se producen gran número de visitas poco justificadas, como así reconocen muchos médicos y jefes de servicio.

La cobertura del sistema de salud ha cambiado mucho en el último medio siglo. Empezó siendo de aproximadamente una quinta parte de la población en 1940, paso a ser de la mitad en 1960 y gracias a un esfuerzo importante en inversión paso a cubrir el 80% de la población en 1970. En aquella época fue fundamental en este proceso de aseguramiento, la aprobación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1944 y la

posterior Ley de bases de la Seguridad Social del año 1963, que aunaba el esfuerzo hecho hasta el momento.

Después con la llegada de la democracia y con la redacción de la constitución Española, en su artículo 43 habla del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, también establece que es competencia de los poderes públicos el organizar y tutelar la salud pública. Sin embargo no es hasta la llegada de la Ley General de la Sanidad puesta en marcha por el Ministro socialista Ernesto Yuch, cuando el sistema alcanza la universalidad y de una forma descentralizada. Este cambio se hizo de forma escalonada desde mediados de los ochenta y supuso el cambio de modelo, financiado inicialmente con cotizaciones sociales a un sistema sanitario financiado mediante impuestos, en donde todos los residentes y no residentes del país tenían derecho a una asistencia sanitaria. Ha este respecto en los últimos años ha habido algunos cambios con motivo de la Ley 16/2012 en donde introduce el concepto de asegurado. Con motivo de la crisis y con intención de conseguir la sostenibilidad del sistema, con una caída importante de ingresos, se limitó en parte el acceso para algunos sectores, con la intención de mantener la calidad y también de poder facturar a terceros.

Resultados de la reforma hacia un Sistema Universal,

Algunos autores como Julián García Vargas le atribuyen a la consolidación de la Universalización de la cobertura sanitaria el aumento del gasto público en el periodo de que comprende entre mediados de los años ochenta y principio de los noventa, con motivo de la aprobación de la Ley General de la Sanidad. Este hecho produjo según este mismo autor importantes desviaciones presupuestarias que podían llegar a ser de hasta el 10%. Para el ex ministro de Sanidad, estos fueron los motivos que hicieron retrasar la financiación mediante impuestos (adoptada en 1988) y no con cotizaciones sociales, como corresponde a sistemas sanitarios de este tipo.

Aunque esto fuera así y la sanidad era principalmente gestionada por el INSALUD, en ese periodo ya había algunas comunidades a las que se les había transferido la competencia.

En estudio llevado a cabo por Jaume Puig – Junoy et al. (2009) en distintas poblaciones, el cual ya hacemos mención con anterioridad, el autor le otorga una importante relevancia al factor cobertura en su contribución en el aumento del gasto. El comprobó que en las poblaciones con un mayor dinamismo existía un mayor

incremento del gasto respecto a las que estaban más estáticas. En el estudio atribuye un mayor peso al el crecimiento de la población que al envejecimiento en sí.

Respecto al impacto que ha podido tener la inmigración sobre el gasto en los servicios sanitarios dado su carácter universal y gratuito que la Ley General de la Sanidad concede, encontramos un estudio llevado a cabo por Arizaleta et al (2009) en donde realizo una investigación con una metodología longitudinal con carácter retrospectivo, en donde analizaba los ingresos hospitalarios de agudos en la Región de Murcia durante el periodo 2004/05. En el hicieron una separación por lugar de nacimiento, siendo España, Europa de los 25 y resto de países. Los principales motivos que generaron los ingresos fueron por embarazo, parto y peripuerio. En los resultados el coste por ingreso para el grupo de nacidos en España fue de 3529 euros, mientras que para el grupo de Europa de los 25 y el resto de países el coste del ingreso se situó en 3231 euros y 2423 euros respectivamente. En este mismo estudio se analizaron los costes medios por años de aseguramiento estandarizado y resulto que para los españoles es de 263 euros, 217 euros para los europeos de los 25 y 219 para el resto de países.

En la investigación llegan a la conclusión de que tanto la frecuentación, así como los costes por ingreso y por año en el periodo analizado los españoles están netamente por encima sobre todo respecto de los de resto de países. Esta conclusión en parte es lógica si analizamos la edades de los que el estudio nombra como “resto de países”, que por lo general es población más joven y con menos necesidad actual de una asistencia sanitaria. En este sentido la población inmigrante suele hacer más uso del servicio de urgencia de los hospitales más que de otros procesos crónicos.

Acceso al sistema sanitario

Respecto a la facilidad de acceso a los servicios sanitarios de la población española por niveles de renta no se aprecian diferencias importantes.

Según un estudio de Abasolo et al 2008 que examina la evolución de la igualdad o equidad en el acceso al sistema sanitario, en el que se analizaban parámetros como el número de visitas al doctor, entradas en urgencias u hospitalización en el periodo 1987 a 2001, pudieron comprobar que diferencias en renta de los habitantes no condujeron a diferencias en acceso para mismo nivel de necesidad. Sin embargo el hecho de tener un seguro de salud privado, si que genera diferencias en equidad horizontal, sobre todo en

las visitas al especialista, en donde el tener un seguro así como los ingresos de los habitantes sí que tienen importancia.

El problema que tiene este estudio es que a pesar de que cubre un periodo de estudio muy largo (14 años), no es muy reciente y sería interesante saber cómo sería a día de hoy.

En otro estudio llevado a cabo por la iniciativa de investigación Atlas VPM en 180 áreas de salud en el país, en el que se utiliza otra tipo de aproximación a la equidad para seis tipos de servicios especializados, no encontraron diferencias significativas de acceso entre zonas más ricas y más pobres salvo para masectomía en el rango de edades entre 50 y 70, que según el estudio se utilizó más en las zonas con mayor nivel adquisitivo. El estudio llega a la conclusión de que el estatus económico no es uno de los principales elementos de inequidad, recalando que la distancia a un proveedor de alta tecnología si lo podría ser.

La Reforma de la Transferencia de la competencia de la sanidad a las CCAA

Empezamos analizando la reforma que tuvo lugar con motivo del traslado de la competencia de la sanidad del Estado a las Comunidades autónomas, que supone un cambio importante en el proceso de descentralización con repercusiones en los parámetros de eficiencia y calidad. Para algunos autores como Guillen Casanovas el traspaso de las competencias en sanidad a las comunidades autónomas es la reforma de mayor relevancia de las que se ha hecho hasta el momento y todo lo demás ha ido en la vía de la contención del gasto. Lo que reflejan los datos macro es un aumento importante en el gasto sanitario desde que las autonomías toman las decisiones sobre sanidad, por lo que si creemos que haya contribuido directa o indirectamente a su aumento, entre otras cosas por el incremento del aparato del estado y por el aumento de las prestaciones por parte de los gobiernos regionales. La dificultad está en ver cuanto ha podido contribuir a ello y como ha afectado en la calidad del servicio y si se han conseguido mejorar los resultados. Es la relación entre los recursos empleados y los resultados obtenidos, lo que nos permitirá identificar el verdadero coste de oportunidad de la política de descentralización.

En la actualidad la sanidad se ha convertido en la partida más importante que manejan las comunidades autónomas seguida de la educación, siendo la suma de ambos dos el 80% del presupuesto total. Este dato viene a demostrar que cualquier ajuste que se quiera realizar en el gasto va a afectar seguramente a estas dos áreas, que son a su vez las más sensibles a la opinión pública.

La transferencia de la competencia de la sanidad del gobierno central a la comunidades autónoma es un caso de descentralización de recursos a la periferia, que Rondinelli en el año 1980 lo calificó como un caso de “devolución”. Esta descentralización es de corte más político que otra cosa y obedece a funciones que luego no son fácilmente reversibles. El Estado paso a las regiones la mayor parte de competencias relacionadas con las personas y el Estado del Bienestar, excepto el Sistema de Seguridad Social. Hasta ese momento era un modelo centralizado desde el punto de vista legislativo, de planificación y de provisión de los servicios sanitarios. A parte de que esta reforma se haya hecho por motivos políticos más que por otros criterios, también responde a una lógica económica.

Se supone que la descentralización ayudaría a solucionar algunos de los problemas del gran tamaño del Estado y de sus servicios públicos. También se le atribuye una mayor facilidad a la hora de determinar las preferencias locales, mayor flexibilidad en las respuestas y con mayor información (Magnussen, 2007). Esto sería así en el supuesto de que las necesidades, preferencias y demandas de cada población fueran distintas entre sí. Respecto a la información facilitada para la toma de decisiones, se supone más accesible cuando se facilita de forma local que cuando se hace de una forma centralizada.

Varios autores como Arias estiman que existe una mayor rendición de cuentas por parte de los gestores. En este sentido la descentralización debería facilitar nuevos cauces de participación y de rendición de cuentas para los gestores.

La teoría económica que analiza la forma en la que estas competencias como la sanidad son asignadas a los ciudadanos a través del reparto de funciones entre el gobierno central y las comunidades autónomas es la teoría del federalismo fiscal. En ella se analiza cual debe ser el nivel de gobierno para la asignación de los bienes y servicios públicos de la manera más eficientes y también estudia cual de las administraciones debe propiciar estabilidad económica.

En la teoría se analizan los bienes públicos locales, como podrían ser la sanidad pública, en donde el consumo estaría limitado a los ciudadanos residentes de una determinada zona geográfica. Se darían bajo estas circunstancias una mejor asignación por parte de gobiernos más pequeños, que serían en este caso los gobiernos subcentrales, por que estarían en una mejor posición que los gobiernos centrales a la hora de poder entender las características de una demanda local. Bajo este escenario, los gobiernos centrales están más limitados y tendrían que prestar un servicio más uniforme en todo el territorio nacional, que conllevaría a una pérdida de bienestar por parte de los ciudadanos por ser este un órgano menos eficiente para este fin.

En otras palabras el “Teorema de la Descentralización”²⁴ dice que en el caso de no que no se produzcan ahorros importantes de coste por economías de escala, vinculados a una provisión centralizada, los gobiernos subcentrales serán más eficientes para proveer los niveles óptimos de producción de sus correspondientes jurisdicciones. En el caso del servicio sanitario público sería en general de aplicación, porque la asistencia sanitaria por norma general (salvo en algunos casos) se lleva a cabo en cada jurisdicción. Las economías de escala se podrían encontrar en el gasto farmacéutico a nivel nacional, por descuentos en compras etc. En España se está haciendo así sobre todo desde el Real Decreto 6/2012 con la compra de medicamentos y vacunas a nivel nacional.

Por otro lado el argumento de una provisión más eficiente por parte de los gobiernos subcentrales pierde fuerza cuando los costes y los beneficios de los bienes que se producen pasan de una jurisdicción a otra. Esto generaría ineficiencias y se conoce por el termino ingles como “Spillover effects” (Efectos de Spillover). El efecto sucede en algunos bienes públicos de provisión local, como es el caso de la sanidad, en los meses de verano, cuando muchos ciudadanos españoles se van a las costas del mediterráneo y utilizan los servicios sanitarios de esa comunidad autónoma. Si no existe un mecanismo de corrección a nivel financiero entre comunidades, esa región asumirá los costes.

El reparto de la transferencia de la competencia de la sanidad por parte del gobierno a las comunidades autónomas se hizo de manera escalonada y asimétrica, empezando en los ochenta y generalizándose en todo el país en el año 2002, fecha en la que se completa la transferencia a las comunidades autónomas. Por lo que esta reforma se

²⁴ Oates, Wallace E. (1973), *Fiscal Federalism*. New York. Harcourt Brace Jovanovich

convirtió en un proceso de transferencia que se prolongó durante un periodo cercano a 25 años. Se puede decir que hubo dos velocidades a la hora de transferir las competencias a las distintas regiones. Por un lado las comunidades autónomas que ya tenían tradicionalmente un mayor grado de autogobierno, incluso anterior a la Dictadura de Franco (País Vasco, Navarra y Cataluña), junto con las demás autonomías que tienen una fuerte identidad regional como pueden ser Andalucía, Galicia y Valencia). Estos territorios obtuvieron la competencia de sanidad entre 8 y 20 años antes que el resto de Comunidades autónomas, que tuvieron que esperar hasta el año 2002. Esta prolongada reforma empezó con anterioridad a la ley general de la sanidad y las competencias en materia de sanidad se fueron transfiriendo a las Comunidades autónomas a través de Decretos de Ley.

La primera Comunidad Autónoma al cual se transfirió la competencia de sanidad fue a Cataluña en el año 1981, seguida de Andalucía en 1984 y del País Vasco y Valencia en el año 1988. Un poco más tarde llegaron Galicia y Navarra en 1991 y las Islas Canarias en 1994, finalizándose el proceso de transferencia de la sanidad a los restantes territorios en el año 2002. Durante esos 25 años de transición las regiones que permanecieron gestionadas por el gobierno central era el INSALUD el encargado de organizar la sanidad de aquel territorio.

Cada una de las 17 comunidades tienen la capacidad de organizar y gestionar su servicios de salud en su territorio con gran autonomía y los límites los delimita la legislación nacional en todo lo relacionado con la salud. Estos límites serán los que garanticen el cumplimiento de los principios de universalidad y gratitud del servicio de salud. Esta circunstancia permite a las autoridades innovar para dar la mejor atención posible, pero también puede estar detrás de la generación de desigualdades en la atención sanitaria que se perciben en cada parte del territorio español.

La distinta velocidad con la que transfirieron la competencia de sanidad llevó entre otras a tener gran variedad de experiencias en cuanto a la gestión del servicio. Sobre todo en aquellas que obtuvieron primero la competencia.

Resultados de la transferencia como reforma

Aunque no existe mucha literatura al respecto existen algunos estudios que intentan aislar la repercusión de la cesión de la competencia de la sanidad a las autonomías desde el punto de vista del impacto en el incremento del gasto y en la calidad de los servicios. En lo que se refiere a los gastos, desde la transferencia de la sanidad, por distintos motivos, el gasto se ha incrementado de forma clara. De hecho es un elemento que se puede constatar, y para algunos autores como Puig – Junoy lo ha descrito como una “burbuja sanitaria”. Aquí podrían entrar algunas duplicidades, algunas pérdidas en cuanto a economías de escala y aumento en el personal contratado.

Este incremento del gasto también ha tenido repercusiones en la calidad. Desde la cesión de la competencia de la sanidad de los gobiernos centrales a las autonomías se han producido algunas mejoras cualitativas como resultado. Este es el caso de una mayor transparencia e información en las actuaciones. Esto sucede por la mayor cercanía del gobierno a los ciudadanos de su jurisdicción, que genera una mayor responsabilidad y requerimiento de información por parte de los políticos. A veces sucede por el simple hecho de dar a conocer los logros de los gobernantes con los ciudadanos.

Aunque carecemos de indicadores solventes de calidad de los servicios públicos como la sanidad, es apreciable un incremento en la calidad en estos últimos años al pasar de un nivel central a las distintas autonomías. Esto ha sido así, hasta estos últimos años, donde se observa un cambio de tendencia, con una pérdida de valoración por parte de los ciudadanos. En la actualidad a pesar de los pocos estudios realizados, existen encuestas sobre la calidad del servicio, como puede ser el Barómetro sanitario, que se realiza todos los años por parte de la administración central.

Si nos fijamos en el barómetro sanitario del 2006 la población valora bien la gestión autonómica, siendo un 33% los que opinan que es mejor que la estatal frente al 6,8 % que la califica como peor. Para algunos investigadores como González y Barber, 2006, no se puede atribuir a los sistemas descentralizados los resultados o “outcomes”, como pueden ser ganancias en salud o parámetros de morbilidad. Para ellos estas variables están afectadas por factores que tienen más peso en su variación.

En todo caso los últimos Barómetros sanitarios, los más recientes, que recogen las dificultades financieras de los últimos años, indican ya peores resultados en la

satisfacción del paciente respecto a las listas de espera, principalmente y también en la atención primaria y especializada.

Por otro lado la transferencia de la sanidad a los gobiernos regionales a conseguido que cambios en la manera de gestionar el servicio. Para poder alcanzar mejores resultados en eficiencia y en calidad, gracias a la flexibilidad e innovación local, se ha producido una competición en propuestas de formulas de gestión y nuevos servicios que están relacionados con la posibilidad de diferenciarse políticamente. Para Javier Rey (Rey 1998) estas tendencias entre diferenciación y uniformidad son complejas y cambiantes. En este aspecto la información facilitada para poder realizar comparaciones es relativamente escasa.

En esta línea los investigadores como González y Barber (2006) han llegado a conclusiones parecidas. Para ellos la transferencia de la sanidad a las comunidades autónomas ha tenido efectos positivos en la delimitación de tiempos de demora, generándose una competencia entre las regiones por este motivo. Ese hecho se reflejaría en las listas de espera de algunos servicios, como puede ser el tiempo de espera para ciertos diagnósticos o intervenciones quirúrgicas. Lo que también se hacen eco los investigadores es que esta presión se trasladaría a los parámetros más visibles y mediáticos.

Crecimiento del Aparato administrativo con la Transferencia sanitaria

Desde que se produce la transferencia de la competencia de la sanidad se esperan aumentos en los costes tanto administrativos, como por transacción por varios motivos. Por un lado existe un aumento del número de funcionarios por parte de las comunidades autónomas y por otro se necesitan un mayor número de unidades de decisión, que anteriormente se trasladaban por jerarquía.

En este caso el incrementó en el número de funcionarios de las CCAA, no será compensado por la reducción de los del Estado, por la duplicidad de niveles técnicos y de decisión.

Analizando los datos del boletín estadístico del Ministerio las Administraciones Públicas, se puede aproximar al coste administrativo por medio de la evolución del número de funcionarios (MAP, 2007). Analizando los datos del periodo puede confirmarse el importante trasvase de funcionarios de la Administración Central a las comunidades autónomas. El saldo refleja que el gobierno central ha reducido su tamaño en un 38%, mientras que las Autonomías lo han incrementado en un 80% (Repullo 2007).

Con estas cifras se estima que el aumento en el número de funcionarios podría superar con facilidad las 200.000 personas en el periodo de 1998 al 2007. Este aumento no se puede imputar exclusivamente al gasto de la administración, ya que también entrarían la mejora del servicio y las nuevas prestaciones, pero en cualquier caso, demuestra una importante tendencia expansiva que ha generado la descentralización.

En el análisis de la tabla se puede apreciar un incremento del 27%, en el apartado tanto de Personal Sanitario, como en el de Personal Administrativo en el periodo que va de 1997 al 2005, siendo algo menor para los grupos de Personal no sanitario o los de Dirección y gestión que con un incremento del 19 y 15,6 % respectivamente, no alcanza los mismos niveles que las partidas anteriores.

Otro campo donde se pueden vislumbrar cambios por la descentralización es en las retribuciones del personal. Se pueden comparar los sueldos del personal sanitario entre las comunidades que recibieron la transferencia antes y las que lo han recibido después, en este caso año 2002. Los datos demuestran, que las comunidades que llevan más tiempo gestionando la sanidad, son más sensibles a las peticiones de profesionales a los aumentos salariales, que las que habían permanecido bajo el paraguas del INSALUD. Estas diferencias estaban entorno al 6% para el personal facultativo especializado de las distintas comunidades y con la devolución total de la competencia fueron convergiendo, estando a día de hoy entorno al 2%. Más acusada fue la diferencia entre las enfermeras, que llegaron a tener un diferencial del 17%, cifra que se fue reduciendo hasta el 4% en 2005 (Repullo 2007). La excepción han sido los médicos de familia que tras la reforma de la atención primaria ha seguido un patrón inverso.

Otro de los elementos que se han podido apreciar tras el reparto de la competencia en el año 2002, es el incremento en inversiones como infraestructuras y servicios que se han

ido produciendo. Por ejemplo en el número de hospitales, se ha producido un incremento de 779 en 2005 a 803 en 2009 (Gomez-Pomar, Julio 2010)

La realidad también demuestra que las formulas empleadas para poner en marcha estas infraestructuras han sido colaboraciones público privadas que han trasladado el coste a las generaciones futuras, por alargar los plazos de la financiación²⁵. También algunos servicios los han trasladado a consumos intermedios. A pesar de esto se ha producido un incremento en el presupuesto autonómico relevante en el periodo que comprende los primeros años de la transferencia (2001 a 2005) que se sitúa en torno al 45%.

Para algunos gestores de la administración pública e investigadores, el aumento de las inversiones hospitalarias era algo necesario, que estaría pendiente desde que el INSALUD gestionaba la sanidad. Por otro lado el reparto ha sido desigual y algunas regiones tienen en la actualidad un exceso y otras siguen con carencias, pero esto también tiene que ver con las características regionales. Habiendo hecho gran parte de los gastos estructurales sanitarios, existe una gran diferencia en el tamaño de la población de cada una de las comunidades autónomas, habiendo algunas con trescientos mil habitantes y sin embargo con otras que superan los siete millones de habitantes.

Igualdad en el acceso al servicio

En el estudio sobre diversidad y desigualdades, en los resultados del sistema de salud español, el profesor Gullén Casanovas estima que a pesar de la heterogeneidad de las Comunidades autónomas, no ha podido apreciar un aumento en las desigualdades en factores de producción y resultados, desde la transferencia de la competencia de sanidad a las distintas regiones. El investigador encuentra estos resultados consistentes con otros estudios realizados

En este mismo estudio llego a la conclusión que, una vez consideradas las necesidades de las distintas regiones, indica que existen evidencias de mejoras en eficiencia de los recursos. Estas mejoras en la eficiencia las relaciona con una mayor asunción de

²⁵ En el capítulo del sistema nacional del Reino Unido (NHS) se estudia el caso internacional de las colaboraciones publico-privadas y su financiación.

responsabilidad política, respecto a la demanda de los pacientes, que se traduce en una mayor eficiencia del sistema de salud.

Otro de los estudios que van en la misma línea, es el llevado a cabo por Andrés Rodríguez-Pose y Roberto Ezcurra en un estudio conjunto entre el London School of Economics con el Centro Internacional de Estudios Económicos y sociales. En el hace una evaluación de 26 países de la OCDE haciendo un importante análisis de datos durante 15 años. Una de las principales conclusiones es que “la descentralización política no afecta a la evolución de las disparidades regionales, mientras que la descentralización fiscal puede contribuir a reducirlas”. En particular, evidencia que en el caso de la descentralización de los gastos sanitarios se observa una tendencia a reducirlas. Esto sucedería en Estados desarrollados con rentas altas y con un estado de Bienestar bien implantados, donde una mayor descentralización no afectaría a la cohesión territorial, solo en este caso mejorarla.

En este campo no existe un consenso absoluto. Un ejemplo son las conclusiones que se extraen del informe anual que realiza la federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública (FADSP) desde el 2004, que estudia los datos de 2014,2015 y algunos del 2016, en el que valora los servicios sanitarios de las diferentes comunidades autónomas en función de 28 parámetros, como gastos per cápita , camas por mil habitantes, gasto sanitario, privatización de los servicios sanitarios, listas de espera y la satisfacción de los usuarios según el Barómetro Sanitario, refleja diferencias importantes entre regiones. Siendo la máxima puntuación 106 y la mínima 26, nos encontramos comunidades como Navarra con 83, Aragón con 82 y País Vasco (82) a la cabeza y por otro lado Cataluña Murcia, Canarias y Valencia con puntuaciones de 55 hasta 46. Destaca la subida de Extremadura y Castilla la Mancha es 7 puntos. El informe refleja diferencias considerables en gasto por habitante (El país vasco invierte 50% más que Andalucía por habitante), en camas por cada mil habitantes y en quirófanos. Según el portavoz de FADSP Sánchez Bayle las diferencias entre comunidades son **excesivas** desde hace años.

Transferencia sanitaria y gasto sanitario

Para el investigador José Repullo la transferencia de la competencia de la sanidad del INSALUD a las Comunidades autónomas por sí misma no parece demostrar un efecto general sobre el gasto sanitario por persona. Analizando los dato publicados en el año

2007 por parte del Grupo de Trabajo para el Análisis del Gasto Sanitario (GTAGS) para comparar en el año 2001 las Comunidades autónomas con la competencia transferida (Siete Autonomías con casi 20 millones de personas cubiertas) con aquellas que seguían bajo el mandato del INSALUD (10 comunidades con 12 millones de personas), demostraron que ambos tenían un gasto sanitario per cápita similar (821 frente a 812).

Para este mismo investigador este resultado es lógico, debido que hasta enero de 2002 el sistema de financiación era finalista, aplicándose la Ley 21/2001. Bajo esta circunstancia la asignación a las comunidades autónomas se daba en función de los resultados de las del INSALUD. Llegando a la conclusión de que es a partir del año 2002 con una financiación no finalista se podría comparar mejor las diferencias, no siendo posible esto porque en estas fechas, ya todas las regiones tenían transferida la competencia de la sanidad.

REFORMA DE LOS MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA

En las últimas décadas ha habido una incorporación de nuevas formas de gestión de los servicios públicos a nivel europeo, del cual España ha tomado parte y la sanidad no ha sido una excepción. A nivel internacional estas nuevas formas de gestión pública surgen a principios de los años ochenta, como crítica a las distintas formulas de intervención del Estado, principalmente las formas burocráticas de gestión pública.

En España, históricamente la relación entre el financiador y el proveedor de los servicios públicos sanitarios han estado integrados, habiendo hospitales públicos clásicos, que funcionaban relativamente bien en un contexto expansivo de crecimiento económico, en el que los incrementos presupuestarios se habían convertido en norma. A principios de los ochenta por lo general, con esta circunstancia, no existía la figura de directivos ni gestores, solamente un responsable administrativo que atendía las demandas de los jefes de departamento de los hospitales.

Los primeros modelos gerenciales que surgieron, estaban basados en las estructuras directivas de los hospitales de Estado Unidos, que sirvieron para la reforma del NHS

inglés (National Healthcare Service) inspirado en el informe Griffiths en el año 1983 y adaptadas por el INSALUD unos pocos años después.

En el ámbito de la política sanitaria española, las reformas en los modelos de gestión que han utilizado algunas comunidades autónomas con intención de mejorar la calidad del sistema y de conseguir ahorros por la vía de la eficiencia, son los que han generado una mayor polémica y discrepancia entre los sectores sociales, partidos políticos y grupos de interés. Lo que se ha intentado es introducir elementos de mercado en el sistema público sanitario. En concreto ha sido la privatización de la gestión de los centros sanitarios lo que ha provocado un mayor desacuerdo entre los distintos partes.

Estas modificaciones en la gestión que tratan de introducir supuestos de libre mercado en la gestión de un servicio público se denomina por parte de la teoría económica “cuasi mercado”²⁶. Este supuesto consigue mediante una mayor autonomía patrimonial y financiera de los centros, una mayor competencia entre los distintos proveedores y una mayor libertad de elección de los pacientes.

El problema que se han encontrado todas las comunidades autónomas (O gran parte de ellas) es una fuerte oposición por parte de los distintos grupos de interés, sobre todo por parte de algunos sindicatos y algunos partidos políticos. A pesar de las críticas partidos de todos los signos han llevado a poner en marcha instrumentos de gestión de este tipo. El caso más claro y más reciente fue en la Comunidad de Madrid, que intento concertar ciertos servicios hospitalarios en seis centros de atención especializada, cambiando el estatus de funcionarios a los empleados y genero un conflicto entre las distintas partes, que termino en los tribunales con poca posibilidad de conciliación.

Por un lado se encuentran los que piensan que los centros sanitarios se tienen que organizar con criterios de productividad y evaluación de resultados. Por otro lado se encuentran los críticos con este criterio y opinan que el sistema público de salud no puede regirse por el sistema de producción general.

Los casos más llamativos, aunque no los primeros han sido los cambios llevados a cabo en el modelo de gestión en los hospitales por parte del gobierno de la comunidad

²⁶ Palabra que proviene del término ingles “Quasimarket”, indicando ciertos supuestos de libre mercado, pero no en su totalidad.

valenciana y de Madrid. En concreto el gobierno autonómico de Madrid proponía en su reforma sanitaria un programa de privatización de la gestión de seis hospitales de titularidad pública. En el caso de la comunidad de Madrid se produjeron importantes movilizaciones por parte de diferentes sindicatos, pidiendo una paralización de las reformas. El mayor rechazo se produjo con el cambio de la gestión de los hospitales ya existentes, más que con los nuevos que se construyeron con una gestión privada. Para algunos expertos estas reformas lo que buscan es una mayor participación del sector privado en la provisión de los servicios sanitarios. Para otros el trasfondo del problema está en la posible pérdida del privilegio que tienen los empleados de los centros sanitarios, siendo en su mayoría funcionarios. Bajo la nueva gestión existiría una más que probable variación de las condiciones laborales y organizativas que estas entidades con y sin ánimo de lucro podrían hacer del servicio de salud, más enfocada en la gestión eficiente de los recursos. Para los pacientes, también por falta de información existe la preocupación, de que estos nuevos modelos de gestión pudieran afectar a la universalidad y gratitud del sistema.

Los datos demuestran que la externalización de la gestión de los centros por parte de entidades privadas se ha realizado en comunidades autónomas gestionadas por todo tipo de partidos políticos, con mayor y menor grado de aceptación por parte del personal sanitario y de los pacientes.

En general en España predominan proveedores de tipo público, salvo en algunas zonas como Cataluña, donde ya existen otras formulas que se pusieron en práctica incluso anteriores a la transferencia de las competencias en sanidad. Después Madrid, Valencia y Andalucía son las comunidades autónomas que mas reformas han llevado a cabo en este campo

Las reformas que se han realizado en el sistema nacional de salud en el ámbito de la gestión de los centros sanitarios, han ido encaminadas en la búsqueda de una mayor eficiencia de los recursos del sistema, sin que afecte a la equidad o a una igual accesibilidad a los servicios. En esta misma línea se ha tratado de mantener o de mejorar a su vez la calidad del servicio.

Para conseguir este objetivo, las comunidades autónomas han intentado poner en práctica las recomendaciones del informe abril, que mencionamos con anterioridad. Este

informe propone acometer medidas de eficiencia en el sistema introduciendo una separación entre la financiación, la compra y la provisión de los servicios sanitarios.

Para poder poner en práctica estas reformas y seguir la senda de las recomendaciones del informe, van a ser como señalamos con anterioridad, las comunidades autónomas las responsables de organizar y gestionar el servicio sanitario con los recursos disponibles en su territorio. El marco legislativo nacional permite a las comunidades autónomas cierto margen en la gestión de los recursos vinculados a la sanidad, siempre y cuando mantengan los principios de universalidad y gratuidad. Este marco legislativo nacional está regulado y delimitado por la Ley General de la Sanidad y complementada por la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de la salud. Esta ley permitió una mayor innovación organizativa respecto a las opciones organizativas de la Ley General de la Sanidad. La Ley 15/1997 no excluye ninguna forma jurídica para la gestión de los centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan la condición o carácter de servicio público de la asistencia (Martín Martín 2006). Este autor también menciona la gestión indirecta remitiéndose a la Ley General de la Sanidad.

Existen otras leyes posteriores que también hacen mención a la gestión de los centros sanitarios. En este sentido y confirmando lo dicho hasta el momento, la aprobación de la Ley de Cohesión y de la Calidad del 2003 refuerza el papel de las autonomías en este campo. Según Soler y Vasallo (2007) con la promulgación de la Ley de Cohesión de la calidad del sistema nacional de salud y la ley de regulación de medias fiscales, además de quedar totalmente concluida la transferencia de competencias, las comunidades autónomas respetando el catalogo de competencias comunes, tienen la capacidad de organizar y distribuir los recursos sanitarios y socio sanitarios, así como de utilizar los modelos de gestión más adecuados a criterio propio. Para ello el gobierno autonómico delegara en el consejero la política sanitaria que mejor se adapte a sus objetivos. La Consejería de sanidad va a ser el organismo que dentro de cada comunidad autónoma se encargara de hacer la planificación general en el área de salud dentro de su territorio y de marcar los criterios de actuación. También es la administración de la comunidad autónoma encargada de realizar la asignación presupuestaria. En este sentido, a la hora de planificar y organizar los centros sanitarios, tanto de atención primaria como especializada, buscara los modelos de gestión que mejor se ajusten a sus necesidades.

Buscando esa mejora en la eficiencia y separación de funciones en la financiación y provisión de los servicios, se configuraron los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado, quedando fuera del campo del derecho administrativo.

Varias comunidades autónomas han incorporado nuevas fórmulas de gestión añadidas a las ya existentes, tendiendo un conjunto de modelos tanto públicas como privadas en el ámbito de los servicios sanitarios. Sin haberse producido en ningún caso una privatización material²⁷, que es el caso de que se hubiera transferido todas las competencias y responsabilidades como en el caso de Estados Unidos, las comunidades autónomas han optado por dos estrategias distintas, las cuales conviven en el mismo territorio. Varios autores denominan a estas estrategias como mecanismos de gestión directa y gestión indirecta. La administración pública va a producir directamente la provisión del servicio público en las primeras, aunque sea mediante una figura jurídica interpuesta. Estas entidades de titularidad pública, dentro de la gestión directa, están sometidas al derecho privado. En el caso de la gestión indirecta, la producción la llevan a cabo entidades privadas tanto con o sin ánimo de lucro (Sánchez, Abellán y Oliva 2013).

Todas estas fórmulas, tanto de tipo directa como indirecta, buscan superar las dificultades burocráticas que generaban los sistemas de gestión directa más tradicionales y dotarlos de una mayor flexibilidad. Estos objetivos se intentarían conseguir con la separación efectiva de las funciones de financiación, compra y producción, que supone que ayudara a generar una mayor competencia entre los centros. Por otra parte facilita la gestión más profesional, con evaluación de objetivos y asunción de responsabilidades, sin olvidar una mayor flexibilidad en el campo de las relaciones laborales.

En el caso de los modelos de gestión directa se han incorporado algunos elementos de ámbito empresarial para la mejor utilización de los recursos, pero es a través de la gestión indirecta de los centros hospitalarios, donde se han producido los cambios más novedosos. En el caso de los centros con gestión indirecta, con la entrada de

²⁷ ateniendo la distinción jurídica clásica en la privatización, distinguiendo entre privatización formal funcional y material. Para una mayor comprensión, véase Menéndez 2008.

proveedores de tipo lucrativo y organizaciones sin ánimo de lucro, que han incorporado una gran variedad de formas tanto jurídicas como organizativas.

En términos generales en la gestión directa la gestión está más integrada entre el financiador y el proveedor. Sin embargo en la gestión indirecta tenemos una entidad privada que actúa de proveedor bajo la supervisión del financiador público. Esto se consigue mediante contratos de diversos tipos entre la administración pública y el proveedor con una duración variable. Pasan a ser desde conciertos, convenios a concesiones de obra pública y administrativas.

Nuevas formulas de gestión directa

En el sistema nacional de salud español, la mayor parte de los proveedores son públicos y están directamente gestionados por la administración pública, normalmente la Comunidad autónoma. Este tipo de vínculo no genera ningún tipo sanción por posibles fallos cometidos y no genera transferencias de riesgos al proveedor. La gestión directa implica la provisión del servicio público por parte de la administración, aunque sea mediante una persona jurídica interpuesta.

La principal innovación organizativa en la gestión directa es la dotación a los centros sanitarios de personalidad jurídica propia y por lo general sometidas al derecho privado. La posibilidad de que los centros sanitarios tengan entidad jurídica, aumenta la flexibilidad y libertad en su funcionamiento, teniendo varias ventajas respecto a los que están sujetos al derecho administrativo. Esta característica de empresa pública, les permite a los centros escaparse de los mecanismos de control que las leyes generales imponen a las administraciones públicas, pudiendo acogerse a normas privadas en el campo de la contratación laboral y de patrimonio, así como de tener un presupuesto menos rígido (Sánchez – Caro 2000)

Las principales formulas de gestión directa serian los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios.

Los entes de derecho público son organizaciones con personalidad jurídica pública, pero actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado y aunque fue derogado en el ámbito de la administración general del estado, sigue en vigor en las comunidades autónomas. Para los encargados de la política sanitaria tiene la

ventaja de que los recursos humanos están sometidos al derecho privado laboral, aunque el régimen funcionarial y estatutario también se puede aplicar. Pueden practicar una política retributiva y de incentivos económicos distinta en cada centro y por ello obtener mayores niveles de eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios. Permiten una mayor autonomía y flexibilidad con menor tutela de la Consejería de Economía y Hacienda. Tienen la característica de mantener una única personalidad jurídica y garantiza los derechos adquiridos de los trabajadores (Salvo en el Instituto Catalán de Salud que lo han modificado). Su importancia ha ido creciendo en los últimos años en el campo sanitario, sobre todo en Andalucía, País Vasco y Cataluña. También aparecen otras comunidades autónomas que han configurado sus servicios de salud como entes públicos, como es el caso de Madrid²⁸, Murcia y Asturias.

Por otro lado tenemos los consorcios, que son entidades con personalidad jurídica propia y tienen como característica que tienen poca regulación. Pueden integrarse entidades privadas sin ánimo de lucro. Los consorcios tratan de buscar las sinergias entre el sector público y el privado de tipo no lucrativo a partir de sus ventajas específicas de cada uno de los sectores.

Este tipo de entidades se ha utilizado mucho en Cataluña, habiendo varios proyectos y por lo general, forman parte o son de titularidad de las Corporaciones locales.

Por último, dentro de las formulas de gestión directa, tenemos las fundaciones Públicas sanitarias, que son organizaciones constituidas sin ánimo de lucro con fines de interés general y tienen personalidad jurídica propia, estando normalmente sometidas al derecho privado. Pueden estar constituidas por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que como condición, deben perseguir fines de interés general. Las fundaciones públicas en el campo sanitario se empiezan a utilizar una vez aprobada la Ley de fundaciones de 1994. Su funcionamiento viene recogido en sus estatutos y el órgano de decisión es el patronato, estando sujetas a la normativa de la comunidad autónoma a la que pertenecen en el campo financiero y presupuestario. Esta fórmula se aplicó en Galicia para la gestión de hospitales públicos, sobre todo en los de nueva creación, empezando por la Fundación Hospital Verin entre otros. En otras comunidades

²⁸ Se ha utilizado también para dotar de personalidad jurídica a centros de nueva creación como el Hospital de Fuenlabrada (2003)

autónomas, tenemos la Fundación Hospital de Alcorcón en Madrid y la fundación Hospital de Manacor en Baleares o la Fundación Hospital de Calahorra en la Rioja.

La gestión indirecta

La distinta velocidad con la que se ha transferido la competencia de sanidad en España ha hecho que algunas comunidades hayan tenido más tiempo para innovar en sus modelos de gestión de los hospitales que otras. Para investigadores como José Jesús Martín Marín, nuevas fórmulas de gestión indirecta han tenido en estos últimos años un desarrollo bastante acelerado debido a la crisis económica, a pesar de no existir una evidencia empírica disponible de sus resultados. Este mismo investigador destaca las ventajas de esta fórmula en el corto plazo, por su rentabilidad política. Estas modalidades de gestión permiten realizar infraestructuras hospitalarias sin tener que incurrir en aumentar la deuda o el déficit público. En este caso da la posibilidad de obviar los problemas de liquidez de las comunidades autónomas, al no tener que contabilizar esas nuevas inversiones como deuda pública.

A las fórmulas de gestión indirecta se les atribuye también mejoras en la calidad, debido a la especialización de las empresas que se adjudican el contrato (Especialmente en servicios no asistenciales) y mejoras en la eficiencia por el incentivo de las empresas privadas a la maximización de los beneficios.

Otros de los elementos en el que se basan las modalidades de colaboración público privadas, es en la transferencia de riesgo hacia la empresa concesionaria. Al tener que buscar financiación en los mercados y tener que construir y gestionar los servicios pactados, se comparten los riesgos de la inversión. Para muchos investigadores esa transferencia de riesgo no se cumple, por el hecho de que existen varios ejemplos en el que se han rescatado a la empresa concesionaria o se han renegociado las condiciones iniciales del contrato.

De las comunidades con más tradición en el concierto de los servicios sanitarios esta Cataluña, que en el año en el año 2002 (año en el que se transfirieron las competencias a todas las comunidades autónomas), ya contaba con prácticamente un 40% de los centros concertados con entidades privadas, siendo un 84% de la atención especializada y un 16% de la atención primaria (Martín Martín 2006).

Por otra parte, la concertación de servicios sanitarios a principios del siglo XXI en el resto de las regiones de España era muy baja o prácticamele residual, hasta que principalmente las comunidades autónomas de Valencia y la de Madrid lo empezaran a utilizar más. Por otra parte existe una gran tradición cuando en la concertación de determinados servicios no sanitarios, que los centros públicos hacen con entidades privadas como pudiera ser la lavandería, limpieza, catering, seguridad o mantenimiento. El hecho de que en nuestro país existe una experiencia bastante amplia, lo demuestra el estudio llevado a cabo por los investigadores Puig –Junoy y Pérez-Sust en el 2002. Su estudio constato que más del 50% de los hospitales españoles contrataban de forma externa al menos uno de los servicios generales, como es la limpieza, lavandería catering, seguridad y mantenimiento), siendo el principal el de limpieza, mientras que los de de lavandería y catering tenían una mayor integración de tipo vertical.

La realidad de la sanidad española demuestra que se han utilizado una variedad importante de procedimientos de gestión indirecta, las cuales cuentan con varios tipos de contratos con la administración, teniendo aun mayor flexibilidad que las anteriores a pesar de estar también bajo la supervisión del financiador. Estos contratos pueden ser por lo general conciertos, convenios, concesiones de obra pública o concesiones administrativas.

Las experiencias de gestión indirecta que vamos a describir y más repercusión han tenido son las entidades de base asociativa EBAS (Sobre todo en Cataluña), los consorcios sanitarios (también muy implantados en Cataluña) y dos formas de tipo concesionales²⁹, los modelos conocidos como PFI (Private finance initiative) y las concesiones sanitarias administrativas o también conocidas como modelo Alzira.

Las entidades de base asociativa (EBAS), son centros autogestionados por los propios médicos, en donde ellos están organizados. Estas entidades están participadas por los profesionales y ellos mismos prestan los servicios sanitarios, pudiendo o no tener ánimo de lucro. A principios de los setenta y a finales de los ochenta, se abrieron bastantes centros en Cataluña con esta fórmula. Las EBAs presentan un balance positivo en

²⁹ Gestionadas por sociedades de tipo mercantil, que son entidades privadas con animo de lucro.

cuanto a la satisfacción de los profesionales y de la rentabilidad económica, teniendo unos resultados en cuanto a actividad y calidad de la asistencia superior a las formulas tradicionales.

También en esta comunidad autónoma están bastantes asentados la modalidad de los consorcios sanitarios, que también se rigen por el derecho privado pero estos no tienen ánimo de lucro.

El modelo de gestión indirecta que más polémica suscita en el ámbito sanitario son las formas concesionales, es el llevado a cabo por las sociedades mercantiles de titularidad privada, por su ánimo de lucro. La concesión es una fórmula de gestión indirecta de servicios públicos que requiere la construcción, equipamiento y gestión de los centros sanitarios durante un periodo de tiempo determinado por parte de una empresa privada, a cambio de una remuneración periódica por parte de la administración pública. Las formulas concesionales requieren una estrecha colaboración entre la administración y las organizaciones privadas que actúan como socios en la gestión del servicio público.

Todas estas últimas modalidades son las que engloban las “colaboraciones publico-privadas”. Para su puesta en marcha se tiene que demostrar que existe una relación positiva coste – beneficio (Valor por el dinero) para la administración pública. Las más relevantes son las Concesiones de obra pública, conocidas por su denominación Anglosajona, como Private Finance Initiative (PFI). Por otro lado están las concesiones administrativas (PPP, Public Private Partnership) también denominadas Modelo Alzira³⁰. En los modelos PFI la concesionaria construye el servicio hospitalario a cambio de la de la gestión de los servicios no sanitarios, como puede ser la lavandería, seguridad y limpieza. Sin embargo en los segundos además de construir el centro hospitalario, la entidad privada también gestiona todos los servicios, ya sean de tipo sanitario como no sanitario.

Este Partenariado público privado (PPP) se caracteriza por ser unos acuerdos institucionales estables, por el cual se comparten los riesgos, los costes y los beneficios entre la administración pública y la entidad privada.

³⁰ Modelo que toma este nombre por ser el Hospital Alzira de la Rivera en Valencia el primero en poner en práctica esta formula.

En el PFI sanitario la empresa que construye la infraestructura recupera la inversión vendiendo servicios al sector público, conocido como un peaje en la sombra.

Las empresas concesionarias de los hospitales cobran un canon anual durante el periodo de la concesión y aparte una cantidad determinada el primer y último año de la concesión. El canon anual cubre los pagos por los costes de la construcción, equipamiento mobiliario, renovación del material, la prestación del servicio que no es sanitario y una actualización por inflación. Es un complejo sistema de pago y facturación que en algunas comunidades incluye penalizaciones por deficiencias en el servicio.

Este formato ha sido ampliamente utilizado por la Comunidad de Madrid en el plan de infraestructuras Sanitarias 2004-2007 para la financiación, construcción y gestión de siete hospitales. En esta región entrarían como hospitales de concesión de obra pública (PFI) los centros de Coslada, Parla, Aranjuez, Sans Sebastián de los Reyes, Vallecas, Arganda y El hospital de puerta de Hierro en Majadahonda.

En el caso de Madrid, han creado empresas públicas sujetas a derecho privado para la gestión de los servicios clínicos no sanitarios. Otras Comunidades autónomas que han utilizado este formato serían Castilla y León con el hospital General Yagüe en la ciudad de Burgos y en Baleares el hospital universitario Son Dureta. Comunidades como Castilla La Mancha también se ha acogido a esta fórmula para la construcción de nuevos hospitales.

EL MODELO ALZIRA

(Concesiones administrativas sanitarias)

En esta fórmula conocida como modelo Alzira, dentro de las concesiones administrativas sanitarias, tiene relevancia por lo novedoso y es estudiado en distintas universidades extranjeras. Toma este nombre por la comarca de Valencia en 1999 (Ribera) donde por primera vez se puso en práctica este modelo de gestión indirecta de tipo confesional, llamada comarca de Alzira.

Surge por la necesidad de buscar fórmulas eficientes y efectivas que den respuesta a los problemas de financiación que las administraciones están afrontando en el campo de la atención sanitaria.

Como elementos característicos de este sistema novedoso, está el hecho de que el hospital es de propiedad pública, existe control público, la financiación es pública y tiene gestión privada. Se diferencia de otras colaboraciones del tipo público privado que hemos mencionado con anterioridad, sucede que en estas concesiones administrativas, se externaliza el núcleo duro de la gestión, que son los servicios sanitarios.

La empresa de servicios sanitarios, en este caso Rivera Salud, gana un concurso público en la Comunidad de Valencia para gestionar el hospital y atender a los pacientes del sistema público. Las condiciones para los pacientes son iguales que los demás hospitales, en el sentido de que no tienen que realizar ningún copago, siendo gratuito el servicio en el momento en el que el paciente es atendido.

Su funcionamiento se basa en la atención sanitaria de una población asignada fijada por el censo de una zona o comarca. Esta población puede variar según contrato y dispersión, pero puede atender zonas de entre 140 y 250 mil personas. Bajo estas condiciones el gobierno autonómico (en este caso la Comunidad Valenciana) paga a la empresa una cantidad fija por habitante.

El modelo se basa en la libertad que tienen los pacientes de estas y otras zonas de la comunidad autónoma de elegir hospital. Bajo esta condición si un paciente adscrito a la zona del hospital de la concesión eligiera otro hospital para ser tratado, la empresa tendría una fuerte penalización económica, teniendo que pagar el 100% del coste del tratamiento. En el caso de que un paciente que se situase fuera del perímetro o zona eligiera este hospital, sería remunerado con el 80% del coste del tratamiento. Con este sistema el hospital tiene fuertes incentivos para que el paciente este bien atendido y que este satisfecho para que quiera volver a este y no se decante por otro hospital. De tal forma que solo atendiendo muy bien a los pacientes la empresa de servicios médicos puede obtener beneficios.

En un principio la concesión fue por los servicios especializados (hasta el año 2003), posteriormente se reformulado por problemas financieros y de otra índole, para que fuera también la atención primaria incluida e integrada en el sistema. Esta reformulación para la inclusión o integración de servicios permitía una visión más en conjunto de la salud de la población y eliminaba problemas de costes por derivar pacientes entre la atención primaria y la especializada.

El resultado de esta concesión administrativa, es el primer contrato de este tipo, en el que se asume la responsabilidad para toda la provisión sanitaria de una población.

El hospital de Alzira de 300 habitaciones incorpora a parte de una serie de servicios hospitalarios 40 centros de salud de atención primaria.

En la actualidad existen varios hospitales en la Comunidad de Valencia con este formato, el modelo Alzira se ha extendido a los departamentos de Torrevieja, Denia, Vinalopo y Manises. En la comunidad de Madrid existen tres hospitales con este tipo de gestión de colaboración público privado, siendo el de Móstoles, Torrejón y Valdemoro los que se han consolidado.

Sistema de pago capitativo

Una de las principales novedades que tiene el modelo Alzira es el sistema de pago al que se acoge el hospital, que es de tipo capitativo. Se paga una cantidad fija acorde a la población y a la variedad de de servicios prestados.

Como características de este sistema se encuentran:

- El proveedor privado recibe una cantidad anual fija por habitante durante la duración del contrato.
- La tasa anual aumenta de forma anual acorde al incremento del presupuesto público en salud de la región.
- A cambio la empresa de salud que gestiona el hospital tiene que ofrecer acceso universal con una amplia gama de servicios.
- Esta tasa anual tiene que cubrir todos los gastos incluidos desde el servicio hasta la amortización, nominas, mobiliario y bienes de equipo.
- Para la comunidad autónoma de Valencia y el proveedor privado (Ribera Salud) el coste anual es fijo, sujeto a inflación y se puede predecir con bastante presión

En el caso concreto de Alzira, las condiciones del contrato se revisaron en el 2003 para asegurar un beneficio mutuo entre la comunidad autónoma y la empresa de servicios. Bajo esta revisión el hospital obtiene unos beneficios del 7,5% y si excede de estas cantidades tendría que devolvérselos al gobierno regional (NHS european office 2012). Según este mismo organismo, esta era la forma adecuada para poder tener una sostenibilidad financiera por ambas partes.

En la segunda fase que va del año 2003-2018 el pago per-capita que se le hace a Rivera Salud es de 607 euros por habitante y años de media (2010).

Otra de las características del modelo Alzira, es que tienen una mayor flexibilidad laboral. Los empleados están contratados por la empresa de servicios sanitarios con contrato laboral, por lo que no son funcionarios. En el caso de los médicos su remuneración consta de una parte fija y otra variable. Para los médicos de atención primaria tienen un 90 fijo y otro 10% variable, mientras que en los de atención especializada tienen un 80% variable y un 20% de la retribución variable. Según el NHS european office, el salario de esta organización está por encima de la media de los hospitales públicos, si se tiene en cuenta la parte fija y la parte variable.

Como suele suceder cuando se realiza algunos cambios de calado, estos nuevos sistemas de gestión no están exentos de problemas. La concesión de la gestión de hospitales y centros de atención primaria ya en funcionamiento a entidades privadas, ha tenido cierta relevancia en algunas comunidades autónomas como Castilla la Mancha, pero se ha encontrado con una fuerte resistencia por parte de los grupos de interés en otras regiones, como en el Caso de la Comunidad de Madrid, que después de intentar poner en marcha esta iniciativa en seis hospitales ha dado marcha atrás por decisión de un tribunal que los paralizó. A pesar de ello unos años después el tribunal Constitucional vino a sentenciar a favor de la reforma, diciendo que “la Constitución no exige que el mantenimiento de un régimen público de la seguridad social requiera necesariamente y en todo caso un sistema de gestión pública directa”.

Las formulas de gestión publico privado también han tenido bastantes críticas tanto a nivel nacional como internacional, por tener una contabilización que favorece la puesta en marcha de los proyectos sin la necesidad de tener que disponer de recursos inmediatos por parte de las Comunidades Autónomas. Estas modalidades permiten la apertura de centros sanitarios sin incumplir criterios de déficit y deuda establecidos por la Unión Europea. En concreto estas vías les permite a los gobiernos autonómicos a no tener que subir los impuestos o recurrir al endeudamiento. Aunque esta problemática se

verá más en profundidad en el capítulo el NHS³¹, algunos investigadores argumentan que estas opciones lo que hacen es diferir o prolongar el periodo de la deuda con la cual se compromete.

El hecho de que la infraestructura no incremente ni el déficit, ni la deuda de la administración que lo contrata, se consigue cuando la operación se materializa como un arrendamiento operativo. Solo en este caso es cuando la empresa que tiene la concesión tiene que asumir el riesgo de la construcción, de la disponibilidad y en algunos casos el riesgo de demanda.

Resultados de las reformas de los modelos de gestión

Así como en Europa ya existen más estudios que analizan con mayor detalle los resultados alcanzados por estas nuevas formas de gestión, en España a pesar de llevar varios años trabajando con estas formulas no existe muchos estudios que los analicen con mucho rigor³².

Muchas de estos nuevos modelos de gestión ya llevan bastante tiempo en funcionamiento, por ejemplo el hospital de la Ribera de Valencia (Modelo Alzira) está desde el finales del siglo XX. Solo existen algunos estudios que analizan los resultados de estos tipos de gestión de forma independiente y la mayoría de ellos están basados en encuestas a las partes implicadas.

Por lo que hemos podido leer al respecto de los distintos investigadores en la materia con los datos disponibles, no se encuentran diferencias considerables en los resultados que hacen referencia a los índices de calidad entre los hospitales gestionados de forma directa que aquellos que utilizan la modalidad de gestión indirecta.

Existe varios hospitales tanto de gestión directa como indirecta que obtienen una buena valoración. A este respecto la calidad asistencial de los servicios sanitarios según el estudio de Del Llano J. para el Circulo de la Sanidad, no encontró muchas diferencias

³¹ En el Reino Unido existen mas casos de estudio vinculados a proyectos PFI y PPP, entre otros motivos por llevar mas tiempo utilizándolos y el interés de algunos investigadores e universidades.

³² Para ver los resultados en otros países de referencia UK véase el capítulo IV.

entre las distintas modalidades jurídicas. En este mismo sentido lo que sí pudo apreciar, es una mejor gestión de las listas de espera quirúrgicas por parte de los centros con personalidad jurídica propia.

En el caso de las nuevas formas de gestión directa inspiradas en el gerencialismo, encuentra resultados positivos por parte de la opinión de profesionales y usuarios en varios estudios, entre otros el de Llano et al, 2001. Según este estudio tanto los gestores como los profesionales de hospitales públicos, consideran que los institutos clínicos mejoran el valor de características como la delegación de funciones, incentivos, la continuidad en la asistencia y la orientación al cliente entre otras. Es el caso del modelo de gestión clínica puesto en marcha en Asturias, donde las evaluaciones llevadas a cabo por encuestas de satisfacción a los ciudadanos, lo definen como eficaz y eficiente.

En el campo de la gestión indirecta, las formulas de base asociativa, que tienen gran implantación en Cataluña, existe evidencia positiva en cuanto a la satisfacción de los profesionales y ciudadanos. (SEDAP, 2010).

Recientemente se ha publicado un estudio independiente sobre la reputación³³ de los hospitales españoles llevado a cabo por el Instituto de Investigación de mercados Análisis e investigación que se financio por el Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (Merco). Este estudio de reputación sanitaria se llevó a cabo con la opinión de 2400 expertos, entre médicos, enfermeros, asociación de pacientes y periodistas analizando 186 indicadores de calidad y rendimiento asistencial. El estudio se realizo analizando 14 servicios de los hospitales, estando la sanidad pública en los primeros puestos en la mayoría de las categorías estudiadas.

En el estudio sitúan en los cinco mejores a La Paz, Gregorio Marañón y 12 de Octubre en Madrid y el Hospital Clínico Provincial y al Hospital Valle de Hebron en Barcelona. En cuanto a los hospitales privados sitúan a los mejores a la Clínica Universidad de Navarra y a los hospitales del grupo HM Montepíncipe y Sanchinarro. También aparecen entre los mejores los de Sanitas de la Moraleja y Zarzuela así como los hospitales de Quirón de Barcelona y el Teknon del mismo grupo.

³³ El termino reputación lo asociamos a la calidad del servicio sanitario.

A estas conclusiones se llegó analizando indicadores en el que entran los recursos humanos, materiales, número de camas, dotación de tecnología, altas totales, tiempo medio de estancia así como la satisfacción y accesibilidad al servicio.

El jefe técnico del estudio José María San Segundo indica que los datos han sido solicitados a los hospitales, y que solo el 40% participo de una forma activa, siendo los demás datos obtenidos del Ministerio de Sanidad y de las consejerías autonómicas.

Evidencia de otros estudios y comparaciones internacionales

Existen algunos pocos estudio comparativos entre gestión directa y gestión privada tanto a nivel nacional y otros más locales de ámbito autonómico como en el caso de Valencia o Cataluña. En general por los estudios analizados, existe un cierto consenso que los hospitales de gestión privada utilizan los recursos de manera mas eficiente que los de gestión privada. Sin embargo esta regla no se cumple siempre y existen varias excepciones. Los costes de los centros públicos, las concesiones de hospitales son similares, pero va a depender también de cómo se mida (Abellán 2013).

A nivel nacional existe un estudio llevado a cabo por consultoría privada llamado Informe de Lasist (2012) en donde compara desde el punto de vista de la actividad y de resultados a un grupo de 41 hospitales de gestión directa con personal estatuario (denominados en el estudio hospitales de gestión directa administrativa o GDA) y otros 37 hospitales con otras formulas administrativas y personal laboral, consideradas en el estudio como “hospitales con otras fórmulas de gestión OFG”. Según el estudio los hospitales bajo las formulas de gestión OFG son más eficientes desde el punto de vista funcional (gestión de camas y mayor tasa de cirugía sin ingreso) y económico (costes de producción) que los hospitales que se encuentran bajo las fórmulas de gestión directa o GDA. El informe encuentra mayores diferencias en el ámbito de la productividad de los recursos humanos entre ambos grupos de hospitales a favor de los OFG, que son por lo general hospitales de menor tamaño y plantilla. Para los investigadores Oliva, Sánchez y Abellán estos resultados no son concluyentes, debido a que en la modalidad de hospitales OFG, también se encuentran fundaciones y empresas públicas a parte de hospitales en régimen de concesión, haciendo esta circunstancia difícil distinguir en qué grado las diferencias pueden deberse a la titularidad de los centros hospitalarios.

Para este mismo informe esta mayor eficiencia en la administración de los recursos, no condiciona la calidad del servicio si nos referimos a indicadores de mortalidad, complicaciones y readmisiones ajustadas por riesgo. Atendiendo a estos resultados de calidad científico técnico los centros con otras formas de gestión están igual o por encima de los centros de gestión directa (IASIST 2012, p.16).

Para el profesor Fernando Sánchez este estudio IASIST tiene algunas limitaciones, como el hecho de que no sea una muestra aleatoria o que no sea representativa de los distintos modelos. El mismo en un estudio para Fedea, comentando este informe, llega a la conclusión de que la clave está en el régimen del personal, siendo mayoritariamente funcionarios en la forma GDA y estando en laboral en los considerados OFG. El informe no pasa por alto dentro de la muestra existen excepciones, habiendo hospitales con gestión directa, que obtienen muy buenos resultados en cuanto a eficiencia.

Continuando con el análisis, se identifica a Cataluña como una región pionera en utilizar modelos de gestión alternativos a los tradicionales y por ello encontramos algunos estudios que analizan su eficiencia.

Según el Instituto de Estudios de la Salud en su estudio realizado en 2006 sobre los modelos de base asociativa EBAS, estas formulas consiguen una mejor eficiencia de los costes, por una menor utilización de pruebas diagnósticas y un menor consumo farmacéutico.

Según el servicio de salud catalán (Catsalut) comparando la eficiencia de los modelos de base asociativa EBAS con el resto de de la región, estiman los costes medios en atención primaria son de 459 euros por habitante /año en Cataluña, mientras que en los modelos de base asociativa el coste esta en 329 euros por habitante y año, utilizando datos del 2008 y 2009 respectivamente. En el informe SESPAS 2012 llegan a una conclusión parecida situando el ahorro en 130 euros por habitante y año respecto a la media de Cataluña.

Para los investigadores Sánchez, Abellán y Oliva la evidencia de estos estudios no es concluyente, al estar basadas en encuestas y no en evaluaciones de mayor solidez.

Existen otros estudios llevados a cabo en la Región de Valencia sobre la eficiencia y el coste de los servicios sanitarios. Esta región al igual que Cataluña, fueron de las

primeras en utilizar otros modelos de gestión distintos a los tradicionales. La aplicación del modelo Alzira en varias provincias permite realizar comparaciones al respecto.

Este es el caso del estudio realizado por Arenas C. en la Comunidad Valenciana para la Sociedad Española de directivos de la salud (2013) concluye que, en los departamentos gestionados con régimen de concesión, el gasto sanitario per capita es un 9% inferior que en los de gestión directa. También hace referencia a que existen varios hospitales de esta última modalidad, que están en los mismos niveles en cuanto a gasto que los primeros.

A nivel europeo el Reino Unido se mostró interesado en buscar un modelo más eficiente para su sistema nacional de salud (NHS), que tiene una estructura semejante a la de España.

El estudio llevado a cabo por la NHS european office, que valora el modelo de concesión integral o modelo Alzira desde otros países con el título "La búsqueda de un sistema integrado de salud de bajo coste". En este estudio demuestra con datos, que el coste por habitante en la zona de la comunidad Valenciana, es menor en el hospital de Alzira que en la media de del territorio. El estudio toma como validos los propios datos de la empresa Rivera Salud, que es la encargada de la concesión.

En cuanto a la calidad de los distintos servicios utiliza varios indicadores que muestran los buenos resultados del modelo concesional, comparado con el resto de la región en datos como satisfacción del paciente y del personal, así como en listas de espera en distintos servicios³⁴. La mayor productividad que se menciona puede estar relacionada con la baja abstención entre los trabajadores que está por debajo del 2,5 %, muy por debajo de la media nacional.

Según este mismo estudio, el coste por habitante en la región de Valencia, es un 26% menor en hospital de Alzira (Modelo confesional) que en la media de la región. Utilizando datos de la propia empresa concesionaria Ribera Salud, en el año 2010 el pago anual que se hizo por habitante fue de 607,14 euros para la empresa de servicios y el coste por habitante de la media de la región se situó en 824, 64 euros (NHS Office 2013).

³⁴ Para una mayor información mirar figura 6 Pág. 13, de "Searching for lower Healthcare system"

Dentro de estos modelos de gestión indirecta el Modelo Alzira, obtiene buenos resultados respecto algunos indicadores de eficiencia, como son las listas de espera.

Según la NHS Office las listas de espera en los hospitales de la concesión (La Rivera) son de menos de dos semanas para los que no requieren ingreso y de menos de 90 días para las intervenciones quirúrgicas específicas. Probablemente esta circunstancia se dé así al tener un horario de atención más prolongado que en el resto de hospitales públicos. En general en los hospitales públicos no se provee de servicios a partir de las 15 horas mientras que en estos hospitales de la concesionaria el horario de atención es mayor, de 8 de la mañana hasta las 21 horas, permitiendo un mayor número de intervenciones para bajar las listas de espera.

Estos resultados pueden ser por el hecho de que en los términos del contrato los hospitales que usan el modelo Alzira tienen que cumplir una serie de objetivos fijados por el gobierno regional en el campo de la calidad y seguridad del paciente. Estos se fijan con indicadores de proceso (como pueden ser listas de espera y actividad clínica) y resultados clínicos como pueden ser ratios de mortalidad e inmunidad. También se piden unos niveles de satisfacción del paciente y grado en el que se implica el personal.

A conclusiones distintas llega el panel de expertos de la comisión europea sobre formas efectivas de invertir en salud (EXPH, siglas en ingles) en el informe “Salud y Análisis económico para una evaluación de los sistemas de colaboración público privado (PPP)”. En el cuestiona la rentabilidad de estos modelos, en concreto el de la concesión de servicios integrales o Modelo Alzira. Este panel analiza los diferentes sistemas de privatización de hospitales que se han llevado a cabo en varios países miembros, entre ellos el de España. En el caso de nuestro país, se centra en el análisis del modelo Alzira. Según el informe señalan que “Sería necesario conocer **los costes** de tratamiento de los pacientes del Distrito Alzira, que están siendo tratados de patologías más complejas en hospitales públicos y asegurarse de que la administración recupera adecuadamente estos costes a través de de la colaboración publico privada (PPP)”. Para estos investigadores, este es un punto clave en los acuerdos de tipo per capita (Pago por habitante) como es este modelo Alzira y deberá ser analizado a la hora de hacer una evaluación. En el informe alertan de una posible falta de control en los procedimientos de pago entre hospitales, una vez que se han producido derivaciones de pacientes a los hospitales

públicos. También hacen referencia a que a pesar de llevar estos modelos más de quince años, no existe información clara y disponible de los resultados económicos y tipo sanitarios que estos modelos (Alzira). Por otra parte este mismo panel de expertos, añaden en su estudio centrado en la externalización del servicio de resonancias magnéticas en la Comunidad de Valencia, “Resonancias magnéticas: una oportunidad de ahorro”, que si se hubieran utilizado medios tradicionales en vez del contrato a 10 años mediante PPP, se hubieran ahorrado 16,7 millones (Un 40% menos que el coste de la concesión).

A este respecto, en uno de los pocos estudios empíricos realizados en España los investigadores Peiro, S. y Meneu R. (2011) en una investigación para comparar la eficiencia en la gestión hospitalaria pública, muestran que los menores costes por ingresos en los hospitales concesionales en la Comunidad Valenciana se corresponden a una mayor tasa de ingresos en estos hospitales. Esto se debe según los investigadores a que se dividen los costes fijos por un mayor número de unidades. En este sentido no observaron diferencias significativas entre en el gasto hospitalario por habitante de los hospitales de gestión privada respecto a los de gestión directa.

En cuanto a los indicadores de calidad asistencial como insuficiencia cardiaca, etc., lleva a los autores a la conclusión de que la gestión privada no garantiza una mayor eficiencia, pero tampoco una peor calidad asistencial. También destacan que existen diferencias importantes en eficiencia y calidad en hospitales, dentro de los mismos modelos de gestión.

Los responsables del informe ven con claridad que sin la incorporación del servicio de primaria de la zona en el sistema, es difícil que el modelo pudiera operar de forma adecuada. Entienden que es importante la integración de ambos servicios a través de incentivos y un sistema de información con un manejo efectivo y resultados claros. También se hacen eco de la falta de estudios rigurosos y la necesidad de un mayor número de indicadores para su análisis. Se menciona que la relación contractual es demasiado flexible y que ello sería difícil en otros países como el Reino Unido.

Principal reforma orientada a la contención del gasto. El Real Decreto 16/2012

Dentro de las reformas más relevantes que se han hecho en el campo de la contención del gasto, como elemento para paliar los efectos de la crisis están las medidas adoptadas por el gobierno popular mediante el Real Decreto 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Algunos autores como Repullo la califican como la pieza fundamental de la austeridad sanitaria. Para poder mantener el gasto sanitario mediante financiación pública en España, con mayores necesidades desde la demanda y un encarecimiento de la oferta de servicios, se tomaron una serie de medidas de contención fiscal y de austeridad de los servicios públicos que vinieron impuestas desde Europa.

Aunque todavía no disponemos de todos los datos para saber si el Real Decreto 16/2012 ha alcanzado sus metas, las cifras de gasto sanitario demuestran un cambio de tendencia, al menos temporalmente. Estas medidas para la sostenibilidad del sistema van en la buena dirección, para utilizar los recursos disponibles de una manera más eficiente y van en la línea de las propuestas del Informe Abril. Otra cuestión es si se ha conseguido mantener la calidad de los servicios sanitarios aplicando una mayor austeridad en todo el sistema.

Como bien dice el título del Real decreto las medidas tomadas puestas en marcha son con carácter de urgencia, que se encajan en el plan de ajuste general para las administraciones públicas con motivo de la crisis financiera y económica de estos últimos años. Si bien es cierto que el sistema sanitario necesita reformas de tipo estructural, la llevada a cabo por el Real Decreto viene a buscar ahorros en el corto plazo, para poder paliar la importante caída en la recaudación de aquellos años.

Aunque las dificultades de sostenibilidad en los países desarrollados ya se detectaron hace dos décadas, el sistema público de salud español arrastraba una serie de debilidades desde la transferencia a las comunidades autónomas que en el periodo de crecimiento no era muy visible, pero se hizo evidente a partir del año 2010. La situación hizo necesaria tomar decisiones enfocadas en una mayor austeridad para poder reducir el gasto público y con ello el déficit.

El reto estaba (y sigue estando) en encontrar una vía de austeridad, sin que tenga repercusiones en la salud y calidad de vida de los ciudadanos del país. Con el nuevo escenario adverso que se encontró el gobierno de la nación en el año 2012, la sanidad pública tenía que irremediablemente asumir su parte en la reducción del gasto, dado el peso que tiene la partida en las cuentas nacionales. En un principio se estimó realizar una disminución que pasaría del 6,5 % del PIB en el 2010, hasta alcanzar unos niveles del 5,1% del PIB para el año 2015.

Estos datos traducido en euros supuso que en su origen el Decreto 16/2012 se diseñara con una previsión de ahorro de más de 7000 millones de euros anuales y así se remitió a las autoridades europeas en la actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2012 – 2015. Para poder alcanzar estos objetivos en la reducción del gasto, se hicieron varios cambios que afectarían a varias parcelas del sistema sanitario.

Una de las principales novedades de la norma es la introducción del concepto de asegurado, el cual se restringe el uso del sistema sanitario y proporciona garantía de asistencia sanitaria a todos los que “ostenten la condición de asegurado”. Este viraje se aproxima a términos más utilizados en sistemas de aseguramiento social y más Bismarckiana, como es el caso de Alemania. En este cambio también aparece el Instituto Nacional de seguridad Social como la administración encargada de la certificación de los derechos de la seguridad social. Para muchos analistas la introducción del concepto de asegurado se hizo con la intención de abrir la posibilidad de facturar el servicio de salud a terceros. Según la exposición de motivos del Real Decreto Ley 16/ 2012 la mala traslación a la ley nacional de la Directiva Comunitaria 2004/38 había impedido la posibilidad de que les facturara a los países de origen la atención de aproximadamente 700.000 extranjeros al año (Círculo de Empresarios 2012).

Otra de las aportaciones de la reforma del año 2012 viene por la extensión del copago en el campo farmacéutico incluyendo criterios de renta del paciente y un techo de gasto que solo afectaría a los pensionistas. En este sentido el copago ha seguido un acercamiento a criterios de progresividad por renta, que van desde rentas de 18000 euros hasta los 100.000.

En este sentido en el campo de la cartera de servicios que son financiados con dinero público también son redefinidos por el Decreto. En el documento se distinguen cuatro

tipos de carteras, empezando por una básica, en la que la cobertura es total, otra común de tipo suplementaria que se dispensa en los ambulatorios, en la que entran farmacia y servicios ortoprotésicos o transporte no urgente. También diferencia una común, de servicios accesorios no esenciales, en el que la cobertura no está garantizada y una última cartera que sería complementaria de las Comunidades autónomas, en la que tendrían que demostrar que disponen de los recursos para su financiación.

En un principio los criterios de inclusión en la cartera de servicios se tenían que hacer ajustándose a valoraciones de eficacia, eficiencia y seguridad, teniendo en cuenta las alternativas, así como el impacto económico y organizativo. La idea era que la cartera de servicios fuera valorada por la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del sistema nacional de salud. Esta es una red de agencias que tienen las comunidades autónomas y el gobierno quiere coordinar para que funcione como el instituto de eficiencia y calidad británica NICE³⁵. En cualquier caso, en la nueva definición de la cartera de servicios, no existe estudios publicados que demuestren que se hayan realizado con los criterios hacemos referencia. En la práctica el real Decreto ha llevado a cabo un proceso de desfinanciación de medicamentos y se han suprimido algunas prestaciones accesorias. Por ejemplo se han dejado de financiar medicamentos de trastornos menores y también se han generado reducciones en los precios de los medicamentos genéricos.

La contención en el gasto sanitario de los últimos años hay que atribuírselo no solo al decreto 16/2012 sino también a la serie de medidas encaminadas a una mayor austeridad. En el año 2010 se promulgo por parte del gobierno de Zapatero la Ley 8/2010 que reducía el salario de los funcionarios en 5% y afectaba de lleno a los empleados del sistema sanitario español.

Por la parte de la política farmacéutica, existen evidencias que otras normas que se aplicaron uno y dos años antes, han tenido clara repercusión en las cuentas. Empezando por el Real Decreto 4/2010, y siguiendo con el RD 9/2011 que incorpora nuevas medidas de austeridad, con bastante éxito en su aplicación y que no incorporaba la anterior. En este aspecto, lo que el nuevo Real Decreto ha venido a hacer, es a

³⁵ NICE National Institute for Quality and Efficiency was introduced in the United Kingdom to set criteria of efficiency in the treatments of the NHS.

complementar en el campo de la política farmacéutica, una serie de medidas de racionalidad ya iniciadas por estos decretos.

Como hemos podido comprobar, han sido un conjunto de medidas las que se han tomado durante el periodo de inicio de la crisis que afectan a lo que es el sistema sanitario público, teniendo el Decreto 16/2012 como principal referente en el campo de la austeridad, al ser considerado una reforma del sistema sanitario público en su conjunto.

Resultados obtenidos

Aunque no ha pasado mucho tiempo desde la aplicación del Real Decreto 16/2012, es posible extraer algunos datos de interés para ver si los resultados a parte de conseguir contener el gasto, mantienen la calidad del servicio de salud. Como ya se ha mencionado es difícil poder aislar los resultados de cada una de las medidas de austeridad puestas en práctica desde el 2010 hasta la actualidad.

Desde el punto de vista económico según el estudio de la OCDE la tendencia alcista que venía generando el gasto sanitario, se interrumpe con las medidas extraordinarias adoptadas en 2010, para la reducción del déficit público, a consecuencia de la crisis económica. Las comunidades autónomas han ido aumentando su gasto de forma clara hasta el año 2009, pero la tendencia es bajista, alcanzando en el año 2012 niveles similares a los del 2008.

Desde la aplicación del Real Decreto ley 16/2012, que se puede analizar ya en el segundo trimestre, se produjo un ahorro farmacéutico de 1.107 millones según la OCDE. Respecto a esto, el uso de medicamentos de tipo genérico se han duplicado en el periodo 2008 -2012, alcanzando el 18% del valor en el mercado y el 40% en volumen.

Existen también datos que reflejan ya una reducción en el número de recetas dispensadas en todas las comunidades autónomas una vez aplicadas las reformas de contención. En un estudio llevado a cabo por Puig- Junoy et al. (2013) en el que se estimaron 17 modelos de series temporales ARIMA, para las distintas comunidades autónomas durante el periodo 2003 y 2012, se produce una destacable reducción en el número de recetas dispensadas a los 3,6 y 10 meses, una vez puesta en marcha la

reforma. El estudio anteriormente citado le atribuye una baja cercana a una cuarta parte en Cataluña, Galicia y Valencia a los 10 meses de la aplicación.

Algunas de estas comunidades autónomas han facilitado algunos los resultados sobre el impacto de la aplicación del Real Decreto 16/2012 en el gasto farmacéutico, como es el caso de Cataluña. Intentando aislar los resultados respecto a acciones tomadas con anterioridad comparamos el año 2012 (Año de entrada en vigor del Real decreto con el año anterior. Los resultados no dan lugar a duda en el caso de esta comunidad autónoma. Durante el año 2012 el gasto farmacéutico fue de 1450 millones de euros, por lo que bajo un 14,27%, suponiendo esto una bajada del doble que el año anterior.

Con estos datos presentados, queda evidencia de que se han conseguido parte de los objetivos en cuanto a la contención de gastos. Otra cosa es si con las medidas adoptadas durante estos años se ha podido mantener el nivel del servicio que presta el sistema nacional de salud.

A la hora de determinar si la calidad de los servicios sanitarios han empeorado en los últimos años debido a las reformas puestas en marcha por la crisis, no se dispone de mucho estudios, pero disponemos del barómetro sanitario, que es una encuesta que realiza anualmente el Ministerio de Sanidad junto al CIS desde el año 2000. Respecto al Barómetro sanitario del 2014 que ya incluye las medidas adoptadas, los ciudadanos conceden a la atención sanitaria una puntuación de 6,31 respecto a 10³⁶. La nota a pesar de seguir siendo relativamente alta ha sido la más baja desde el 2008. En los campos donde empeora la asistencia sanitaria es en las listas de espera, en la atención primaria y atención especializada. En el año 2014 el 38,9% de los ciudadanos opinaba que las listas de espera habían empeorado, marcando una tendencia alcista respecto a años anteriores, así como en la atención primaria, la cual fue un 29,7 % los que opinan que había empeorado. Donde se más se han podido reflejar las medidas adoptadas es en la percepción que tienen los ciudadanos en la atención especializada. En el Barómetro del 2014 de los encuestados un 37% opinan que la situación va a peor, frente al Barómetro del año 2011 donde era el 12% de los encuestados los que opinaban así.

Importante es también remarcar que los profesionales reciben una valoración muy buena.

³⁶ En el Barómetro Sanitario del 2015 mejoro la nota levemente situándose en el 6,38

Por otra parte la encuesta refleja descontento por parte de la mayoría de la población por el sistema de copago puesta en marcha por el Real Decreto 16/2012 y creen que deberían de ser retirados.

Reforma de la financiación

En esta parte del estudio vamos describir los cambios que se han producido en la financiación de la sanidad en los últimos tiempos y cuales han sido los resultados obtenidos.

La forma en cómo se financia la sanidad en el sistema sanitario público es un tema de gran interés por el consenso que existe en que el gasto sanitario está abocado a seguir creciendo en los próximos años. El sistema de financiación del gasto de la sanidad y de las comunidades autónomas en su conjunto, tiene importantes distorsiones que limitan las posibles ganancias de eficiencia de la descentralización. Una de ellas sería la falta de relación entre los gastos que realiza el gobierno regional y los impuestos que recauda. Existen problemas de disciplina del gasto que están ligadas a las formulas de financiación tributaria de las CCAA, que generan dificultades para asignar eficientemente los recursos y que afectan también a la equidad. Hay consenso en que la financiación de las CCAA debería ser modificada, para disciplinar el gasto sanitario en el sistema público de salud. Con esta realidad con la que se encuentran las regiones, la posibilidad de tener que complementar la financiación vía impuestos, con otras alternativas, está entre las opciones para conseguir mantener la sostenibilidad del sistema sin un deterioro de la calidad.

La financiación de las CCAA se va revisar en esta legislatura, pero la sanidad requiere de nuevas formulas para mantener o mejorar su calidad en el futuro y no sea el causante del desajuste de las cuentas públicas.

La forma en la que se ha pagado la sanidad española en los últimos años es mediante impuestos, pero previamente a la ley general de la Sanidad se hacía mediante contribuciones sociales que se hacían a la Seguridad Social (esta cubría a la población con vinculación laboral). Esta financiación vía impuestos se consiguió en su totalidad en el año 1988 cuando el sistema universal y gratuito ya estaba en marcha un par de años antes. Para algunos investigadores como Pedro Biel Rey y Javier Rey del Castillo 2006

este proceso se prolongo aún más, alejando el momento en que los recursos sanitarios fueron financiados en su totalidad con fuentes fiscales en el año 1999.

Como venimos diciendo las CCAA son las encargadas de gestionar la sanidad en su territorio, pero la financiación de las Comunidades Autónomas viene de la administración central. Como la capacidad fiscal que tiene cada comunidad autónoma es distinta y la prestación sanitaria es universal en todo el territorio nacional, se han establecido mecanismos de solidaridad a través de distintos fondos que el estado transfiere a las distintas autonomías. De esta manera se supone que los ciudadanos españoles podrían tener servicios básicos comparables.

Esta financiación ha sido constantemente puesta en entredicha desde que en el año 2002, cuando todas las autonomías dispusieron de la responsabilidad de la gestión de la sanidad. Por un lado la mayor parte de los gobiernos regionales la ha considerado insuficiente para cubrir los servicios esenciales como la salud, y por otro ha facilitado prácticas que no estaban orientadas a una responsabilidad a la hora de rendir cuentas. La financiación autonómica contribuye a la ambivalencia, que favorece la gestión temeraria con el rescate del Estado (Repullo 2007). Un ejemplo claro es la práctica de dejar facturas en el cajón para años sucesivos o hasta la llegada de un nuevo gobierno, con las desviaciones presupuestarias que ello generaba.

Existe al respecto una corriente denominada así misma como “Teoría de segunda generación del federalismo fiscal”, que realiza una aproximación nueva a los problemas del federalismo fiscal. Precisamente se han focalizado en las constantes crisis fiscales que han tenido los gobiernos subcentrales, como son las Comunidades Autónomas, que proceden de su comportamiento perverso. Para los autores de esta teoría los gobiernos subcentrales tienen fuertes incentivos para “esquilmar” los recursos fiscales comunes³⁷ que van obteniendo. Este pensamiento procede de que en el caso de que existiera un exceso de gasto, por deuda excesiva o carencias de tipo presupuestaria, los gobiernos regionales serían rescatados por el gobierno central. Aunque existe una tendencia por parte de los gobiernos centrales a prometer de que no acudirán al rescate de las finanzas de sus regiones, la experiencia en España y en el extranjero demuestra que si acuden a su rescate. En el caso de las comunidades autónomas han necesitado recursos

³⁷ Proviene de la traducción “Raid the fiscal commons”

adicionales para poder financiar el sistema sanitario público. Esto ha sucedido así, prueba de ello es que cada 5 años se ha revisado el sistema de financiación, captando nuevos recursos del Estado. El fondo de la cuestión no ha variado demasiado, los recursos para sanidad se siguen considerando insuficientes para poder atender todas las necesidades de la población cubierta.

La Constitución Española hace referencia a la financiación de las comunidades autónomas en el artículo 156 a 158 y reconoce las especialidades de los territorios forales y de Canarias. Por ello tenemos dos modelos de financiación que afectan al gasto en sanidad de las Comunidades Autónomas. Uno es el régimen común y otro es el foral. En este caso vamos a analizar el régimen común que es el que tienen la mayoría de las CCAA y provoca los mayores desajustes a la vista de los resultados.

- En términos generales el sistema de financiación funciona de la siguiente manera:

Los ingresos autonómicos vienen de un conjunto de impuestos, recaudados principalmente por la administración general del estado y son distribuidos con unos adelantos a cuenta, que están en función de una previsión de ingresos de cada una de las administraciones autonómicas.

Con el conjunto de ingresos de cada una de las Autonomías se establece un fondo común de las cuales la distribución corresponde a las administraciones regionales como únicas responsables. En el caso de la sanidad existen algunas garantías iniciales para que se destinen ciertas cantidades “mínimas” a este fin, careciendo de un control externo que así los garantice.

En base a su pasado y una serie de variables se determina cuales son las necesidades de financiación de cada Comunidad Autónoma. Estas variables entrarían marcadas por las distintas categorías de edad de la población y por su capacidad tributaria. Las diferencias que de estos parámetros se obtienen, generará una serie de transferencias positivas o negativas entre el Estado y las Comunidades autónomas.

Por otro lado el sistema de financiación de las CCAA y en concreto el de los servicios básicos como la sanidad, cuenta con una diversidad de fondos que la hace bastante compleja. En su concepción está diseñada para asegurar una cierta cantidad de dinero para poder pagar estos servicios, bajo una solidaridad entre las comunidades del

territorio español. En cualquier caso lo que se busco es que las autonomías tuvieran garantizado unos recursos sanitarios, para asegurar unos mínimos de estabilidad durante los próximos años.

Aunque el modelo de financiación está pendiente de revisión en la nueva legislatura que arranca en noviembre del 2016, la actual ley de financiación que está en vigor es la puesta en marcha por el gobierno socialista de Rodríguez Zapatero, esta es la Ley 22/2009 de 18 de diciembre que es la que se utiliza en el régimen común de las Comunidades autónomas.

Esta ley no altero sustancialmente el esquema básico de la anterior ley de financiación que es la Ley 21 /2001, la cual incluye la financiación de la sanidad. En este sentido la capacidad tributaria de las comunidades autónomas es básicamente la misma que refleja la Ley 21/2001 de 27 de diciembre, aunque el porcentaje de cesión se ha elevado en alguno de ellos. Se puede decir por ello, que en el año 2001, se pacto la financiación sanitaria vigente, que está incluida en el sistema de financiación global, para prestar la asistencia en cada una de las comunidades.

Las medidas fiscales y administrativas que establece La Ley 21/2001 de 27 de diciembre del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas complementa a la LOFCA, ley orgánica 8/1980 de 22 de septiembre de Financiación de las Comunidades Autónomas, que fue la primera norma de financiación autonómica desde el inicio de la transferencia de la sanidad.

A parte de dar estabilidad y suficiencia, esta ley amplía la capacidad de las autonomías en materia fiscal tanto en la forma de cómo obtener recursos, así como en las condiciones de la prestación del servicio.

Desde 2002 no hay una partida finalista de la sanidad. Una reforma de mayor calado termino con la separación de la sanidad del resto de las partidas transferidas. A partir de esta fecha, en la que ya todas las comunidades tienen transferidas las competencias actuales, la sanidad se incluye o engloba en los recursos para competencias comunes y para asistencia social, teniendo un mínimo asegurado. Esta fue una de las medidas que se tomo en la ley del año 2001 en revisión de la ley orgánica de financiación de 1980.

Esta ley dio más libertad a las Comunidades, que pudieron establecer recargos en sus tramos de IRPF y en los impuestos de hidrocarburos. Otras de las posibilidades de las Autonomías para financiar sus actividades, es el del endeudamiento hasta los términos previstos por la normativa vigente.

En general la tendencia que se ha buscado con la financiación es promover la autonomía regional, tanto a la hora de realizar el gasto como a la hora de captar los ingresos, especialmente después de la revisión que se hizo en el año 2009³⁸. El nuevo sistema de financiación que se pone en marcha en 2009 pretende el incremento de los recursos iniciales del modelo, con el propósito de “reforzar el modelo del bienestar”. Con estos ingresos el gobierno intentaría poder cubrir los gastos derivados de un aumento de la población se ha producido en los últimos años en nuestro país.

En este sentido financiación pública que se recauda a través de impuestos generales del Estado, tiene en cada comunidad autónoma una partida asignada en sus presupuestos. Se supone también que a lo largo de estos años se ha reforzado el principio de suficiencia y el de la solidaridad entre comunidades autónomas.

Estos nuevos recursos o fondos a los que estamos haciendo mención son regulados mediante la ley 22/2009 que se van incorporando al sistema, dentro de las políticas de estabilidad de la Unión Europea.

Estos serían el Fondo de Suficiencia Global, Fondo de garantía de los Servicios Públicos Fundamentales y el Fondo de Convergencia, además de los tributos cedidos.

El Fondo de Suficiencia Global esta ideado para cumplir y reforzar el principio de suficiencia, ya que su objetivo es asegurar la totalidad de las competencias de las autonomías, entre ellas la de sanidad que es la partida de mayor cuantía.

La nueva fórmula de reparto de fondos consta de dos tramos, de los cuales uno proviene del Fondo General, fijado por la población protegida (Tienen un 75% de ponderación) y otro determinado por el número de personas mayores de 65 años (24,5% de ponderación, 0,5 insularidad)

Para cumplir con el principio de equidad que se cita en artículo 158.1 de la constitución y en el 15 de la LOFCA, se habilita el Fondo de servicios Públicos

³⁸ Para una mayor comprensión leer “Una oportunidad perdida” (Beteta ,Antonio 2009)

fundamentales, que tiene como objetivo que las comunidades autónomas reciban los mismos recursos por habitante. También en el ámbito de refuerzo de la equidad se emplean los Fondos de Convergencia, que buscan mediante fondos adicionales del Estado aumentar la convergencia en la financiación per cápita y niveles de vida de los ciudadanos.

Por otra parte existe un aumento del porcentaje de los tributos parcialmente cedidos a las comunidades, que se encaminan en aumentar los principios de autonomía y de corresponsabilidad.

Además de los recursos que el sistema de financiación proporciona, las Autonomías disponen de otros recursos, como los tributos propios, transferencias de los presupuestos generales del estado o fondos de la Unión Europea.

Los recursos tributarios mediante recaudación, lo forman según El Ministerio de Hacienda y de administraciones públicas:

- A) El Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Impuesto de sucesiones y Donaciones, de los Tributos sobre el Juego y Tasas afectas a los servicios transferidos.
- B) Impuesto sobre la Venta Minorista de determinados Hidrocarburos y del Impuesto Especial de determinados medios de Transporte.
- C) La Tarifa autonómica del impuesto de las personas físicas, que en la actualidad está en el 50%
- D) También se cede el 50% de la recaudación del impuesto del Valor Añadido (IVA)
- E) El 58% de la recaudación por impuestos Especiales sobre el Vino, Cerveza y bebidas fermentadas, el Alcohol, el Tabaco y sobre Hidrocarburos
- F) La totalidad de la recaudación por el impuesto sobre la electricidad

La mayor parte de estos ingresos por impuestos no están dentro de la capacidad normativa que tienen las Comunidades Autónomas. Esta situación no favorece lo que la existencia de mecanismos de “Corresponsabilidad fiscal” (Sevilla Segura, 2005), que fue uno de los motivos por los que se puso en marcha el nuevo sistema de financiación. Esta supuesta “Corresponsabilidad fiscal” tendría que llevar a las Comunidades Autónomas que gastan por encima de la financiación recibida, a ser capaces de atender

estos gastos bajo su propia responsabilidad. Esto se supone que sería factible estableciendo recargos sobre los impuestos cedidos total o parcialmente, o mejorando la capacidad recaudatoria de sus tributos propios.

Resultados de la reforma

Aunque a nivel nacional no existen muchos estudios que demuestren el impacto de las reformas que el sistema de financiación haya podido tener en el gasto y la calidad, los datos del déficit sanitarios demuestran que la financiación sanitaria no ha tenido los resultados esperados. Bien es cierto que la gestión sanitaria, por sus características, se convierte en la más compleja de todas las provisiones de bienes públicos locales. La complejidad y falta de transparencia genera conflictos entre Comunidades autónomas y gobierno central. Un ejemplo es la reclamación que tiene Madrid con la financiación de la asistencia sanitaria, que por una decisión unilateral del gobierno, respecto al concepto de población protegida, deja fuera de esta financiación a más de 600.000 madrileños según su consejero de Economía y Hacienda Antonio Beteta.

La experiencia internacional demuestra que los resultados financieros de los países con un sistema descentralizado tiene mayores dificultades para el control del gasto sanitario que los sistemas centralizados (Banting y Corbett, 2001). Este problema se ha visto agravado en los últimos años, donde muchos países han intentado implantar medidas para intentar controlar estas partidas (Abel- Smith y Mossialos, 1994; Mossialos y Legrand, 1999; Dixon et al., 2004).

La complejidad de los mecanismos de coordinación que exigen los distintos niveles de la administración están relacionados con esta dificultad para controlar el gasto. Los problemas de coordinación a los que nos referimos pueden poner en peligro el mantenimiento de la universalidad del sistema y de la extensión de la protección. Esta circunstancia es contraria a los postulados del federalismo fiscal, que atribuyen una asignación más eficiente de los bienes públicos a los gobiernos subcentrales por poder diferenciar mejor las necesidades de cada jurisdicción.

El sistema de financiación actual también ha demostrado su debilidad a consecuencia de la crisis económica y la respuesta que ha podido dar al respecto. Se ha producido un “Efecto tijera”, el cual ha sido comprobado por la OCDE a consecuencia de unos gastos

crecientes de las Comunidades Autónomas (gobierno subcentral) y un descenso en los ingresos tributarios. De forma más acusada se ha notado en aquellas partidas donde las autonomías tienen importantes gastos sociales como es la sanidad y son más sensibles a los ciclos económicos. En otros apartados nos hacemos eco del retardo que puede darse en la manifestación por varias causas, como puede ser los presupuestos que se generan y su posterior liquidación. En estos casos se pueden disfrutar de unos ingresos teóricos que posteriormente no se llegan a materializar.

Como se ha hecho mención en el apartado de la descentralización, el sistema de financiación de las comunidades también se ve afectado por los “Efectos de spillover”, sobre todo en la atención sanitaria. Cuando los beneficios y los costes pasan de una jurisdicción a otra se producen importantes ineficiencias al desincentivar la producción óptima de este bien. Las poblaciones situadas en las zonas costeras como pueden ser Andalucía, la comunidad Valenciana o Cataluña reciben una gran cantidad de personas que no se computan a efectos de la financiación por el servicio de asistencia sanitaria que se presta. En este caso las Comunidades Autónomas cedentes, deberían aportar a las comunidades receptoras la financiación necesaria para ello, mediante un fondo de cohesión sanitario o que el sistema de financiación autonómico lo descontara de los recursos existentes. Por los datos consultados hasta la fecha el Fondo de Cohesión, que es el que garantiza la igualdad de acceso, es escaso para compensar a los desplazados.

CAPITULO III. EL SISTEMA SANITARIO INGLES (NHS): Como funciona, últimas reformas orientadas al mercado y problemas financieros.

RESUMEN EJECUTIVO

El Sistema Sanitario Inglés tiene unas características muy similares al que tenemos en España en él la actualidad. Es de acceso universal, gratuito en el punto de atención y se financia a través de impuestos. Sin embargo en el Reino Unido existe desde el año 2008 total libertad de elección de médico y hospital ya se público como privado.

En este país todos los proveedores sanitarios que cumplen los requisitos del NHS pueden competir por atender a los pacientes.

Esto no fue siempre así, hace un par de décadas los distintos gobiernos decidieron emprender una serie de reformas orientadas al mercado para que el sistema que pasaba por dificultades mejorara tanto en eficiencia como en calidad.

Se hicieron dos reformas, una en la década de los noventa y otra comienzos del siglo XXI. Se puede decir que la primera de ellas no obtuvo los resultados deseados, pero la segunda si fue más positiva.

La primera reforma que se hizo, conocida como "Internal Market", separo lo que es el comprador de los servicios sanitarios del que lo provee en última instancia.

Permitiendo a los proveedores públicos tener una mayor independencia.

La segunda reforma introdujo la libertad de elección en todo el territorio incluyendo tanto públicos como privados. Esta reforma vino acompañada de un sistema de pago por actividad, que incentivaba a los hospitales a atraer un mayor número de pacientes.

En el país también han incorporado un organismo independiente que asesora al NHS para incorporar los tratamientos con un criterio de coste-efectividad, muchos países tratan de emular a día de hoy.

INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a analizar las reformas que el Reino Unido ha llevado a cabo en las últimas décadas para poder afrontar los desafíos del aumento de costes y pérdida de calidad. Este país ha sido uno de los primeros en incluir mecanismos de mercado, por lo que después de varios años ya existen evidencias de los resultados obtenidos.

El National Healthcare System tiene un funcionamiento muy similar al sistema sanitario español, siendo con acceso universal y financiado a través de impuestos. El hecho de ser gratuito en el punto de atención le lleva a tener los mismos problemas que tenemos aquí, una gran demanda con elevadas listas de espera y unos costes cada vez mayores motivados en gran parte por una ausencia de señales, que lleven al paciente a un uso más racional.

A pesar de que estaba bien claro del aumento de la demanda y de una población cada vez más mayor, no todos los gobiernos lo han afrontado de igual forma. La manera de cómo gestionar la sanidad va a depender de qué tipo de partido político este en el gobierno. En general los dos partidos mayoritarios piensan que hay que cambiar algo en la manera de como proveer la atención sanitaria, ya que tanto conservadores como laboristas han hecho algún tipo de reforma. La principal diferencia sería la velocidad de estas reformas. En este sentido los conservadores son un poco más orientados a mercado, pero por norma general los laboristas han mantenido las reformas que los gobiernos anteriores habían iniciado.

Si miramos en las encuestas, el sistema sanitario inglés se posiciona como una de las instituciones más queridas en todo el país. Esto se puede deber a que tiene muy buenos doctores y enfermeras, obteniendo en las comparaciones internacionales uno de los mejores resultados, existiendo alguna excepción. Por ejemplo en mortalidad atribuible al sistema sanitario, si uno estuviera en otro de los países de la OCDE con mejores resultados, se evitarían muchas muertes.

HISTORIA DEL NHS

Lo que es la génesis del National Healthcare System (NHS), uno tiene que remontarse al siglo XIX. Por aquel entonces ya había gente que pensaba que el acceso a la atención sanitaria era parte de una sociedad cohesionada. Se podían encontrar algunos municipios, como el ayuntamiento de Londres, que gestionaban algunos de los hospitales de la zona. En general la mayoría de los hospitales pertenecían a organizaciones caritativas financiadas por la beneficencia, pero a lo largo del tiempo, sobre todo desde los sectores más socialistas, argumentaban que debería de existir un sistema estatal o por lo contrario un sistema de aseguramiento, en el que se pudiera pagar con antelación para poder disponer de atención sanitaria cuando uno se ponía enfermo.

A principios del siglo XX existía un seguro de salud en el país, que se estableció mediante la Ley de aseguramiento Nacional (1911), pero que requería de urgentes reformas. Solamente las personas con trabajo tenían un acceso a tratamiento sanitario y no cubría a sus dependientes, siendo por ello solo 1/3 de la población la que tenía acceso a la atención médica (Leathard, Audrey 2000). Este aseguramiento social estuvo en vigencia hasta 1948 y se caracterizó por la baja inversión que hubo en el periodo entre guerras. En este sentido el enfrentamiento bélico llevo a al personal sanitario a trabajar casi de forma voluntaria.

No fue hasta después de la segunda guerra mundial cuando se creó el actual NHS (1948) con la intención de dar una mayor accesibilidad a las personas de Inglaterra respecto a la atención sanitaria. En esta fecha se decidió juntar todos los hospitales y médicos del país en un sistema nacional universal, en el que todos los residentes tenían acceso y estaba financiado por el Estado.

Todo empezó cuando el partido laborista en su manifiesto de 1945 prometió una revolución en la atención sanitaria. Fue el ministro de sanidad Aneurin Bevan quien quiso fundar un servicio sanitario en base a los siguientes principios: Tenía que ser disponible a todo el público, gratuito en el punto de atención y pagado a través de impuestos. En realidad el público general nunca fue entusiasta con la idea de Bevan de nacionalizar la atención sanitaria. Ello lo demostraban las encuestas de los años 30 y 40 (Hayes 2012). A parte de la fuerte oposición de los doctores y conservadores, también existían algunos laboristas que no lo tenían tan claro. En este sentido Herbert Morrison decía que los condados estaban mejor cualificadas que los gobiernos centrales para dar

un servicios sanitario de calidad. Desde entonces el sistema sanitario ingles a permanecido si grandes variaciones.

CARACTERISTICAS DEL NHS

El NHS aparte de ser de acceso universal, se caracteriza por el hecho de ser gratuito en el punto de atención³⁹. En realidad esto no es exclusivo de este sistema y esta característica puede en muchas ocasiones generar incentivos perversos, al no existir ninguna barrera para utilizar el sistema de una forma adecuada. La única barrera serian las listas de espera que son parte habitual del NHS.

Sin embargo a pesar de que todos los gobiernos prometen que las van a reducir, estas listas se utilizan para racionalizar el servicio. Siendo esto así, una reducción en las listas de espera podría generar nuevas demandas.

Desde el año 2006 los ingleses pueden elegir el médico y el hospital por el que quieren ser tratados. En esta libertad de elección entran tantos proveedores públicos, así como lo privados que compiten por los pacientes. Estos pacientes tienen el derecho de elegir la consulta de atención primaria a la que quieren ir y empezar el tratamiento en un periodo no mayor a 18 semanas. El médico de familia (GP), puede facilitar una gran variedad de servicios, incluso operaciones menores. Los pacientes pueden ir al hospital por recomendación del médico de familia, sin embargo pueden ir también sin necesidad de ello si acuden por urgencias. Para personas que no pueden acudir al hospital cuentan con un servicio a domicilio formado por enfermeras de distrito.

A pesar de que el tratamiento es gratuito en el punto de atención, puede haber algunos costes (NHS services 2016). Estos costes pueden ser desde prescripciones hasta costes por desplazamientos o dentistas y ópticas. El NHS cubre la mayor parte de los servicios, como pueden ser vacunaciones, embarazos, abortos hasta la semana 24, así como fisioterapia después de un accidente. Servicios como el dentista o las ópticas van a depender de la edad (niños y mayores) y de los ingresos. Sin embargo existen copagos para el resto de los pacientes que describimos a continuación.

Los pacientes tienen que pagar por las prescripciones, cuidados dentales y oftalmológicos. Acorde con los datos del NHS, estos pagos cubren el salario de 12000

³⁹ Gratuito si eres residente en UK, por el contrario uno puede tener que pagar alguna tasa

enfermeras cada año. Si esto es así, suponiendo que el salario por cada enfermera y año son 23000 libras, ello supondría 276 millones de pounds al año. El coste de las prescripciones es de 8,4 pounds por producto, siendo de 7,4 pounds hace algo más de dos años. Existen otros sistemas para ahorrar en prescripciones, con los PPC (Prescription prepayment certificates) permiten pagar algo menos cuando se mayor número de unidades.

Los cargos por servicios dentales van a depender del tratamiento que uno necesite y se divide en tres grupos o bandas. La primera banda cubre el examen, diagnóstico y asesoramiento, teniendo que pagar 19,7 pounds. La segunda banda cubre todo lo de la primera, más otros tratamientos como rellenos, así como extracciones dentales. La tercera banda cubre todo lo de la primera y segunda más coronas, puentes y otras necesidades de laboratorios. Por estos servicios hay que pagar 233,7 pounds (NHS website 2016). Para tratamientos oculares uno se tiene que costear los gastos a no ser que se encuentre en el esquema de bajos ingresos (LIS), situación en la que si se ayuda de forma parcial con los gastos, utilizando vales.

ESTRUCTURA BAJO LA COALICION

La mayor parte de la literatura disponible sobre sanidad en UK está centrada en Inglaterra. Gales, Escocia y el Norte de Irlanda tienen sistemas distintos, más orientados en la colaboración e integración. Se puede decir que en estas partes del Reino Unido, mantienen el sistema más como era en un principio. Como nuestro estudio es más sobre las últimas reformas que se han introducido en UK, vamos a describir la mayor parte de los cambios que se produjeron en Inglaterra, utilizando datos de Escocia y Gales de forma excepcional para las comparaciones.

Si miramos la estructura del sistema sanitario inglés, observamos que es muy compleja con muchos miembros, lo que hace el manejo de la institución bastante difícil. Con el gobierno de la coalición se han mantenido la mayor parte de las estructuras de la última administración, a veces con otro nombre, incluyendo algunos miembros, con el objeto de aumentar la supervisión. A pesar de la enorme estructura que tiene el NHS, la coalición quiso que la competición fuera el motor de la mejora en productividad e innovación.

Estos cambios fueron posibles gracias a Ley de Cuidados Sanitarios y Sociales de 2012 (Es la mayor reorganización de la estructura del NHS en Inglaterra. Surgió después de las elecciones generales de 2010).

Si nos fijamos en sistema sanitario inglés, existe un Departamento de Salud, que es el responsable de establecer la estrategia y la financiación de la sanidad en Inglaterra. Este departamento ministerial está apoyado por 23 agencias y miembros públicos⁴⁰.

Entre el gobierno y el Departamento de Salud existe un Ministro de Sanidad, que es el responsable de las reformas que se lleven a cabo. En esta estructura se encuentra el NHS, que tiene como responsabilidad mejorar la salud de la gente del país. Dentro de Inglaterra, el NHS se integra en cuatro regiones, Norte, Sur, Londres y Midlands&East, también llamadas Oficinas Regionales. A pesar de esta reorganización, desde el Estado se habla de una sola unidad, debido a que la gente siempre ha identificado al NHS como un solo cuerpo que garantiza la equidad entre los ciudadanos. (Esta organización que es la parte principal de sistema, está formada por una atención primaria y otra especializada). El NHS es responsable de distribuir los recursos y supervisar los Clinical Commissioning Groups (CCG). Estos son unos nuevos miembros que surgieron después de la Reforma de la Sanidad del 2012, antes se llamaban Primary Care Trust (PCT). Los CCG están compuestos principalmente por Médicos de Cabecera (General Practitioners GP), los cuales se les supone que tienen una gran experiencia para asesorar a los pacientes y (constituyen la atención primaria). La formación de los CCG es interdisciplinar además de médicos hay enfermeras y otros profesionales. Estos grupos van a recibir un presupuesto que va a depender de la población, ajustado a otros factores como salud y edad. De todo el presupuesto que tiene Inglaterra en sanidad los CCG reciben el 60%, pudiendo suponer ello 60 billones de £. En las áreas locales la atención sanitaria es planificada y contratada por estas organizaciones. Ello lo hacen comprando los servicios sanitarios tanto a hospitales del NHS, así como a entidades privadas con ánimo y sin ánimo de lucro. La única condición es que cumplan los requisitos de las autoridades sanitarias, representadas por el NICE (National Institute for Health and Care) y el CQC (Care Quality Commission).

⁴⁰ Para mayor información sobre la reforma en la organización que realizó la Coalición en 2010/2015 ver Smith 2015.

El CQC tiene la tarea de asegurar que los hospitales y otros centros sanitarios proveen un servicio seguro, efectivo y de calidad, así como promover que los servicios mejoren. Esto lo realizan con inspecciones periódicas y publicando sus resultados en su página web, para que la gente pueda tomar decisiones sobre el cuidado que quiere recibir. Cuando este organismo inspecciona los centros sanitarios, los puede catalogar de "malos" o "buenos" para la calidad de los cuidados y puntuarlos entre 1 y 5 según la salud de la población.

The National Institute for Health and Care (NICE)

Como la mayoría de sistemas sanitarios el NHS no es el único en enfrentarse a tener que pagar unas técnicas más efectivas, pero a su vez más caras. En algunas ocasiones, para ahorrar dinero, el NHS establece restricciones en el acceso a determinadas técnicas (Angus Deaton 2015). Estas restricciones han sido bastante polémicas. Hubo un caso famoso en la década de los setenta por el cual el NHS limitó el acceso a diálisis, para todos aquellos que no eran suficientemente jóvenes para beneficiarse de ello, excluyendo a los que eran más mayores y que por sus condiciones, no merecía la pena pagar el coste.

Durante los años noventa el partido conservador planteó la introducción de una institución independiente capaz de proveer al NHS con asesoramiento sobre el coste-efectividad de ciertos tratamientos que se iban incorporando. La polémica surgió con un producto llamado beta-interferón que se utilizaba para tratar la esclerosis múltiple. Este tratamiento era muy caro y no era capaz de curar la enfermedad, circunstancia que motivó una amplia reflexión al Ministro de Sanidad de entonces Gerry Malone. Por ello el gobierno conservador creó en 1999 el NICE (El NICE se fundó en los noventa cuando el gobierno laborista estaba en el poder, pero la idea vino del gobierno anterior), para tratar de resolver estas cuestiones. El NICE se creó con el objetivo de poder asesorar y establecer directrices para todos estos nuevos tratamientos que iban apareciendo o ya existían en el mercado. La institución independiente realizaba informes, comprobando cómo funcionaban estos tratamientos y si aportaban valor a la inversión realizada, para que luego el gobierno pudiera dar al público el tratamiento más efectivo, basado en las últimas evidencias. De esta forma el NICE ayuda a los grupos de médicos de familia (CCG) a proporcionar los mejores cuidados posibles. Estos CCG que son los responsables de comprar los servicios sanitarios a la población local, tienen la obligación legal de incorporar las directrices del NICE (Timmins 2009).

Health care Providers

En Inglaterra el número y localización de los hospitales en el NHS que forman la atención especializada está planeado por el Departamento de Salud, sin embargo desde el 2006 los pacientes pueden elegir entre cualquier tipo de hospital ya sea público o privado con y sin ánimo de lucro.

Desde la reforma de 1990 los hospitales públicos se convirtieron en NHS trust, que son entidades legales con un mayor grado de autonomía y gobierno. Después los que tenían mejor rendimiento se podían convertir en NHS Foundation Trust, que tenían aun mayor grado de independencia del gobierno, manteniendo su condición de sin ánimo de lucro. Estos podían captar fondos tanto públicos como privados, pudiendo quedarse con los beneficios para invertir en otros servicios del NHS. Los proponentes de los Foundation Trust estaban convencidos de que estas organizaciones darían el servicio más rápido y de forma más eficiente.

A lo largo del tiempo se han ido introduciendo políticas para permitir una mayor diversidad de proveedores en el NHS (Edward and Lewis 2008). Una serie de reformas permitió la entrada del sector independiente mediante la financiación pública de ciertos tratamientos y operaciones.

El objetivo del gobierno Laborista era que estos proveedores independientes compitieran con los hospitales públicos para mejorar en calidad y eficiencia, así como mejorar la atención al paciente. Con este aumentó en la capacidad los centros independientes (ISTCS), reducirían las listas de espera para operaciones selectivas (Department of Health 2002).

Es interesante saber que la mayor parte de los hospitales en el Reino Unido son públicos, siendo los privados una pequeña proporción. Existían sectores que esperaban grandes trasvases de recursos hacia los proveedores independientes. Según el Departamento de Salud entorno a 10 billones de £ de un presupuesto total de 113 billones, es gastado por proveedores que no pertenecen al NHS. Algunos medios de comunicación exageraron con frases como:

"La privatización nos está robando el NHS de las manos" (The Guardian, 6 de Agosto 2014) o "El experimento de la privatización del NHS sucede delante de nuestros ojos" (New Statesman, 9 Enero 2015).

La entrada del sector privado no solo sucedió en la atención especializada, también hubo una apertura para que nuevos grupos de médicos de familia entraran a proveer servicios en el NHS. Estas nuevas empresas en general propiedad de los médicos, tuvieron una penetración en el mercado relativa, sin embargo hubo algunas como Care UK y Assura con una mayor implantación.

REFORMAS MÁS RELEVANTES DEL NHS

Desde la creación del NHS ha habido varias reformas, pero solo una de dimensiones mayores, que fue cuando el gobierno conservador puso la gestión en manos de las autoridades sanitarias de área. Durante el periodo de gobierno de Margaret Thatcher se pusieron en marcha algunos cambios orientados al mercado en el sistema sanitario, con la intención de alcanzar los objetivos que los ciudadanos esperaban. Sin embargo los dos partidos políticos mayoritarios en Inglaterra han realizado cambios en este sentido. En este capítulo hablamos sobre las últimas reformas orientadas al mercado que han realizado los distintos gobiernos, para entender mejor como es hoy. Otro punto importante es ver qué cosas pudieron fallar y como han tratado de resolverlas, circunstancia que puede ayudar para las posibles propuestas a aplicar en el sistema sanitario español.

Desde el punto de vista de la teoría económica los mercados crean incentivos para generar mayor calidad y alcanzar niveles más altos de microeficiencia. Desde la creación del NHS en 1948 se han cometido algunos cambios en la forma en la que la atención sanitaria es provista. Aquí analizamos las reformas del mercado interno “Internal market” y la reforma del casi-mercado "quasi market" (Esto sería como un mercado un cierta intervención del Estado). Estos son los principales cambios que se han dado en la organización desde su constitución.

La principal diferencia entre ambas reformas, la primera en los noventa y la de “La elección del consumidor” a partir del 2006, fue las condiciones por las que los proveedores podían competir, tanto en precio, como en calidad. La principal característica de la reforma "Internal market" es que los hospitales podían poner sus propios precios y competir por contratos anuales en base a su precio y calidad. Sin embargo en la segunda reforma orientada al mercado, el precio era establecido por el departamento de sanidad, compitiendo por ello los hospitales en base a la calidad. Existe una hipótesis de Gaynor (2004) que sugiere la competición entre hospitales con

precios establecidos llevan a una calidad mayor. Sin embargo la competición entre hospitales donde pueden establecer el precio, la calidad puede empeorar.

Vamos a analizar las consecuencias de las reformas en el sistema nacional británico y comprobar si esos cambios llevaron a una mejora en la eficiencia y en la calidad clínica

Reforma del "Internal Market"

La idea de introducir los mercados como incentivos para el sistema sanitario fue propuesta por Alain Enthoven en 1985. El objetivo era mejorar la eficiencia manteniendo el sistema con financiación por la vía de los impuestos y con un acceso universal a la atención sanitaria en un momento de en el que el gobierno empezaba a percibir problemas financieros.

El sistema sanitario británico anterior a 1990 estaba llevado por el gobierno central y tenía pocos incentivos para mejorar en calidad o eficiencia (Cutler,2002). La reforma llamada "Internal market" fue implementada por el gobierno de Margaret Thatcher en abril de 1991 hasta 1997 con la intención de promover la competición entre hospitales del NHS. Lo que intentaron es separar lo que es el comprador, del que provee en última instancia el servicio sanitario. Para alcanzar estos objetivos, la administración daba la oportunidad de contratar los servicios sanitarios con dos tipos de compradores, mediante las autoridades locales o por medio de las agrupaciones de médicos de atención primaria. Se producía una negociación entre los compradores y los hospitales, suponiendo que existían listas de precios.

Las autoridades locales se convirtieron en las principales compradoras de servicios en sus propios distritos. Aunque la mayor parte de las compras se hacían con proveedores públicos, también podían contratar con otros de tipo privado. La atención sanitaria era financiada de acuerdo con las necesidades de la población de la zona. Durante este periodo los hospitales se convirtieron en "Trust". Estos cuerpos legales se establecieron con la idea de conseguir contratos por una cantidad de trabajo dado, a un precio negociado de forma local. El objetivo era que minimizaran los costes y a su vez conseguir la mejor calidad posible, con la intención de mantenerse en el mercado.

Otro elemento interesante que trajo mayor grado de competición fue que los médicos de cabecera podían también contratar por su cuenta, con su propio presupuesto (Niemitz 2015). Se suponía que actuarían como agentes informados de sus pacientes, asegurando una atención a tiempo por parte de los proveedores, negociando sus propios contratos con la atención especializada. De esta manera los pacientes y proveedores se

beneficiarían de sus fondos, manteniendo cualquier tipo de beneficio generado (Kay 2002).

A pesar de que para mucha gente el "Internal Market" era un gran cambio, el más radical desde la constitución del NHS (Butler 1992); había muchos elementos que no funcionaban como un mercado. Por ejemplo la distribución de los servicios y equipos sanitarios no dependían de la competición, sino de un plan nacional. Para empezar no existían una entrada o salida de proveedores determinado por el mercado (Propper, Burgess and Gossage 2008, p.145). Los hospitales con bajos rendimientos se les rescataba, siendo este uno de los motivos por los que al "Internal Market" se le relacionaba con "Alicia en el país de las maravillas", donde todo el mundo tiene un premio (Bevan and Hamblin 2009, p.162).

Resultados de la Reforma

La reforma de "Internal Market" no generó el tipo de cambio que anunciaron los promotores, ni tampoco el que temían los opositores (Mays et al 2000).

Si intentamos ver donde las reformas tuvieron éxito, tenemos un estudio llevado a cabo por Propper, Croxson y Shearer en el que pudieron comprobar que las listas de espera bajaron en aquellas zonas donde había una mayor competición. En términos de productividad, en otros estudios de Söderlund (1997), intentando encontrar ratios entre factores de producción y resultados, comparando cotes medios entre los pacientes, pudo observar ciertas mejorías en productividad relacionadas con los cambios del nuevo status. Adicionalmente constataron evidencias de que las asociaciones de médicos de cabecera conseguían menores tiempos de espera que las autoridades locales. Eran más capaces de movilizar contratos, más sensibles a las necesidades y deseos de los pacientes y más dispuestos a sacar ventaja de la competitividad (Le Grand et al 2004)

A pesar de que los costes de gestión y administración crecieron, debido a la necesidad de negociación ente compradores y proveedores (Paton 1995), existen evidencias de que el coste en su conjunto aumento menos que en el periodo previo (Mulligan 1998).

Cuando hablamos de los resultados de la reforma en términos de resultados, no existe demasiada evidencia del impacto en la calidad del servicio. En un estudio llevado a cabo por Propper et al (2004,2008) demostró que mayores niveles de competitividad no producen mejoras en los resultados de los pacientes, al menos en indicadores como disfunciones de corazón. Por ejemplo encontró una mayor mortalidad de ataques de

corazón en hospitales vinculadas a la competición. Además indica que no se puede producir ningún tipo de competición entre hospitales cuando existe demasiada distancia entre ellos, estando 1/3 bajo estas circunstancias (Propper 2008). Este es uno de los motivos por los que el nivel de competición es muy distinta a lo largo del país.

Otro de los problemas es que los compradores no tenían suficiente información sobre la calidad de los hospitales. Tenían información sobre listas de espera y precios, pero no tenían indicadores armonizados sobre enfermedades del corazón, etc., estos fueron publicados después (Propper et al 2008) (No tuvieron datos sobre calidad hasta 1999)

El motivo por el que la reforma del Internal Market no funcionó del todo habría que encontrarlo en la forma de cómo se implementó. Para Legrand estos resultados se debían a que "Los incentivos eran muy débiles y las restricciones muy fuertes". Entre otras los hospitales con buenos resultados no pudieron expandirse, ya que no se podían quedar con los beneficios.

Por otro lado la competición entre los distintos proveedores hospitalarios estaba limitada por el gobierno. No existía demasiada relación entre el NHS y los proveedores independientes (Propper et al 2004). El NHS no sentía la presión de los proveedores privados, al no estar invitados. Importante destacar el problema de no existir consecuencias de los resultados obtenidos. Los proveedores ineficientes no se les permitían caer por las consecuencias políticas y problemas de inequidad en el acceso.

A pesar de que la reforma del Internal Market no alcanzó alguno de sus objetivos, las características de la reforma trajeron cambios en la forma en la que se trabajó en el NHS. Los proveedores a partir de entonces, tienen que tener cuidado de la calidad y el coste de los servicios sanitarios que dan. Una prueba de ello es que se intercambia mucha más información entre los médicos de cabecera y los hospitales.

REFORMA DEL CASI-MERCADO (QUASI-MARKET REFORM)

The patient choice

Una de las características que tiene el NHS a día de hoy es el derecho a elegir cualquier hospital que tenga las condiciones exigidas por las autoridades sanitarias. Uno puede elegir cualquier hospital, pero no todos los tratamientos están disponibles.

La posibilidad de elegir hospital no es completamente nuevo, pero el gobierno laborista quiso reforzarlo. Con frases como:

"Los hospitales ya no van a elegir más a sus pacientes. Los pacientes van a elegir el Hospital" (Department of health 2002).

También pensaron que sería bueno que el sistema sanitario público notara la presión de los proveedores independientes. La idea era establecer poco a poco mecanismos de mercado en el sistema para mejorar la calidad del servicio y las listas de espera. No solo fue por este motivo también se le quería dar un mayor protagonismo al usuario y sus necesidades, dando la oportunidad de elegir a todos. Es relevante que en este periodo hubo un aumento en los fondos del orden del 5% anual.

Todo empezó en Inglaterra en el año 2002, con la intención de dar una alternativa a los pacientes que tenían que esperar largas listas de espera. Primero introdujeron este mecanismo en la capital con el proyecto LPCP de libertad de elección, con pacientes con enfermedades de corazón que estaban esperando más de 6 meses. La mayor parte de los pacientes que estaban en esta situación se acogieron al proyecto y un porcentaje incluso mayor lo recomendaban (Le Maistre et al 2003). Dawson et al 2007 estimó que los hospitales que se acogieron al programa tenían menores listas de espera.

A pesar de que los médicos de cabecera no estaban muy de acuerdo, el programa se instaló en todo el territorio nacional (Tenían que ofrecer más opciones de hospitales, incluido proveedores independientes). En el 2008 la libertad de elección era una realidad y todos los proveedores estaban disponibles a través de la página del NHS. Ahí se pueden comparar varios hospitales acorde con una serie de indicadores como listas de espera, tratamientos y seguridad del paciente.

La libertad de elección supondría no solo mejoras en las listas de espera sino que también en cuanto a la calidad. Según la teoría económica, en un sistema sanitario en el que el precio es fijo, se supone que el paciente va a elegir el hospital por su calidad, siempre y cuando tenga suficiente información y los proveedores compitan sobre la misma característica. Los médicos de familia pueden enviar a los pacientes a cualquier hospital y si existe un mayor número, aumentara la elasticidad de la demanda y la competencia entre proveedores será mayor.

Existen algunos estudios que demuestran que los pacientes son sensibles a la calidad de los hospitales. Los investigadores Gaynor et al (2012) elaboraron un modelo para comprobar la libertad de elección de los pacientes respecto a enfermedades de corazón, descubriendo que si responden a la calidad de los hospitales. En otros estudios que elaboraron una año después (Gaynor et al 2013, Bloom, 2013) pudieron comprobar que

una vez introducida la libertad de elección, las personas estaban dispuestas a desplazarse más lejos si el hospital es de mejor calidad. Le Grand (2007), constató que un desplazamiento de los usuarios de un 5% a un 10%, es suficiente para que todos los proveedores tengan un incentivo para mejorar en calidad de sus servicios.

En uno de los estudios realizados por Gaynor et al (2012), comprobaron que hospitales con menores tasas de mortalidad tenían un aumento de la demanda en los años sucesivos. Descubrieron que antes de la entrada de la libertad de elección, la elasticidad era cercana a cero y que posteriormente bajo a - 0.12 , significando que los pacientes discriminan los hospitales con menor rendimiento. También pudieron demostrar que antes de la reforma, aumentos en la mortalidad bajaba muy poco su cuota de mercado, mientras que una vez que entro la libertad de elección, pequeños incrementos en la tasa de mortalidad, llevaron a importantes reducciones en la cuota de mercado (4,9%).

A pesar de que la reforma de la libertad de elección cambio la actitud de los proveedores sanitarios, la reforma no llegó tan lejos como se propusieron en un principio, pero suficiente para tener algunos efectos reales.

COMO SE FINANCIA EL SISTEMA SANITARIO. Reforma del cuasi-mercado Pago por resultados

Uno de los elementos más importantes vinculados a la libertad de elección es la forma en la que se paga a los distintos proveedores. Históricamente se había pagado a los proveedores del NHS con una cantidad dada y este presupuesto iba a depender del año anterior. Estos contratos no estaban vinculados al volumen de actividad realizada y el presupuesto tenía poco margen para ser cambiado. Este tipo de contratos no incentivaban mucho a los proveedores sanitarios, ya que a pesar de que traten a muchos pacientes, van a cobrar la misma cantidad de dinero. Antes del sistema del pago por resultados, los hospitales podían pedir más dinero si el coste había sido mayor al precio previamente pactado. Cuando uno sabe el presupuesto con antelación, ello crea incentivos a ahorrar costes, pero no a incrementar la actividad.

Desde el año 2004 otro tipo de sistema de pago se instaló en el NHS, llamado "Pago por resultados" (PbR) (Pay by results). Este nuevo sistema de financiar a los hospitales hace que los pagos vayan a depender de la verificación de unos resultados. La idea era dar un cierta cantidad de dinero por tratamiento a un precio acordado a nivel nacional, más un

variable que va a depender de la severidad por caso, así como de otros indicadores. El objetivo era vincular los ingresos de los hospitales por el número de casos tratados. Con estas nuevas condiciones, lo que esperaba el Departamento de Salud era que los proveedores atrajeran más pacientes, pero a su vez no generar un tratamiento excesivo, ya que ello no iba a generar ningún ingreso añadido. Las autoridades supusieron que con un precio dado, se generaría una competición que llevaría a mejoras en calidad y eficiencia.

Uno de los primeros países en utilizar este sistema de pago fueron los Estados Unidos con su programa de Medicare. El documento principal que introduce la política de PbR fue la reforma del Flujo Financiero del NHS (Departamento de Salud 2002), donde se pueden encontrar los principales objetivos. Este desarrollo llevó a Inglaterra a una financiación de hospitales en la línea de la mayoría de los países de Europa, Australia y Estados Unidos (Sreet and Maynard, 2007). El PbR fue introducido en el NHS en Inglaterra, pero no en Escocia, Gales o Irlanda del Norte.

Las autoridades sanitarias empezaron a introducir este sistema en algunos hospitales de forma gradual, con la idea que todos los proveedores fueran pagados de esta forma, pero esa circunstancia no se llegó a dar. Algunas de las actividades permanecieron fuera de este sistema de pago, como los cuidados críticos y enfermedades mentales. A pesar de que está creciendo, en 2009/10, solo 26 billón pounds de la actividad del NHS inglés, de un total de 103 billones de pounds fue financiado mediante PbR (House of the Commons Health Committee 2010). Actualmente supone el 30% de la cantidad total.

Resultados

Cuando analizamos los resultados del sistema de pago de PbR existen algunas evidencias en mejoras en la eficiencia, por la vía de los ahorros en costes. Los tiempos de estancia en hospital son conocidos por tener una correlación con los cargos hospitalarios o precios (Polverejan et al 2003). Farrar et al 2009 encontró claras evidencias de bajadas en los costes unitarios después de la introducción de los PbR. Utilizando la base de datos de PbR que existía en Inglaterra, analizó los costes unitarios o los recursos utilizados por paciente. Pudo comprobar que los tiempos de estancia se redujeron más rápido y la proporción de casos diarios aumento en los lugares donde se

había introducido el PbR. Otro estudio de Appleby et al 2005 también encontró un aumento en la actividad diaria desde que el sistema PbR fue implementado.

Por otro lado The Audit Commission encontró algunos costes añadidos al introducir el PbR, no valorados en un principio. Se observó algunos aumentos en los costes administrativos de los proveedores sanitarios (Mannion et al 2008), que en algunos de los Trust alcanzaba entre 100.000 y 200.000 £.

No existe ninguna evidencia de que estos nuevos sistemas de pago hayan afectado a la calidad del servicio. Algunos signos de mejora en la calidad (Audit Commission 2005). Farrar et al (2009) estudió el impacto de la introducción de los PbR en la calidad del servicio en Inglaterra con indicadores tipo mortalidad intra-hospitalaria, mortalidad a los 30 días de ser operado y readmisión en urgencias. El autor concluye que no ha habido cambios en la calidad del servicio con la metodología utilizada. Sin embargo admite que es posible que existan ciertas características en la calidad de la atención que hayan podido ser afectadas de forma negativa por el PbR, que no fueron observadas en el estudio.

Private Finance Initiatives (PFI)

En la introducción de este estudio hablamos sobre el aumento del coste del Estado de Bienestar con deudas que llegan en muchos países a alcanzar el 100% del PIB. La forma en la que las infraestructuras hospitalarias son financiadas es un elemento a tener en cuenta, ya que puede incrementar los gastos en sanidad. Para ello es relevante analizar los PFI (Private Financial Initiative), que es el procedimiento más utilizado en el Reino Unido para este tipo de equipamientos.

En muchos estudios se analiza la variante conocida como PPP (Public Private Partnerships) (Son servicios del Estado, que están financiados y gestionados a través de un convenio entre el Estado y una o más empresas del sector privado). Este tipo de procedimiento ha sido habitualmente utilizado en las últimas décadas para operar los servicios públicos en el país y ha sido especialmente controvertido en el caso del NHS. Los PPP requieren que una empresa privada construya la infraestructura y realice el servicio durante un periodo determinado que suelen ser 30 años, permaneciendo la propiedad como pública.

Uno de los principales motivos para utilizar estos procedimientos es porque los políticos pueden construir nuevas infraestructuras sin generar un aumento de la deuda., trasladando el pago a las generaciones futuras.

El Canciller conservador Norman Lamont introdujo en 1992 los PFI, en parte como repuesta a la recesión existente en la industria de la construcción. El ministro Kenneth Clark explico el papel de los PFI en su discurso sobre los presupuestos de 1996:

"El sector publico no compra activos, compra servicios. El sector privado es el responsable de decidir como ofertar estos servicios y que inversiones requieren para apoyar estos servicios".

A pesar de que esta legislación fue concebida por la administración conservadora, el gobierno laborista no cambio nada de ello, como muestra el apoyo a este tipo de iniciativas. En este sentido la nueva administración laborista facilitó este tipo de operaciones, incrementando el uso de los PFI en el periodo de 1997 al año 2010. Ello se realizó con el objetivo de asegurar fondos sin aumentar la deuda nacional, manteniendo este debe *"fuera de las hojas de balance"*.

Los PFI tardaron algún tiempo en entrar a funcionar en el Reino Unido por la incertidumbre que la situación legal de los NHS trust suponían para los inversores, sobre todo respecto a las posibilidades de que estas organizaciones entraran en dificultades financieras (banca rota). Hasta que no se solucionara esta circunstancia, los bancos y las constructoras no estaban dispuestos a tomar el riesgo y prestar dinero para apoyar los PFI en el NHS. Para resolver este problema las autoridades aprobaron la Ley de Pasivos Residuales del NHS (1996) y un año después la Ley de Financiación Privada del NHS. Estas leyes aseguraban un reembolso por parte del gobierno, en el caso de que los NHS trust entraran en banca rota. La segunda ley se hizo porque la primera no era suficiente para los inversores.

Los PFI han sido claramente el tipo de procedimiento dominante en el NHS. En las últimas décadas, de los nuevos contratos para proyectos de hospitales, de abril 1997 hasta abril 2007 supusieron el 87,3% del total (Hellowell & Pollock 2009). Durante ese mismo periodo de tiempo, de los 133 hospitales construidos o en curso, 101 fueron financiados privadamente.

Aunque existía la posibilidad de utilizar los procedimientos hasta entonces habituales, los gestores tenían la sensación de que el PFI era "El único juego en la ciudad" (Niskanen 1975, p.617)

Evidencia Empírica

Allyson Pollock que es uno de los investigadores que más escribe sobre estos procedimientos, no encontró evidencias de ahorro en costes mediante esta financiación. Para este investigador, el diferir los pagos como hace el PFI no es un caso económico. Uno de los argumentos para otorgar valor económico a esta figura financiera, es que bajo el procedimiento público, el hospital se paga en los 5 primeros años, mientras que en los PFI se dispersa el pago en 25 a 30 años. Para determinar las consecuencias económicas de estos hechos hay que hacer un análisis de flujos de caja, existiendo otro argumento que supone que el dinero gastado hoy, genera mayores costes de los que se generaron en años posteriores.

Si nos centramos en el caso de los hospitales, un centro construido bajo el procedimiento de PFI el coste total (construcción más costes de financiación) son entre 18% y 60% mayor que el coste de la construcción individualmente (Pollock 1999). El comité del Tesoro informo lo siguiente:

"El coste de capital para un proyecto PFI está actualmente por encima del 8%, doblando el tipo de interés del Estado que está en el 4%. Las diferencias en los costes financieros significa que los procedimientos mediante PFI son significativamente más caros de financiar".

En otro estudio realizado por Shaoul et al (2008) encontró que de los primeros 12 hospitales PFI, comprobó que el coste del 8%, siendo la financiación pública del 4,5%.

Otra de las cuestiones controvertidas es la cuestión de si los PFI tienen que aparecer o no en las hojas de balance contables del sector público. Estas son cuestiones que parecen demostrar importantes dificultades a la hora de resolverlas (Ver Broadbent y Lagughin 2002 para una mayor información. Existen considerables desacuerdos a la hora de contabilizar estas transacciones. Uno de los mayores desacuerdos es determinar si estas transacciones suponen compra de activos y si ello debería aparecer en los balances como tal. Detractores de utilizar fondos privados para hacer nuevas

infraestructuras o reponer las antiguas, argumentan motivos macroeconómicos, con la intención de poder cumplir los criterios de convergencia de la Unión Europea.

Otra realidad a tener en cuenta es que los accionistas de los PFI pueden esperar retornos de entre el 15- 25% anuales. Los consorcios involucrados en estos procedimientos cargan al NHS tasas equivalentes al 11,2-18.5% de los costes.

PROBLEMAS QUE TIENE EL NHS

El sistema sanitario inglés está muy bien valorado por los británicos y se han producido mejoras importantes tras las reformas. También en los estudios internacionales como los que realiza The Commonwealth Fund o la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo no han terminado los problemas de sobrecarga y de tipo financiero.

Cuando escuchamos las noticias en este país, se está constantemente comentando los problemas que el NHS (National Healthcare System) tiene. Después de un incremento que se produjo en la demanda y la forma en la que los proveedores sanitarios tienen que manejar su presupuesto, ha llevado a varios de ellos a la banca rota. Según el informe de Monitor estas organizaciones tienen problemas debido a la presión sobre el servicio que prestan. Los centros sanitarios están alcanzando un déficit de \$822m en 2014-15, muy por encima del año anterior que se situó en 115 según la BBC. Esta es una de las consecuencias cuando la demanda excede la oferta en la atención sanitaria. Algo similar sucede con otros bienes comunes, que los recursos se agotan. Garrett Hardin lo llamó "Tragedia de los Comunes".

En general, como la mayoría de los sistemas sanitarios universales, el NHS se financia a través de impuestos y tiene como principal característica que es gratuito en el punto de atención. En general no hay copagos, salvo a excepción de 8,4 pounds por la prescripción⁴¹. Si analizamos el coste que tiene Inglaterra en sanidad vemos que gastan alrededor de 107 billones cada año, siendo esto el doble de lo que se gasta en educación o en defensa.

La mayoría de los directores financieros de los centros muestran en las encuestas su preocupación por saber la cantidad de dinero que van a recibir el año que viene, porque con el último presupuesto no pueden financiar el incremento de la demanda. Como

⁴¹ Existen otras excepciones como cargos en los servicios de odontología o costes en tratamientos oculares que dependen de los ingresos. Ver las prestaciones que ofrece el NHS.

decía Richard Murray del King's Fund, no hace mucho tiempo, "Tapar el agujero negro de las finanzas del NHS debería ser una prioridad urgente del gobierno".

En este sentido un problema importante que tienen estas nuevas figuras, los centros hospitalarios "Foundation Trust", que gozan de una mayor autonomía, es la forma en la que son gestionados por su dirección, que no tiene verdaderas consecuencias. Cuando lo hacen muy bien, el beneficio solo lo pueden reinvertir en sus instalaciones. Por otro lado cuando estos Trust entran en dificultades económicas, suelen ser rescatados por la administración pública, en vez de poder ser adquirido por otro NHS foundation trust o proveedor privado. Este tipo de actitudes puede generar incentivos perversos, sobre los gestores, al saber que si no alcanzan los objetivos serán rescatados.

Por otro lado el NHS tiene algunas rigideces con las prestaciones que son financiadas por el sistema público. Cuando aparece un tratamiento más efectivo, que el que entra en la cartera de prestaciones pero más costo, si no está dentro de esta, el NHS no estaría dispuesto a pagar la parte proporcional de ese tratamiento. Hubo una polémica por esta circunstancia al haber una señora que solicitaba al NHS el pago proporcional para un nuevo tratamiento para el cáncer, financiando ella el resto.

FUTURO

El sistema público de salud inglés ha realizado en las últimas décadas un esfuerzo importante para mejorar la atención sanitaria. Ha parte de dedicarle más recursos ha incluido una mayor libertad de elección para sus pacientes y una apertura a todo tipo de proveedores. El mecanismo que se ha intentado fomentar es la competición entre los centros hospitalarios para atraer a los pacientes.

Estas reformas van en la buena dirección y tienen que avanzar en esta línea. Muchas de estas reformas se tienen que terminar de hacer.

La libertad de elección para el paciente tiene que ser total en todo el territorio nacional, aumentando las posibilidades que los médicos de cabecera les ofrezcan a los pacientes en cuanto a centros sanitarios a elegir.

En este sentido también tiene que haber la posibilidad de que el paciente pueda optar por otros tratamientos más novedosos u efectivos, a pesar de ser más costosos y no entren en la cartera de prestaciones, mediante el pago de la parte proporcional. De esta forma el paciente puede pagar la parte restante y quedara más satisfecho.

La competencia que hay en el lado de los proveedores sanitarios se debería promover en el lado de los compradores (CCG), incentivando el número de médicos de cabecera independientes, dando más posibilidades a los pacientes.

Se debe concluir el proceso por el cual los hospitales son pagados mediante presupuestos globales a una remuneración vinculada a la actividad. Hasta la fecha solo un porcentaje de ellos de pagaba mediante este sistema (PbR). Este elemento va a ser calve para que los proveedores intenten atraer mas pacientes, pero a su vez no les exponga a un tratamiento excesivo. Este pago por resultados o actividad tiene que tener consecuencias verederas, en las que se produzcan entradas y salidas en el sector. Con ello también permitir a los proveedores comprar a los que están en dificultades, incentivando más la buena gestión de los mismos.

Se tiene que concluir el proceso por el cual los centros sanitarios públicos, Trust, pasen a ser NHS foundation Trust, con un estatus de mayor grado de independencia y calidad. Este paso no se completo del todo y será necesario en el futuro para que estos centros puedan competir en mejores condiciones.

Todas estas reformas tienen que aumentar la responsabilidad de los gestores y usuarios sobre sus actos. Por ejemplo, si uno de estos proveedores sanitarios (Trusts) entran en dificultades económicas, tienen que permitir que otras organizaciones más solventes las puedan adquirir o fusionarse.

En esta línea la aportación por parte del usuario a costear el servicio en el punto de atención podrá hacer del NHS un sistema sanitario de mayor calidad y más sostenible.

LECCIONES PARA ESPAÑA

A pesar de la similitud del NHS con el sistema sanitario público español, la mayor libertad de elección que tienen los usuarios del sistema, así como algunos mecanismos que han establecido para hacer el sistema más eficiente, sugiere que se pueden establecer algunas lecciones para el caso español.

El National Healthcare System (NHS) afronta una serie de elementos relacionados con la atención sanitaria de forma distinta a como se realiza en España:

- La libertad de elegir el médico y el centro sanitario, ya sea público o privado.
- Los proveedores sanitarios compiten por los pacientes
- La forma en la que se remunera a los hospitales.

- El asesoramiento respecto al coste-efectividad de los tratamientos a financiar.

Se pueden extraer importantes lecciones de las dos reformas orientadas al mercado que se han realizado en el País en las últimas décadas y de las organizaciones que han introducido para añadir tratamientos basados en el coste-efectividad

De la primera reforma que se realizó en Inglaterra “Internal Market” no todo fueron buenos resultados. La lección es que cuando los hospitales compiten en precio, como sucedió con la reforma de 1990, no se producen mejoras en calidad (los ratios de mortalidad no mejoraron). Lo que si obtuvieron es una reducción en las listas de espera. La calidad empeoró durante la reforma del “Internal Market” (Propper et al 2004, 2008). Estos resultados son consistentes con la teoría económica, que predice un deterioro de la calidad cuando se compite en precio.

La otra gran reforma orientada al mercado es la que hizo el Gobierno laborista en el año 2000, cuando se introdujo la libertad de elección y precios fijos. Cuando se elimina la competición en precios, se da más información al paciente y mayores incentivos a los proveedores, se consiguen mejores resultados en calidad.

Los múltiples estudios demuestran que la competición mejora tanto la calidad de los proveedores (Bloom et al y Prooper) así como la eficiencia (Cooper et al,2011, Gaynor et al 2010). A pesar esta competencia tiene que está bien diseñada para que los proveedores privados no deriven lo casos más complicados a la sanidad pública.

Esta amplia libertad de elección del usuario tiene que ir acompañada de unas consecuencias en la cuenta de resultados de los proveedores, tanto para bien como para mal. En este sentido el pago por actividad (PbR) a los centros sanitarios ha mejorado la eficiencia con estancias más cortas.

Para conseguir que los usuarios tomen la mejor elección posible a la hora de seleccionar un hospital, en los últimos años el NHS obliga a los hospitales a facilitar una mayor información respecto a los indicadores sanitarios. Se ha comprobado que una mayor transparencia del sistema facilita todo el proceso tanto para el usuario como para los médicos de familia (GP).

Para finalizar una incorporación que ha hecho el sistema sanitario ingles es la utilización de una organización independiente para asesorar a las partes del NHS respecto al coste-efectividad de los tratamientos que van a ser financiados a cargo de las cuentas públicas. Esta organización consigue ahorros de coste por existir terapias que no aportan mejorías significativas.

CAPITULO IV. Lecciones del aseguramiento social en Alemania

Resumen: El sistema sanitario público español se enfrenta a una serie de desafíos en el corto y medio plazo que hacen difícil que se pueda mantener si no se acometen cambios estructurales. Estos problemas vienen de un cambio demográfico y de un progreso tecnológico que aumenta los costes a un ritmo superior de lo que la sociedad española está dispuesta a sufragar. Para conseguir realizar estos cambios sin pérdida de calidad, el sistema tiene que aumentar su eficiencia. En este artículo comparamos el sistema de salud alemán con el español para ver que medidas han sido más eficaces para mantener un buen servicio sanitario sin que los costes crezcan para las arcas públicas. En el estudio proponemos un modelo en el que el usuario tiene un mayor protagonismo, con una mayor libertad de elección y una participación en el sostenimiento del sistema sanitario.

Palabras clave: Reforma sanitaria, sistema público de salud, pago por resultados, eficiencia, países OCDE.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre cómo organizar y financiar nuestro sistema sanitario público aparece en los medios de comunicación cada vez con mayor frecuencia. Esto es debido a la importancia que le da la sociedad hoy en día y por el peso que tiene en los presupuestos de los países. Cuando la nueva ministra de Sanidad Dolores Monserrat anuncia estos días que se tiene que aumentar el copago de los jubilados, aumenta el interés de saber cómo se organizan y resuelven estos problemas en otros sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno. Uno de los países que consigue alcanzar este objetivo es Alemania.

España se sitúa entre uno de los mejores en cuanto a su calidad y eficiencia, no significando ello que no tenga todavía muchas cosas por mejorar y aprender de otros países que afrontan y han afrontado retos similares previamente. Una de sus principales cualidades que tiene nuestro país y que en Europa no se pone en entredicho es por ejemplo la universalidad del sistema, entendida como la cobertura de todos los habitantes en la atención sanitaria. Para la mayoría del público español este principio es uno de los más importantes.

El argumento principal que utilizan los defensores de este sistema sanitario público español, es el hecho de que en nuestro país no se hace diferencias respecto a los ingresos económicos del paciente y de su estado de salud. Este argumento sería válido si lo comparamos con otros modelos como el americano en los Estados Unidos, pero no sería válido en el caso de los que se hacen llamar de aseguramiento social, porque estos también tienen estos factores en consideración y comparten estas características.

En nuestro país como es el Estado el único proveedor del servicio sanitario y es gratuito, no existe mucha conciencia del coste que tiene, pudiendo esto generar muchos problemas.

Este sistema sanitario en Alemania se organiza de una forma completamente distinta al español, con una mayor presencia de la sociedad civil. El Estado desempeña un papel secundario y pone a los pacientes en primer lugar. El sistema de Salud alemán está reconocido como uno de los que provee servicios sanitarios con gran calidad, con una atención buena, donde las listas de espera no son un problema y que adopta los

avances tecnológicos de forma rápida (Biggood et al., 2013; Siciliani and Hurst, 2003; Cheng and Reinhardt, 2008).

Se ha podido comprobar, que para alcanzar un sistema universal, no es estrictamente necesario que sea el Estado el único en proveer la atención sanitaria. Los mercados descentralizados facilitan los productos y servicios de una forma más eficiente que las instituciones de tipo centralizada (Von Hayek, Fierdich 1968).

Es conocido que el sistema salud alemán incorpora una serie de elementos de mercado que podrían ser incluidos por nuestro modelo, para dar una mayor libertad de elección del paciente y de esta manera ganar en calidad y en eficiencia. El sistema alemán está constituido de tal forma, que la mayor parte de las decisiones están delegadas a las distintas organizaciones no gubernamentales que forman la estructura del sistema sanitario. Este hecho facilita que la Administración no se entrometa en las decisiones de los pacientes y de las organizaciones que los representan.

Los ciudadanos pueden elegir entre multitud de organizaciones de distinto tipo y origen, no siendo el Estado y las Administraciones Autonómicas, como el caso de España, el único encargado de ello. En el caso de España la el Estado tiene el monopolio de la provisión y toma las decisiones de elegir cuál es la organización que le va a proveer los servicios sanitarios, a diferencia de otros países como Alemania donde sí pueden elegir. El hecho de que el Estado este fuera de la gestión diaria de los sistemas sanitarios permite una mayor flexibilidad, mejor percepción de las necesidades locales y menos burocracia (Obermann et al. 2012).

Los sistemas de aseguramiento social, como es el caso de Alemania, no están exentos de problemas. Esto es el incremento continuado de los gastos sanitarios, el coste de aplicar las nuevas tecnologías al diagnóstico y tratamiento o los costes de una población con una pirámide invertida. Por este motivo es también interesante ver como los sistemas de aseguramiento afrontan estos problemas.

Uno de los motivos por los que estudiamos el sistema de salud alemán es por el hecho de que ha sido uno de los países europeos que mejor ha contenido los gastos en las últimas décadas. Este éxito no se debe a una medida en concreto, si no a varias que se han realizado a la vez, en todos los niveles del sistema. Por ejemplo, elaboran presupuestos virtuales tanto a nivel nacional como regional, para asegurarse de que todos los participantes en el sistema, sepan desde el principio de cuánto dinero disponen.

También utilizan sistemas prospectivos como son los GRD⁴² para el pago de hospitales y utilizan incentivos para que se eviten gastos innecesarios. Un claro caso de incentivos para gastar menos es el sistema que utiliza un copago de ciertos medicamentos, que varían en función de su coste. Esto ayuda a que los pacientes descarten los medicamentos más caros que no aportan una mejora real sobre otros más baratos. En Alemania utilizan precios de referencia como es en el caso español, pero con un diseño más enfocado a la correcta utilización de los medicamentos, con pagos suplementarios para las recetas de los medicamentos más caros. Pero tal vez lo más importante sea la filosofía que han intentado aplicar en las últimas décadas, que es no gastar más de lo que ingresan.

En este estudio hacemos una descripción del sistema sanitario alemán, desde sus orígenes hasta sus reformas más destacadas. En ese contexto extraemos las reformas que son aplicables para España y hacemos las correspondientes propuestas. El artículo incluye una comparación entre ambos países en los principales indicadores sanitarios y de recursos utilizados para tener esos resultados.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ALEMÁN

Pocos sistemas sanitarios en el mundo disponen de una mayor libertad de elección para que sus ciudadanos puedan elegir donde ser tratados y que a su vez fomente la responsabilidad de cada uno de los individuos. Cuando uno enferma en Alemania acudirá normalmente al hospital más cercano en el caso de que sea una urgencia o alguna dolencia leve. Si uno vive cerca de la Dontheimer Strasse podrá ser atendido por una de las clínicas del grupo privado DRK Kliniken, que con toda seguridad le darán el mejor trato posible, porque les interesa que venga el mayor número de pacientes a su clínica para seguir formando parte del sistema de aseguramiento alemán. Cuando se opta por un hospital privado, en vez de otro público no supone ningún coste añadido, ya que la caja de enfermedad cubre todos los gastos. Los mayores de edad pagan una pequeña parte de los medicamentos recetados. En el caso de que uno tenga que operarse de algo más grave, se puede buscar en toda Alemania el hospital que mejor reputación tenga para tratar la enfermedad, con la certeza de ser operado en un corto plazo.

⁴² Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Es un sistema de pago de la atención sanitaria que se clasifican según grupos y tiene origen en el Medicare de EEUU.

También confiere cierta tranquilidad el hecho de que se puede elegir el médico que a uno le va a operar. En Berlín capital se puede elegir varios hospitales y uno con gran prestigio para operarse es el Charité Universitätsmedizin Berlín. En esta ocasión como bien dice el nombre el hospital pertenece a una entidad sin ánimo de lucro, como otras tantas en Alemania porque no hay barreras para que un proveedor tanto público como privado se pueda establecer en cualquier ciudad del país.

Otro elemento fundamental en el aseguramiento alemán es que el Estado no tiene el monopolio y no es el único asegurador. Se puede contratar un seguro sanitario con una de las cientos de cajas de enfermedad que hay en Alemania. Esta circunstancia resulta interesante porque uno se puede afiliar a alguna de las cajas de enfermedad que tengan sintonía con el sector donde trabajo o incluso de tipo de tipo religioso. Muchas de estas cajas pertenecen por ejemplo a un sector industrial o a alguna de las confesiones que se practican en el país, como la Kolping Krankenkasse, que fue fundada en 1885 y pertenece a la Iglesia Católica o la Barmer GEK Krankenkasse que pertenece también a otra entidad religiosa.

ORIGENES DEL SISTEMA SANITARIO ALEMÁN

Alemania es conocida por ser el primer país en haber introducido un seguro de salud a nivel nacional. En Europa a parte del sistema de organización sanitaria tipo Beveridge, que es el que se utiliza en países como Inglaterra, Portugal, Italia o el nuestro propio, nos encontramos otro sistema conocido como de aseguramiento social, que es el que utilizan varios países de del norte del continente. Este tipo de organización del sistema es por el que han optado países como Alemania, Holanda, Bélgica, Suiza y Austria, haciéndose llamar Bismarckianos. Este nombre se puso en honor al Canciller Otto Bismarck, teniendo origen en la Alemania de 1883 y está publicado en el Sozialgesetzbuch V (SGB). Los sistemas bismarckianos o de aseguramiento social, se basan en el principio de participación obligatoria y contribuciones no basadas en el riesgo. Este tipo de organización se encuentra en una opción intermedia de los sistemas nacionales, que tienen al Estado como principal garante de la salud, y los más orientados al mercado, como puede ser Estados Unidos o Singapur. A diferencia de países como Estados Unidos, en los países con aseguramiento social también se alcanza la cobertura Universal.

Los orígenes del sistema de aseguramiento alemán se remonta a las sociedades de ayuda mutua que emergieron durante la Edad Media en los gremios. Durante el siglo XIX una cada vez mayor clase trabajadora industrial continuaron la tradición de estas sociedades, estableciendo organizaciones de ayuda mutua de forma voluntaria, siendo cada una de ellas específica de cada sector profesional. Empresas a nivel individual así como comunidades locales establecieron también mecanismos de ayuda mutua, que complementaban la asistencia dada por los municipios e instituciones caritativas. Fue la región (Länder) de Prussia⁴³ (1849), la primera en establecer un seguro obligatorio para mineros, permitiendo a las comunidades locales el poder para que los empleadores y empleados paguen sus correspondientes contribuciones. A nivel de todo el Imperio fue la Ley de Aseguramiento Sanitario de los Trabajadores (1883), basada en las cajas de seguro, la primera norma en establecer un seguro para los trabajadores de la industria. En la norma se establecía que los trabajadores pagarían 2/3 partes de las cuotas y los empresarios 1/3 de las mismas. Esta proporción fue cambiando a lo largo del tiempo.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA ALEMAN

El sistema de aseguramiento social se caracteriza por estar basado en un tipo seguro sanitario convencional, que cubre a cada uno de los individuos que lo contrata, pero que sus primas no se basan en el riesgo sino en una parte proporcional del salario.

Los sistemas de aseguramiento social tienen distintos grados de orientación hacia el mercado y tenemos varios casos en Europa. La diferencia principal entre ellos es el nivel de intervención del Estado en la relación entre los pacientes, aseguradoras y proveedores de servicios sanitarios. Otro factor importante, va a ser el grado de apertura que tenga a la participación del sector privado.

En el caso de Alemania, según la trayectoria de las reformas de las últimas décadas, parece claramente que ha apostado por seguir la senda de un sistema competitivo regulado. Dentro de los sistemas europeos que se basan en el aseguramiento social, Alemania es de los más regulados en comparación con el de Holanda, Austria o Suiza. Pero en cualquier caso el sistema Alemán promueve la incorporación del sector privado

⁴³ Prussia era la región más grande de Alemania de la época.

y la posibilidad de generar beneficios⁴⁴. Guillem López Casanovas califica estos sistemas de aseguramiento social, caso de Alemania:

Como un engranaje ante la diversidad de proveedores y la heterogeneidad de individuos; de aseguramiento, porque contiene un número de prestaciones sanitarias limitadas, las cuales tienen que ser gestionadas con criterio de cobertura, y social, porque las primas las denomina “comunitarias”, al no ser individuales, ni actuariales o ajustadas al riesgo⁴⁵.

Efectivamente las relaciones entre pacientes, aseguradoras y proveedoras son bastante rígidas y la posibilidad de contratación selectiva esta limitada, habiendo poca diferencia entre los planes de las cajas de seguros. Esta circunstancia ha ido mejorando en los últimos años.

El sistema sanitario alemán está basado en el principio de aseguramiento social y tiene como principal fuente de financiación las contribuciones sociales vinculadas al salario, que no dependen del riesgo sino de los ingresos. Este aseguramiento se divide en dos subsistemas que operan codo con codo. El primero que es el oficial y de mayor tamaño, cubre al 85% de la población, es conocido como GKV (Gesetzliche Krankenversicherung). Anterior al año 2008 las cajas podían establecer sus propias cuotas, pero a partir de ese año el Estado modificó esta relación. En el sistema de cajas de Enfermedad oficial, las cuotas del seguro son uniformes y suponen el 15,5% del salario íntegro. Un porcentaje lo paga el trabajador (8,2%) y otra parte la paga el empresario (7,2%). En el caso de pensionistas el 8,2% sale de su pensión, pagándolo ellos y el 7,3% sale del fondo de pensiones. Para los desempleados lo paga íntegramente la Oficina Federal de Empleo. Este carácter social que tiene el sistema de aseguramiento alemán, le diferencia de un sistema de aseguramiento convencional. Uno de los elementos más importantes que tiene el sistema público conocido como GKV, es que las contribuciones que pagan los asegurados, no pueden variar en función de sus riesgos y las cajas de seguro no pueden negar el aseguramiento a los que lo solicitan. En este sentido tampoco pueden variar las condiciones iniciales. Existen también techos en las contribuciones para que no superen cierta cantidad (593 euros/mes en el año 2012).

⁴⁴ Los proveedores sanitarios negocian con las cajas de enfermedad el pago por atender a sus asegurados, normalmente por actividad y también atienden a pacientes privados que generan ingresos en sus arcas.

⁴⁵ Los asegurados pagan la prima en función de su salario, con un límite y no dependiendo de su riesgo.

En este contexto existe un segundo sistema que es de menor tamaño, formado por 42 seguros privados y cubre al 11% de la población. Las personas que trabajan como autónomos o tienen ingresos por encima de cierto umbral, tienen la opción de cambiar a un sistema de aseguramiento privado conocido como PKV (Private Krankenversicherung). Este límite en cuanto a ingresos se va actualizando cada cierto tiempo, siendo en el año 2012 una cifra de 50.850 euros anuales, que son 4.237,50 al mes. Bajo esta circunstancia pueden contratar una póliza de un seguro privado o permanecer en la caja de seguros que tenía antes en el caso de que así lo deseara. La prima que aquí se paga, dependerá de la estructura de riesgo, salud y edad del asegurado. Una vez que se opta por este sistema no se puede volver al oficial, a no ser que cambien las condiciones económicas. Además este sistema permite la opción de ser tratado por médicos jefes de servicio o senior, además de pagar por una habitación privada.

En los últimos años el sistema de aseguramiento privado ha sido obligado a ofrecer una opción más barata, que es como una tarifa básica, no ajustada al riesgo del paciente y con las mismas condiciones que el aseguramiento de las cajas públicas. Esta tarifa básica fue incluida en el 2009 y se hizo con intención de que no se produjeran incrementos abusivos en las primas por la edad, condiciones de salud o que se encuentren en condiciones financieras difíciles, pudiendo permanecer en este sistema a un coste asequible. Este seguro no solo puede sustituir al oficial, también lo puede complementar, siendo tres veces mayor el número de ellos que tienen una cobertura total que los que los tienen de forma complementaria.

Parte de las primas en el sistema privado PKV son deducibles fiscalmente, circunstancia que ayuda para que este sistema este creciendo en ingresos en los últimos años, duplicándose su cifra de negocio en los últimos 15 años. El sistema PKV no parece haber comprometido la calidad o acceso de la población en su conjunto. Es un sistema que tiene menos lista de espera y con resultados parecidos al sistema oficial, eso sí a un coste un poco superior.

Entre ambos sistemas compiten por asegurar a los ciudadanos alemanes, pero se ha regulado la posibilidad de pasar de un sistema a otro, ya que se producen incentivos para intentar captar a los más sanos. Esta problemática es conocida en la teoría económica como riesgo adverso (moral hazard). En esta circunstancia también existe una tendencia a evitar los casos más complejos. Existen estudios que demuestran que

las personas con mayores ingresos también son de los que gozan de una mejor salud, siendo los que más interesarían a las cajas y seguros privados.

El aseguramiento sanitario oficial está diseñado para evitar estas malas prácticas con unas compensaciones monetarias basadas en la estructura del riesgo, generando una redistribución en el sistema en función de las condiciones de los asegurados de la caja. Aquellos que se encuentren en el sistema GKV pagan sus primas a la caja con una tarifa plana, después estas las depositan en un fondo a nivel nacional conocido como Fondo para la salud (Gesundheitsfonds), que devuelve a las cajas unas cantidades de dinero ajustándose a estos criterios mencionados de riesgo⁴⁶. De esta manera el sistema evita el “Cherry picking” o riesgo adverso. Aquellas cajas de enfermedad que gasten menos de lo que le abona el fondo para la Salud, podrán devolver las cantidades a sus socios u ofrecer nuevas prestaciones añadidas a las ya incorporadas en el paquete básico.

Las cajas de enfermedad que estén en dificultades económicas, deben solicitar primas complementarias a sus asegurados, a parte del dinero que reciben del Fondo para la Salud Nacional. Como los asegurados tienen la posibilidad de cambiar de caja, se genera competencia entre ellas para realizar mejoras en eficiencia, ya sea por la vía de la reducción de costes administrativos o por los contratos con los proveedores hospitalarios. En el caso de que la situación financiera de una caja empeore, puede llegar a producirse banca rota, como sucedió con la caja de seguro City BKK en 2011. Bajo esta circunstancia, los asegurados pueden recurrir a otra caja de seguro de su elección. Los expertos en la materia creen que esta circunstancia puede llevar a una mayor concentración de esta industria en un futuro. A parte de que el aseguramiento es obligatorio para la población residente en el país, desde la reforma puesta en marcha en 2007, existe una parte que se financia a través de los impuestos, para el pago de la salud de menores y gente con bajos ingresos, estando esta partida en revisión actualmente. Una de las críticas que le hacen a los sistemas de aseguramiento social es la vinculación de las contribuciones de los asegurados al empleo, que pueden ejercer como barrera a la creación de empleo (Lieber, Simone 2007). Es cierto que las contribuciones vinculadas al empleo ejercen como un impuesto, pero los sistemas nacionales de salud también

⁴⁶ Este modelo de riesgo es conocido como Morbi-RSA y esta basado en la edad sexo, así como por cronicidad y enfermedades severas.

están financiados con impuestos, aunque sí es cierto que tienen diferentes fuentes, como pueden ser impuestos directos e indirectos que pueden llegar a tener el mismo efecto en la creación de empleo si no están bien diseñados.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

La organización del sistema sanitario alemán divide sus funciones entre los niveles de gobierno y la sociedad civil. El gobierno federal y las regiones tienen una función de supervisión del sistema principalmente. El papel del gobierno central es más de tipo regulador que otra cosa y trata de velar por que el sistema sea lo más equitativo posible y que sea financieramente viable, pero las decisiones principales las tiene delegadas en las organizaciones independientes llamadas “Krankenkassen” (cajas de seguro), que representan a los distintos grupos de interés. Por ejemplo el Estado es el responsable de fijar las cuotas que pagan los afiliados al sistema de aseguramiento público en toda la nación. Como el país está formado por 16 regiones a lo largo de su territorio, llamadas Länder, también participan en la regulación de las mismas pero dentro de su territorio. Además junto con la administración central, estas regiones federales también ejercen funciones de supervisión para el correcto funcionamiento del sistema.

Una de las principales atribuciones de estos gobiernos subcentrales es su función de financiador de las infraestructuras hospitalarias y de determinar la capacidad de estas. Tienen el cometido de conseguir fondos para las inversiones de capital que se vayan a hacer en sus territorio, como puede ser la construcción de un centro sanitario o la compra de material tecnológico. Los Länder son propietarios de la mayor parte de hospitales públicos de la región, pero los hospitales privados que participan en el sistema de aseguramiento público también pueden optar a esta financiación pública para bienes de equipo, que se recauda a través de impuestos.

Con la administración pública enfocada en estas tareas de supervisión y de regulación, son las cajas de seguro las principales protagonistas de este sistema.

Cajas de seguro o de enfermedad

En Alemania el sistema sanitario está administrado por cajas de seguro o Krankenkassen, las cuales existían 132 en el año 2014. Estas cajas tienen una forma de organización específica con una participación tanto de los trabajadores como de los

empresarios y están constituidas normalmente por distintos sectores de producción, siendo independientes del sector público general. Se las puede catalogar como no lucrativas y casi públicas. Es como una figura intermedia que trasciende el concepto de “público” y “privado”. El número de cajas de enfermedad se han ido reduciendo mucho en los últimos años por motivos financieros y para reducir los costes de transacción. Esta disminución en el número de cajas se ha hecho mediante fusiones y adquisiciones, que fueron promovidas en las reformas del años 1993 (la más dura al respecto) y en el año 2007. Solo en el periodo de 1993 a 2014 se paso de tener 1221 cajas, hasta 132 cajas (Busse et al.2014)

Una de sus principales funciones de estas cajas es recaudar el dinero de sus asegurados y contratar los servicios sanitarios de los pacientes con los distintos centros sanitarios. Estos pacientes tienen la libertad de cambiar de caja de seguro si lo vieran necesario, generándose una competencia entre ellas para atraer a un mayor número de asegurados. Tal es así que se ha convertido en primer principio por el cual se organizaban las cajas de seguro, basada en la libre elección del fondo de aseguramiento social (Lieber, Simone 2007). Estas cajas de seguro están encargadas de la provisión, por lo que los ciudadanos alemanes pueden elegir entre cada una de ellas. Además estas cajas de seguro alemanas no disponen de su propia red de hospitales. Por este motivo tienen que recurrir a centros públicos o privados y pueden elegir a cuál de ellos quieren ir.

El principal órgano de decisión en el sistema de aseguramiento social de Alemania es el Comité de Unión Federal. Este organismo independiente está formado por todos los grupos de interés que forman el sistema sanitario. En él están representadas la cajas de seguros, los hospitales, los médicos y asociaciones de pacientes. En este comité se toman las principales decisiones de funcionamiento del sistema y establece las directrices del sistema de aseguramiento. Es destacable que en el Comité de Unión Federal, que lo forman los pagadores y los proveedores de servicios sanitarios, las decisiones se toman por consenso. El hecho de que exista este tipo de representación de todos los grupos, facilita el que se lleguen acuerdos entre las partes. En este equilibrio de fuerzas del Comité tienen más peso las aseguradoras que las asociaciones de médicos. En este contexto el Congreso (Bundestag) y el Senado (Bundesrat) han asumido más responsabilidad en las reformas desde 1980 y tratan controlar ciertos servicios y asuntos relevantes como la cesta de prestaciones. A pesar de esta regulación de origen

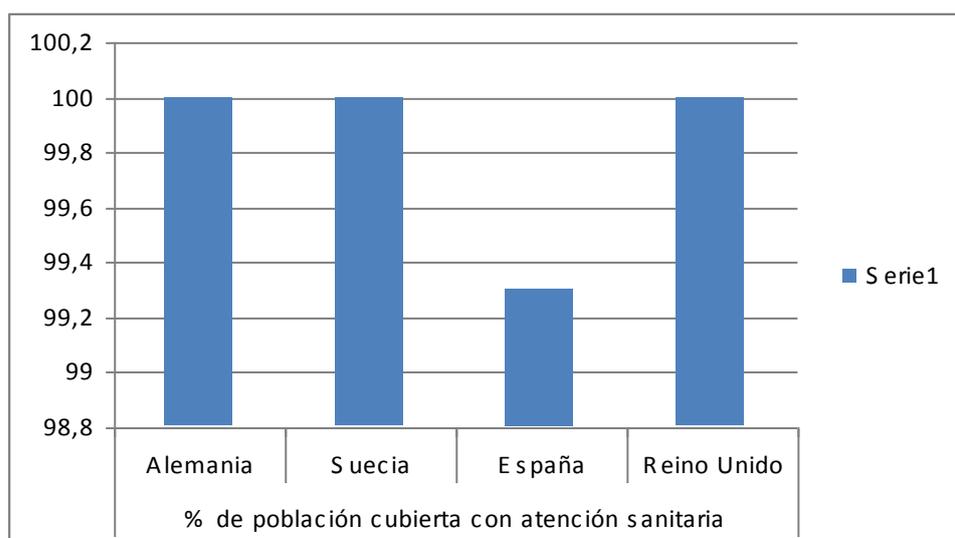
central los distintos organismos independientes del sistema tienen una autonomía considerable (Stone, 1980).

¿COMO LLEGA EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO SOCIAL A LA UNIVERSALIDAD?

La Universalidad entendida como una cobertura sanitaria para todos sus habitantes, no es exclusiva de los sistemas nacionales como el nuestro. Pero la gente se cuestiona si existe otra manera de alcanzar esta cobertura con otras formas de organización. Un claro ejemplo alcanzando estos objetivos es Alemania, que también consigue la Universalidad para una gran variedad de prestaciones sanitarias. En los sistemas de aseguramiento social como es el caso de Alemania, se consigue cobertura para el conjunto de la población con altos niveles de calidad y dando al paciente mayor responsabilidad sobre sus propias acciones.

La cobertura en este país ha sido siempre alta, pero desde el año 2009 se hizo obligatorio el estar asegurado para todas las personas residentes. Según el artículo 5 del Socialgesetzbuch, están asegurados de forma obligatoria en el Seguro de Enfermedad los trabajadores por cuenta ajena, los empleados, aprendices, así como los perceptores de prestaciones por desempleo y pensionistas (Art.5 SGB V).

GRÁFICO 7: Población cubierta con atención sanitaria en porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2014

Para alcanzar estos objetivos de universalidad, el sistema de aseguramiento social tiene un funcionamiento como cualquier seguro privado, pero con algunas diferencias importantes. A parte de la obligación de estar asegurado, las múltiples cajas de seguro no pueden rechazar a ningún cliente por su estado de salud y sus cuotas van a depender de sus ingresos del salario y no de su riesgo como paciente. De esta manera se evita que las aseguradoras busquen solo a los pacientes más sanos, descartando a los demás⁴⁷. Por otro lado los que no gozan de buena salud, no están expuestos a tener que pagar unas cuotas desorbitadas. En estas circunstancias tampoco les pueden variar las condiciones iniciales a lo largo de la vida de esa póliza. Las aseguradoras no salen perjudicadas por este hecho, porque el sistema está configurado para que, a través de un fondo común, reciban un plus por el riesgo del paciente. Con este funcionamiento se evita una posible información asimétrica del sistema y las distintas partes conocen toda la información necesaria, evitando que se generen incentivos perversos.

La mayor parte de la gente está asegurada mediante un sistema de aseguramiento semi público del cual hacemos referencia y es mayoritario, llamado GKV (Gesetzliche Krankenversicherung), que cubre al 85% de la población. El sistema semi público engloba a casi 70 millones de personas, de las cuales 51 millones son miembros de la caja, más sus dependientes. Para gente con mayores ingresos y autónomos existe otro sistema conocido como PKW (Private Krankenversicherung) que engloba al otro 11% de población, los cuales tienen cobertura de tipo privada. Los parados con derecho a prestación también están asegurados, aportando unas cantidades que proceden del servicio regional de empleo. El fondo de pensiones también detrae una cantidad de las personas jubiladas que se destina a la aseguradora. Los parados sin prestación y las personas con bajos ingresos están asegurados con una partida que se financia a través de impuestos.

A pesar de ser Universal, el sistema alemán está diseñado para evitar lo que se conoce como riesgo moral o Moral Hazard⁴⁸. A lo largo de las distintas reformas han conseguido que los asegurados compartan más los gastos de los servicios que utilizan, con ciertos límites y excepciones. Esta circunstancia que tiene gran relevancia para la

⁴⁷ Esta actitud de buscar los pacientes más fácil de tratar y más rentables se conoce por el término anglosajón como “Cherry picking”.

⁴⁸ Estas son acciones perversas en las que puede incurrir una persona, cuando se encuentra dentro de un contrato, poniendo a la otra parte en una circunstancia peor.

buena utilización de los recursos escasos, hace que las personas sean más conscientes de los gastos que generan y lleva a una utilización más eficiente del servicio. Todas estas medidas hacen que el aseguramiento social en este país tenga un buen uso y fácil acceso, donde los pacientes no tienen que esperar grandes periodos para ser tratado de sus dolencias. En esta línea, la mayoría de estudios demuestran que dentro de los países industrializados, Alemania es el país con las listas de espera más bajas a la hora de poder visitar a su médico de cabecera, o especialista y para realizar una operación (Schölkopf, 2010). Uno de los motivos por lo que Alemania sale bien parada en estas comparaciones internacionales, es porque tiene la capacidad más grande de hospitales⁴⁹, circunstancia que facilita que las listas de espera sean muy bajas o inexistentes.

REFORMAS MÁS RELEVANTES

Así como desde sus orígenes⁵⁰ el sistema Alemán ha permanecido prácticamente intacto, en las últimas décadas se ha llevado a cabo múltiples reformas⁵¹. Solo del periodo de 1988 hasta 2013 se han producido más de 20, existiendo otras cuantas más que afectan al sistema de alguna manera. En un principio parte de lo que motivaron estas reformas fueron que los pacientes tenían pocos incentivos financieros para limitar sus demandas y los proveedores les pasaba algo parecido para limitar sus servicios sanitarios.

Una gran parte de estas reformas han ido en la senda de la restricción de los gastos, también de la reducción de servicios y de un mayor aporte de los gastos por parte privada, lo que quiere decir un mayor copago. Esto fue así con motivo de un incremento constante de los costes sanitarios y de la prima que pagaban los usuarios del sistema. Esta prima aumento mucho en los últimos tiempos también por motivo del incremento del desempleo. En un principio desde los años noventa, la estrategia se focalizó en el

⁴⁹ Alemania es uno de los países de Europa con mayor número de camas disponibles, facilitando ello el ingreso.

⁵⁰ El sistema sanitario alemán es uno de los más antiguos del mundo fundado por Canciller Otto Bismarck en 1883.

⁵¹ Para ver todas ellas enumeradas ver tabla 6.1 de Health systems in transition (Germany) pag.238.

lado de los ingresos. Por ejemplo a partir del año 1991 con motivo de la reforma que se llevo a cabo en 1989 (Quality Health care Act reform) el copago hospitalario paso 5 marcos diarios a 10 y algo similar sucedió en el transporte del paciente.

De una forma digamos que transversal (por medio de varias reformas) también se ha promovido una mayor competitividad entre las cajas de enfermedad y entre los proveedores hospitalarios, con el fin de que se produzca una mejora de la calidad y opten por tomar a su vez mayores medidas encaminadas a conseguir una mayor eficiencia. A pesar de todas estas medidas incorporadas al sistema alemán, siguió teniendo un alto nivel de seguridad⁵², que esta y estaba por encima de la mayoría de los países.

Por ser las que mayor aplicación pueden tener a nuestro sistema, vamos a describir las reformas que se produjeron a principio de los noventa, momento en el que se llevo a cabo la reunificación de las dos Alemanias (Octubre de 1990). En este periodo también hubo una tendencia hacia la privatización de los hospitales públicos por distintos motivos. También analizaremos la reforma que se llevo a cabo del sistema de pago que se dio en Alemania a principios del siglo XXI.

Por la literatura que hemos podido analizar, estas Reformas que son de gran calado, han tenido éxito y se han mantenido. España puede perfectamente asimilar alguna de ellas, porque ya han sido probadas previamente en este y otros países.

Reforma de 1990. La Reunificación de las dos Alemanias

Las Reformas que surgieron tras la reunificación de Alemania en Octubre de 1990 tienen especial interés para nuestro estudio, por el hecho de que el sistema de Alemania del Este, que era muy similar al de España, se transformó por completo para seguir el sistema de aseguramiento social, que es el que tenía la otra parte de Alemania.

El proceso de cambio que se produjo en Alemania del Este, permite demostrar que un sistema de Planificación central como el nuestro, se puede cambiar por otro en el que las organizaciones de la sociedad civil y el paciente tenga un mayor protagonismo. A esta conclusión llegaron algunas autoridades del pensamiento liberal al entender que los individuos encuentran mejor cuáles son sus preferencias, que si por lo contrario lo tiene que hacer el Estado.

⁵² El acceso seguía siendo muy alto para los ciudadanos alemanes y el número de prestaciones también.

En Alemania antes de la reunificación existían dos sistemas de salud diferentes y se propuso por parte de las autoridades políticas, que instaurara en el Este el mismo que existía en la parte federal, de la forma más rápida posible. En la antigua República Federal tenían el aseguramiento social, que es aquel que hemos estado describiendo hasta el momento en el estudio con una mayor orientación al mercado y mayor participación del usuario. El de la República Democrática que se basaba en una planificación central, se financiaba públicamente y el Estado proveía los servicios sanitarios de forma gratuita, donde el usuario tenía poca elección.

Contrario a lo que sucedió en la Alemania Federal, la parte del este, después de la Segunda Guerra Mundial, el servicio sanitario fue provisto y financiado públicamente (Light, 1985). Se financiaba a través de un impuesto sobre la nomina y otra parte mediante impuestos generales (Parecido al de España). En este sistema también los médicos trabajaban como asalariados del Estado en régimen de funcionarios públicos. Otra de las características de la parte del este eran sus Policlínicas, que integraban a muchos médicos de cabecera junto con algunos servicios de la especializada.

Aunque antes de la reunificación no existen muchos datos sobre salud en Alemania del Este, se calcula que el gasto en sanidad pública estaba en torno al 5% del PIB y que la participación del sector privado era muy baja, frente a la otra Alemania que por entonces doblaba su participación de la sanidad en gasto sobre el PIB con un 10% y existía un sector privado que empezaría a tomar mayor relevancia.

Uno de los cambios más complicados de la reunificación fue el extender el sistema de salud que tenía la entonces República Federal Alemana. Las principales medidas que se tomaron para ello fueron la entrada de cajas de enfermedad en Alemania del Este, suprimiendo el monopolio que tenía el Estado en la Provisión y permitiendo a los ciudadanos elegir entre varias de ellas. Al principio se instalaron solo algunas locales, pero rápidamente pudieron elegir entre varias más. En Enero de 1991 ya existía una red completa de cajas de enfermedad local (Ortskrankenkassen) operando en Alemania del Este. Las cajas pudieron instalarse libremente ahí, si así lo deseaban. La mayor parte de la población quedo asegurada de forma obligatoria a través de los salarios y también sus familiares. Para poder financiar el sistema sanitario se realizó vía contribuciones de los asalariados, incluyendo por regulación una cuota que suponía el 12,8% del salario, que

era la media que existía entonces para las cajas de la Alemania Federal⁵³. Como uno de los grandes problemas era poder cuadrar los ingresos con los gastos, se pusieron unas tasas para el usuario que se establecieron en el 45% de las que había en la Alemania Federal. A parte de esta financiación, como había importantes diferencias en infraestructuras, como algunos hospitales, etc., el Estado tuvo que hacer una fuerte inversión para acelerar la convergencia.

La reunificación de las dos Alemanias permite extraer algunas tendencias relevantes, que se han podido dar después de este proceso en indicadores como esperanza vida o mortalidad en gente que ha tenido previamente unas condiciones genéticas y culturales parecidas. En la teoría económica se podría ver como el coste de oportunidad de haber seguido un sistema de tipo socialista como el de Alemania del Este, con un sistema sanitario planificado y un solo proveedor, con uno más orientado al mercado, como es el de la antigua República federal, con aseguramiento social.

Por la literatura revisada, se pudo comprobar que la esperanza de vida empezó a tener una divergencia a partir de los años 70, por un motivo de mejora en la Alemania Occidental, frente a un estancamiento de la Alemania del Este. En el estudio llevado a cabo por Müller-Nordhorn et al (2003) para ver la evolución de la tasa de mortalidad de “Enfermedad isquémica de corazón “en ambas partes de Alemania 10 años después de la reunificación, pudieron observar que los ratios habían bajado considerablemente en ambas partes. En el periodo de 1991 al año 2000 en Alemania del Este paso de 222 a 169 muertes por cada 100 000 habitantes y en la parte occidental de 150 a 116 muertes por cada 100 000 habitantes. También pudieron comprobar que las diferencias durante el periodo permanecieron relativamente constantes. En el análisis llegan a la conclusión de que estas diferencias permanecieron por el importante flujo migratorio que se dio desde el este al oeste, sobre todo de población joven (más de un millón), manteniendo la población mayor con más dolencias de este tipo en lo que era Alemania del Este. El proceso de reunificación de las dos Alemanias demuestra que se puede pasar de un sistema sanitario de planificación central, a otro de tipo bismarckiano en el que existen más posibilidades para el paciente, en un periodo relativamente corto de tiempo y todo ello con buenos resultados.

⁵³ Se mantuvo esta cuota, al menos por un año, para todas las cajas de seguro en Alemania del Este.

Privatización de los hospitales (1995-2008)

En Alemania existe un debate público sobre qué forma de propiedad de los hospitales es mejor. El proceso de privatización de los centros hospitalarios no se ha visto como un proceso traumático y la sociedad alemana lo ha tomado como un proceso normal.

Los hospitales de propiedad privada gozan una mayor flexibilidad a la hora de negociaciones colectivas con los trabajadores, pero a la hora de medir la eficiencia y la calidad, los resultados obtenidos son cuanto menos sorprendentes.

En Alemania el sector privado siempre existió, pero más la versión sin ánimo de lucro. Durante el periodo que corresponde entre los años 1995 y 2008 se produjo un importante proceso de privatización de los hospitales. Los motivos que llevaron a este cambio en la propiedad de los centros son varios, algunos vienen motivados por la necesidad de captar dinero por la situación financiera, pero también con intención de mejorar el rendimiento de estos.

Para el contexto español es interesante este proceso de privatización de hospitales que surgió a partir de la década 90 y que tiene algunas similitudes con lo que sucedió en nuestro país un tiempo después. La diferencia entre ambos procesos es que en Alemania se dió de una forma menos traumática que en España. Así como en el país teutón aceptaron el proceso como algo más normal, en España hubo fuerte resistencia por parte de los distintos grupos de interés, sobre todo de los colectivos de empleados públicos como médicos, enfermeras y personal administrativo. Estos son algunos de los problemas que advertía la teoría de la Elección Pública o Public Choice, en donde tanto los trabajadores, que están organizados y protestan por ello, así como el propio gobierno, formado por políticos, buscan su propio interés en el asunto (Buchanan, J. 1984). Sin embargo el usuario final del sistema sanitario, que es el paciente, no termina de ser oído, por estar más dispersa su opinión, y termina pagando las consecuencias de estos conflictos.

En el periodo de mediados de los noventa hasta el año 2008 se vendieron un gran número de hospitales públicos por parte de los gobiernos locales y regionales a entidades con ánimo de lucro y a otras sin ánimo de lucro. En este periodo el número de hospitales privados con ánimo de lucro se incremento en un 44%, lo que representa un aumento en el mercado del 6% al 18%, si lo medimos en términos de número de camas (Statistisches Bundesamt 2014). La cuota de mercado para los privados sin ánimo de lucro permaneció constante en el mismo periodo. Por otra parte esta tendencia se engloba en la necesidad de aumentar la calidad y eficiencia de los hospitales alemanes.

Hasta hace relativamente poco tiempo no existían muchos datos sobre calidad y eficiencia para comparar los resultados de los hospitales alemanes. Para muchos investigadores había como una “caja negra” en lo que se refiere a estos parámetros de los centros hospitalarios. A lo largo de los años han ido apareciendo más datos sobre todo los relacionados con la calidad, que los vinculados a la eficiencia de los hospitales. Dada esta ausencia de datos hasta la fecha encontramos dos estudios que se han realizado hace poco tiempo que compara el rendimiento en calidad y eficiencia de los distintos hospitales utilizando los mismos métodos. Respecto a la eficiencia, tratan de determinar cuál de los hospitales producen unos mejores resultados con unos recursos dados. Ambos estudios encuentran claras evidencias de que los hospitales públicos son más eficientes que los privados. Para el grupo de investigadores formados por Tiemann, Schreyögg y Busse llegan a encontrar evidencias de que hospitales públicos son más eficientes que los privados, sobre todo para determinados tamaños, sin embargo los hospitales privados con ánimo de lucro consiguen mejores resultados en calidad que los que tienen propiedad pública. En este contexto los hospitales privados ponen más énfasis en obtener beneficios, mientras que los públicos están localizados en contener gastos. Para estos investigadores, estos resultados son sorprendentes⁵⁴ sobre todo desde el punto de vista de las políticas públicas, pero también señalan, que son consistentes con otros estudios previos realizados en Estados Unidos. La explicación viene a estar motivada en que los hospitales privados tienen otra forma de aumentar el rendimiento, que va enfocada en maximizar los beneficios, más que minimizar los factores de producción para un determinado resultado. En este sentido los hospitales privados consiguen sacar más ingresos por caso que los públicos.

Los mismos investigadores en otro estudio sugieren que el tamaño del hospital importa de cara a una mayor eficiencia. Para hospitales con más de 1000 camas, aquellos de propiedad privada consiguen una mayor eficiencia que los públicos. El problema que existe es que en Alemania la mayoría de los hospitales privados son de un tamaño inferior a esta cifra. El estudio concluye indicando que los hospitales privados alcanzan unos valores superiores a los de titularidad pública en cuanto a indicadores de calidad, como es en el caso del ratio de mortalidad intrahospitalaria. Estos resultados son

⁵⁴ Aunque la eficiencia es solo una manera de medir el rendimiento de un sistema sanitario, para la gran mayoría de sectores económicos las empresas privadas son más eficientes que las de gestión pública.

contrarios a los que aseguran que los hospitales privados tienen un incentivo a reducir costes a costa de la calidad de los servicios. En Alemania estos resultados tienen mucho que ver con los esfuerzos que se han hecho para evitar la Información asimétrica, requiriendo muchas más información sobre indicadores relacionados con estos parámetros a los hospitales. Son varias las reformas que han ido encaminadas en ese sentido en los últimos años. Muchos de estos hospitales privados han buscado la mejora en calidad, para intentar captar clientes (Busse et al 2009). En esta misma línea según (Esmail Nadeem 2014) los hospitales públicos que fueron privatizados han mejorado tanto en aspectos de eficiencia como de calidad.

Remuneración de hospitales mediante Grupos Diagnóstico Relacionados (GDR)

Uno de los elementos más importantes para conseguir mejorar la calidad y que los recursos se utilicen de forma eficiente es el sistema de pago a los hospitales. La libertad de elección del paciente tiene que venir acompañada de un sistema de pago a hospitales en donde esta elección del consumidor afecte a los ingresos de los centros. Tradicionalmente tanto en España como Alemania los hospitales se han financiado a través de presupuestos anuales. Esto quiere decir que el dinero del que van a disponer va a depender del presupuesto que tuvo el año pasado. En Alemania decidieron cambiar esto, de tal forma que se vinculo los ingresos de los hospitales a su actividad y de esta forma aumentar el incentivo para atraer pacientes. El sistema que se introdujo se baso en el Medicare de los Estados Unidos y en concreto es el que se utiliza también en Australia, siendo este un sistema de pago de tipo prospectivo⁵⁵.

Esta forma de remunerar a los hospitales se ha utilizado de forma superficial en algunos hospitales de España⁵⁶, pero es una herramienta muy útil para la mejora de los hospitales y se está introduciendo en muchos países con formas de organización similares al nuestro, como es el caso del Reino Unido.

En Alemania durante los años noventa el sistema de pago a los hospitales era mediante presupuestos globales, pero una década después se introdujo un nuevo sistema de pago basado en los grupos diagnóstico, conocidos como GRD⁵⁷.

⁵⁵ Es una forma de pagar a los hospitales basado en precios predeterminados y estandarizados.

⁵⁶ Este sistema GRD existe en algunas comunidades autónomas y en el caso de Madrid este tipo de pago a hospitales se utiliza en la Fundación Jimenez Diaz.

⁵⁷ El sistema GRD se conoce internacionalmente como (Grupos relacionados por el diagnóstico)

Para muchos investigadores y gestores el nuevo sistema de pago basada en GRD, junto con las medidas de calidad que se pusieron en el mismo periodo, han sido las reformas más importante que se han realizado en Alemania desde la que se hizo en 1972, con motivo de la financiación dual⁵⁸.

Uno de los principales motivos que llevo a realizar la reforma financiera de los centros sanitarios en 1999, fue obligar a los hospitales y a las cajas de seguro a modificar el sistema de pago que existía hasta entonces. La intención era mantener los niveles de gasto en unas cantidades sostenibles e incentivar la actividad, para ello se buscó una nueva forma de pagar a los centros más acorde a estos objetivos. Se trataba de cambiar el sistema de pago existente hasta el momento, fundamentado en un enfoque retrospectivo, por uno nuevo sistema de tipo prospectivo basado en los grupos diagnóstico GDR. Bajo este sistema se paga en base al coste esperado por el tratamiento de ese paciente, que tendrá unas características determinadas. De esta manera los pacientes se clasifican en grupos clínicamente parecidos y con similares niveles de consumo.

Si entramos en detalle, en sistema de pago prospectivo, el hospital proveedor del servicio recibe una cantidad de dinero con una tarifa estandarizada por caso. Tiene la característica que se basa en un coste medio y está ajustada a una serie de parámetros de riesgo, como severidad por caso, así como a una actualización de precios. Es un sistema relativamente complejo que tiene más de 1000 categorías. La idea básica de este sistema de pago es conseguir que el hospital tenga incentivos para atraer a los pacientes, pero a su vez desincentivar el sobretreatmento de esos propios pacientes ya que no se les va a pagar más por ello. Si el sistema está bien diseñado⁵⁹ se consiguen estos objetivos, de tal forma que si se atraen más pacientes se obtienen más ingresos, pero por lo contrario por tratamientos superfluos o largos periodos de estancia no lo generaría.

Con la introducción de estos elementos el Estado pretendía avanzar en dos campos claves en ese momento. Por un lado, mejorar la eficiencia del sistema de salud y por otro, aumentar la calidad de los servicios sanitarios. Con este sistema de remuneración

⁵⁸ La reforma que se hizo en el 72 fue aquella en la que hizo a los estados (Länder) responsables de los costes de capital y a las cajas de seguro como las encargadas de los costes corrientes.

⁵⁹ Es necesario que el pago por cada caso refleje el verdadero coste de un paciente de esas características para que no genere distorsiones en la gestión del hospital

GDR que utiliza una serie de códigos y documentación, aumenta la transparencia, permitiendo comparaciones con otros hospitales. En este sentido el sistema también ayuda a analizar como de apropiado ha sido el servicio prestado para cada caso en particular y el éxito que hubiera podido tener. En cualquier caso a nadie le cabe duda, que el verdadero motivo de introducir estas formulas de pago, es aumentar la eficiencia y eficacia del sistema. A día de hoy este es el sistema de pago que utilizan los más de 1800 hospitales alemanes con pacientes ingresados en hospital, excluidos los departamentos psiquiátricos (Tanto el sistema de aseguramiento social oficial (GKW) como el privado (PKW)).

Si nos fijamos en los resultados obtenidos por los distintos investigadores hasta el momento en Alemania, vienen a demostrar que este sistema de remuneración que se introdujo a principios de este siglo está alcanzando los objetivos que se propuso.

Según Böcking et al. Después de analizar la introducción del sistema de pago prospectivos basados en GRD en Alemania y en otros países, encontraron que los GRD generaron una tendencia hacia la reducción de costes y una orientación hacia la rentabilidad. A su vez proponen que si el legislador toma medidas para que no haya algún tipo de manipulación de los códigos, la introducción de este sistema de pago va a llevar a una mayor eficiencia y eficacia económica, incluyendo al mismo tiempo una mayor transparencia en la calidad del servicio. Por otra parte según Tiemann et al (2011) el desarrollo del sistema GDR en los hospitales hará que los centros se focalicen menos en la obtención de ingresos, sobre todo los de propiedad privada, para orientarse más a la eficiencia del sistema. En este sentido proponen que los sistemas de pago GDR deben buscar incentivos para que se focalicen en la eficiencia y así mejorar la utilización de los recursos. Para ello será muy importante monitorizar los resultados a la cuando se introducen sistemas de pago de este tipo. Para la mejora de la calidad Tiemann y su equipo proponen que los GDR incorporen un pago superior en el caso de que tengan resultados en calidad superiores para ese tipo de tratamiento. Algo similar ya se hace en Inglaterra y en Alemania, donde en el primer pago del GDR ya viene incluida la segunda estancia si es en los primeros 30 días, no pagándose a parte esta última estancia.

El pago por resultados en hospitales es una pieza clave de la libertad de elección que tienen los pacientes en Alemania y su funcionamiento general no se podría entender sin su incorporación. Para que el dinero acompañe al paciente tiene que existir una relación entre las decisiones que toma el usuario y la remuneración de los centros. Esta

circunstancia se alcanza con los sistemas GDR, pero tienen que estar bien diseñados para que no afecte a la calidad de la atención sanitaria.

¿COMO GARANTIZA ALEMANIA LA CALIDAD DEL SERVICIO?

En Alemania han promovido y fortalecido varias vías para que la calidad del sistema sanitario alemán mantenga unos niveles de alta calidad. Por un lado promueve que los usuarios puedan elegir entre cajas de seguro y también entre hospitales, tanto públicos como privados. Paralelamente estas decisiones de los usuarios del sistema tienen consecuencias sobre los centros médicos, ya que sus decisiones afectarán la cuenta de resultados de los mismos. En este contexto los proveedores están muy interesados de que los pacientes salgan satisfechos del servicio dado. Por si no fuera poco con esto, los hospitales tienen que realizar informes de calidad bajo ciertos parámetros, los cuales en su mayoría son abiertos al público para su información.

La libertad de elección es en Alemania netamente superior de la que existe actualmente en España y además, con el tiempo, se ha ido promocionando más con las distintas reformas que se han llevado a cabo. Se puede decir que tiene muy pocas limitaciones y el sistema está muy orientado al usuario. Permite al paciente recibir cualquier tipo de tratamiento a su elección. La satisfacción que muestran los usuarios del sistema sanitario alemán es muy alta, sobre todo en trato al paciente, permitiéndole tomar parte de sus decisiones sobre su tratamiento y salud (OCDE, 2013).

Las autoridades alemanas han introducido en los últimos tiempos mayor grado de competencia al sistema, dando a los pacientes mayor libertad. La teoría económica avala este principio, en el que mayores niveles para poder elegir, genera una competencia entre los oferentes, que lleva a una mayor eficiencia y calidad de los servicios. Esto sucede en el caso de que el sistema este bien diseñado y no se produjeran fallos de mercado. Estas posibilidades de elección que tienen los pacientes en Alemania se puede observar en varios campos del sistema sanitario. No solo pueden elegir entre muchas cajas de enfermedad, sino que también pueden elegir que servicio quieren tener cubierto y que médico quieren consultar. En esta elección no se queda fuera la posibilidad de elegir médico de cabecera y el hospital que ellos deseen para ser tratados. La única condición es que el centro este acreditado por el sistema de aseguramiento social. Además, una de las condiciones que vienen impuestas por la normativa vigente, es que las cajas de seguro no pueden rechazar a los ciudadanos por motivos de edad o salud.

Otro elemento fundamental para poder elegir, del cual disponen los usuarios de este sistema es la disponibilidad de mucha más información, sobre todo de los resultados de los proveedores hospitalarios y servicios hospitalarios en general. En este campo han avanzado bastante más que en España y disponen de más datos para poder tomar una decisión. Por ejemplo los hospitales tienen que hacer informes con indicadores de calidad cada dos años. Publicando estos datos aumenta la transparencia del sector sanitario, área donde en nuestro país nos queda mucho por recorrer. Esta información disponible no significa que el paciente no vaya a tomar las decisiones con su médico de confianza y su familia, pero ayuda en la toma de decisiones y en la transparencia del sistema (Niemietz, Kristian 2015).

Como resultado de esta libertad de elección las cajas de seguro, los médicos y los hospitales tienen que competir por los pacientes. Este cambio que se ha producido ha traído muchas ideas innovadoras al sistema y ha aumentado la presión tanto en pagadores, como en los proveedores de servicio, para poner en práctica un servicio de alta calidad y más eficiente. Las autoridades alemanas piensan que esta competencia que se ha introducido en el sistema entre cajas de enfermedad y entre hospitales, junto con una regulación adecuada, va a hacer que el sistema se reinvente a sí mismo cada cierto tiempo.

Un asunto que está pendiente en Europa y en nuestro país es la participación en los órganos de decisión de las asociaciones de pacientes. Alemania es de los países que más protagonismo les está dando incluyéndoles con una representación fija en estos órganos para escuchar su voz y opinión. Esto fue regulado por ley mediante la Reforma de Modernización del Sistema de Aseguramiento social en 2004.

Este tipo de medida reduce los conflictos que se dan en el sector, en el que los pacientes se pueden ver secuestrados por los distintos grupos de interés como sucede en ocasiones en España. Como ya decía Buchanan en su teoría de “La Elección Pública”⁶⁰ cada grupo del sector público busca su propio interés. Los políticos ser reelegidos y los empleados ganar más y manejar un presupuesto mayor.

Para poder alcanzar el sistema sanitario que tiene Alemania a día de hoy, no se concibe sin todos los elementos de transparencia que ha incorporado en los últimos años. Los usuarios del sistema sanitario alemán disponen de mucha más información, lo que

⁶⁰ La teoría económica del “Public Choice” de Buchanan, habla sobre como cada parte en el sector público busca sus intereses.

facilita la libertad de elección. Esto lo consigue mediante un instituto independiente que obliga a los hospitales a remitir informes sobre una variedad de indicadores cada vez más variados, siendo gran parte de ellos publicados de forma gratuita y de fácil acceso. La introducción de programas para que los hospitales tengan que emitir una serie de informes sobre calidad ha aumentado considerablemente la transparencia de los hospitales en este campo, delimitando la información asimétrica y facilitando la decisión de los pacientes. De los más de 200 indicadores que están obligados a realizar 27 de ellos se publican de forma abierta, accesible al público en general (Tiemann et al.2011). Todo este conjunto de medidas que aquí mencionamos, que son las que hacen que Alemania sea de los países con un sistema universal con mayor libertad de elección del mundo tiene que ir necesariamente acompañada de un sistema de financiación de los proveedores que incentive la actividad. Esto lo consigue mediante el sistema GDR que analizaremos en las reformas.

¿QUE HACE ALEMANIA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA?

En la cultura alemana nunca ha sido muy proclive al derroche y ha cuidado de utilizar los recursos que disponía de la mejor forma para aumentar su calidad de vida. A pesar de esa realidad, en un sistema complejo como es el sanitario, han buscado la manera de incentivar a la gente a tomar decisiones que tienen consecuencias sobre su salud y sus ingresos.

Uno de los problemas que afrontan los sistemas universales y gratuitos como el español, es la ausencia de percepción del coste que tiene, que lleva en muchas ocasiones a un exceso de demanda y una pérdida de recursos limitados. Esto se debe en gran medida a una falta de participación por parte del que recibe el servicio, en la aportación del coste de la atención sanitaria. En la mayoría de los mercados se puede asumir que la cantidad y los precios observados, reflejan la interacción de las preferencias del consumidor con el coste que tiene producir esos bienes y servicios para las empresas. Bajo estas circunstancias el consumidor, con sus ingresos (o restricción presupuestaria) y sus preferencias, compara los precios para posteriormente tomar una decisión de compra. Esto no ocurre así en la atención sanitaria de la mayoría de países y aun menos en países como España. Cuando es el Estado el principal actor en la oferta del servicio, el coste no está representado en el precio, siendo en nuestro caso completamente nulo. Sin tener esta referencia es muy fácil que se produzca una sobrecarga por el aumento de

la demanda, con el correspondiente deterioro del servicio. Este fenómeno ya lo analizó Hardin, G. (1968) describiendo una situación en la que varios individuos terminan con un recurso limitado (el común), actuando por interés personal y de forma racional, aunque a nadie le interesa que suceda esa destrucción. Este dilema se conoce como “La Tragedia de los Comunes”⁶¹. Para tratar de evitar esta circunstancia, ya existen a día de hoy varios países que aportan cierta cantidad para orientar al usuario hacia un uso más adecuado. Un buen ejemplo para reducir este fenómeno descrito es Alemania, que a pesar de que el sistema es universal, los asegurados participan en el pago del servicio que utilizan con pequeñas aportaciones, siendo compatible una cosa con la otra. Los análisis empíricos han demostrado que pequeñas aportaciones al servicio lleva a un uso más racional y eficiente. Esto lo saben bien en Alemania hace ya muchos años, y desde que se empezó a utilizar esta medida de una forma más generalizada en los años noventa, más que eliminarlos o reducirlos, los han incrementado⁶².

En el sistema de aseguramiento social los copagos se utilizan de forma habitual, con aportaciones de su propio bolsillo relativamente bajas si las comparamos con la media de la OCDE, siendo en Alemania un 1,8% y los demás países 2,9% (OCDE, 2013). Aunque el contribuyente participa en el pago del servicio, con ciertas limitaciones, no llega al grado de copago de otros sistemas de aseguramiento como puede ser el austriaco⁶³. A parte de que el sistema oficial tienen una cartera de prestaciones muy amplia, los copagos son relativamente bajos (Schölkopf,2010). El sistema también contempla la situación de las personas con rentas bajas que no se pueden permitir estos pagos y para las personas que tienen algún tipo de enfermedad crónica. Hasta la fecha los niños menores de 18 años no pagan nada por los servicios médicos. Según los datos de la OCDE, el coste asociado al tratamiento hace que Alemania las personas sean menos proclives a visitar al médico. De un estudio realizado de 11 países de la OCDE, Alemania se posiciona segundo por la cola en este asunto por detrás de Estados Unidos.

⁶¹ Este dilema se utiliza en el análisis económico de los recursos comunes, al implicar una contradicción entre los intereses de cada individuo y los bienes comunes o públicos.

⁶² El copago hospitalario pasó de ser 5 euros por día a 10 euros por día con un límite de 28 días.

⁶³ En Austria el copago llega a ser del 20% del total de coste sanitario generado.

El **sistema oficial de aseguramiento sanitario**, que es el que cubre a la gran mayoría de los pacientes en Alemania, los copagos varían en cantidad y porcentaje según el tipo de servicio sanitario que se solicita:

- Se incluye 10 euros por la primera visita al médico de cabecera o especialista cada trimestre. Si la visita se produce sin un volante se paga esta cantidad por cada una de las visitas.
- Para el dentista es igual, 10 euros por la primera vista cada trimestre y se paga el 50% del tratamiento rutinario y un 20% para tratamientos de ortodoncia. También se paga el 10% por tratamiento no médico, como puede ser una sesión de fisioterapia.
- En los medicamentos se paga también un 10% con un mínimo de 5 euros, siempre que no se supere el precio del medicamento⁶⁴. Existe un techo de 10 euros de copago para medicamentos con prescripción.
- En Alemania a diferencia de España, tiene un **copago hospitalario** que supone 10 euros por día con un límite de 28 días. Estos pagos también se hacen en instalaciones de rehabilitación. Los menores de 18 años están excluidos de pago.

Una de las medidas que utilizan para limitar la participación en el pago, son los techos en % del salario bruto de las familias. En casos normales, se establece un techo del 2%, del cual si lo excede no tendría que realizar más copagos. En el caso de situaciones con enfermedades crónicas el techo estaría en el 1%.El sistema está diseñado también para que las cajas de ahorro premien a sus asegurados por participar en programas de salud, por ir al médico de cabecera y evitar reconocimientos dobles, etc.

En este contexto, uno de los elementos de mayor interés para España es como trata Alemania el copago hospitalario, porque en materia de copago farmacéutico en nuestro país ya se ha hecho mucho y quedo poco margen de actuación⁶⁵.

En el sistema de aseguramiento social alemán, a pesar de que los asegurados y sus familiares tienen derecho a asistencia hospitalaria sin límite de tiempo, siempre que la enfermedad lo requiera y no se pueda tratar de forma ambulante, tienen un pequeño copago diario, que le permite al usuario ser consciente del coste del servicio. Esta

⁶⁴ En este caso se pagaría el precio real del medicamento

⁶⁵ El debate en el copago farmacéutico está en que grupo de la población debe soportar el coste. Muchas veces se penaliza a los jubilados que son los que más compran.

referencia de precios lleva a utilizar los servicios de forma más racional. Existen argumentos teóricos y evidencia empírica que refuerzan esta tesis. Según la teoría económica, el grado de utilización de un bien como es en este caso la atención sanitaria, va a depender en gran medida de su elasticidad-precio⁶⁶. Una mayor elasticidad-precio de la demanda del producto o servicio supondrá que al aumentar el precio del bien la cantidad demandada disminuya, por lo que el paciente responderá al copago con una reducción en la utilización.

Respecto a la evidencia empírica, a nivel Europeo no existen muchos estudios, pero si se han hecho más en los Estados Unidos, que son también de aplicación en España. En un estudio realizado por Chandra, Gruber y McKnight en (2006) en California, las personas mayores responden a las señales de los precios. Ellos encontraron que un aumento de 0 a 10 dólares en las consultas redujo el número de ellas en un 18% entre este sector de la población.

En uno de los principales estudios que se han hecho relacionado con las tasas y copagos en la historia de los Estados Unidos, es el RAND Health insurance Experiment (HIE) que se realizó en 1970 y todavía sigue teniendo vigencia. El experimento se realizó durante 5 años con miles de familias que estaban cubiertas de distinta forma. Entre las principales conclusiones que se extraen del análisis es que el copago no tiene un impacto negativo en la salud y además reduce el gasto sanitario (Newhouse, J.1993). Esto sucede así en el caso de una persona típica, cuando hablamos de personas crónicas y gente con bajos ingresos puede generar efectos adversos. Por este motivo es importante que el copago este bien diseñado y incorporando techos y exenciones como sucede en el sistema de aseguramiento alemán.

Instituto para la Calidad y la Eficiencia (IQWiG)

Aparte, la mayor participación que tiene el paciente en el pago del servicio, que mejora la eficiencia, en Alemania cada vez tiene mayor relevancia un organismo independiente que ayuda a la hora de tomar decisiones basadas en su coste-efectividad. Esto no es exclusivo de Alemania, pero es de gran utilidad para todos los países que financian los tratamientos con dinero público.

⁶⁶ Entendida la elasticidad precio de la demanda como la variación porcentual que experimenta la cantidad demandada de un bien cuando su precio sube en un 1 %.

Muchos países se han empezado a plantear si deben pagar ciertos tratamientos que sean costosos y no tan efectivos. Ese fue el caso del Reino Unido con el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), el cual muchos países quieren emular. Alemania también se planteó limitar el uso de estos tratamientos estableciendo una agencia-organización para ello, conocido como Instituto para la Calidad y la Eficiencia de la atención Sanitaria (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG). Fue puesta en marcha con la reforma del año 2004 y se constituyó para mejorar el funcionamiento del aseguramiento público. Este instituto realiza investigaciones sobre aparatos médicos, drogas y todo tipo de tratamientos para determinar como de efectivos son. En el caso de que el instituto para la calidad decida que ese tratamiento no aporta valor, puede sugerir que se retire de la cesta de prestaciones financiadas por este sistema. La decisión última de retirarlo o no, va a depender del Comité de la Unión Federal (G-BA)⁶⁷, que es el organismo formado por todas las partes implicadas, médicos, caja de seguros, etc. Si el instituto decide que el nuevo tratamiento no es mejor que las terapias existentes hasta el momento, el reembolso será similar al ya establecido en el tratamiento anterior. En el caso de que el instituto dictamine que el tratamiento es innovador y mejor que los ofrecidos hasta el momento, en ese caso el sistema alemán pone muchas más facilidades que otros países para que sea reembolsado. En cualquier caso el sistema alemán no exige que el tratamiento tenga la recomendación positiva del Instituto para la Calidad para poder ser incluido en la cesta de prestaciones sanitarias. El IQWiG solo determina si lo estudiado aporta valor al sistema y solo cuando el resultado es negativo puede hacer que el reembolso sea denegado. En general tanto médicos como pacientes, aceptan bien las recomendaciones del Instituto, pero como en el caso del Reino Unido, el IQWiG no ha estado exento de polémica, pero menos que el NICE. Un ejemplo destacable fue con él un nuevo tratamiento para la diabetes, para el cual el instituto no reconoció ningún valor añadido respecto a lo ya existente y ofrecido con anterioridad. En este caso el tratamiento fue incluido en la cesta de prestaciones sanitarias, pero la empresa farmacéutica que lo creó no recibió un reembolso superior al ya establecido.

⁶⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

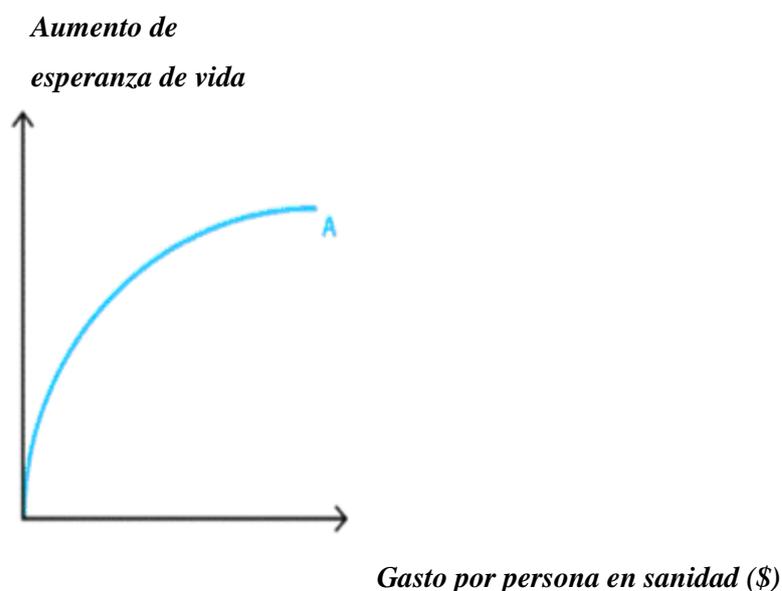
COMPARACIÓN DE SISTEMAS: ESPAÑA & ALEMANIA: Discusión teórica

En los últimos años los gastos sanitarios han crecido de una forma espectacular en todos los países de la OCDE y el caso de España y Alemania no son excepción. A la cabeza nos encontramos a países como Estados Unidos que gasta más de un 15% de su PIB en sanidad, pero ¿obtienen estos países que gastan más mejores resultados que otros países con gastos más modestos? La pregunta que se plantea es si ello es debido a un aumento de la producción o a ineficiencias del proceso de producción.

Al analizar la función de producción sanitaria desde la base de la teoría económica y comparando posteriormente los resultados que obtienen Alemania y España, junto a los países de la OCDE podemos entender mejor en qué punto nos encontramos. En sistemas tan complejos como el sanitario es fácil que se den ineficiencias si no existe un gran incentivo por parte de los gestores para utilizar los recursos escasos, lo que necesitamos es utilizar los recursos mejor, más que añadir más gastos al sistema.

La función de producción sanitaria se compone de un indicador sanitario en el eje de ordenadas que refleje la producción sanitaria de este país, como puede ser la esperanza de vida⁶⁸ y un factor de producción en el eje de abscisas, como es el gasto que dedica cada país a la atención sanitaria.

GRAFICO 8: Función de producción de la asistencia sanitaria



⁶⁸ Pueden utilizarse otras medidas de producción sanitaria, como la reducción de infartos de miocardio, etc.

La función sanitaria presentada en la gráfica con la curva A, representa la producción máxima de salud que se puede alcanzar en función del gasto en asistencia sanitaria.

La tendencia de la curva, muestra que la función de producción sanitaria demuestra rendimientos decrecientes⁶⁹, llegando a ser plana cuando alcanza ciertos niveles de gasto. Cuando se llega a la zona plana de la curva, grandes incrementos en el gasto producen mínimos resultados en la producción⁷⁰ (años de vida). La respuesta se encuentra en que dadas las tecnologías que tenemos en la actualidad, gastos adicionales en los procedimientos médicos o uso de nuevos medicamentos, producen efectos mínimos en la esperanza de vida (Garber et al, 2008). Este es uno de los motivos por los que países como Estados Unidos que son relativamente ricos, se produce un aumento en las preferencias del consumidor por la asistencia sanitaria al aumentar la renta. Las personas en este país están dispuestas a pagar grandes sumas de dinero por aumentos mínimos en la esperanza de vida. Resulta difícil que países como EEUU que operan en la zona más a la derecha de la función de producción tengan éxito a la hora de buscar mejores resultados. Otra explicación estaría en el caso de que el país este operando por debajo de la función de producción, existiendo ineficiencias, pudiendo producir más con el mismo gasto sanitario⁷¹. Es importante destacar que en países de altas rentas, invierten más dinero condiciones hoteleras, como tener habitación individual, etc.

COMPARACIÓN DE SISTEMAS: ESPAÑA & ALEMANIA:

Resultados sanitarios

Cuando comparamos los resultados que obtiene cada país en cuanto a los indicadores clásicos que ofrecen los organismos internacionales como la OCDE o la Unión Europea a través de Eurostat, España se encuentra siempre entre los primeros de la lista. Si nos fijamos en países de primera fila como puede ser Alemania u otros países de la OCDE,

⁶⁹ La ley de rendimientos marginales decrecientes es un principio por el cual cuando aumenta el uso de un factor de producción, manteniendo los demás fijos, la producción adicional obtenida disminuye.

⁷⁰ Los beneficios marginales para la salud serán pequeños.

⁷¹ Los gastos de transacción, como el sistema de facturación, creenciales, etc generan ineficiencias.

es difícil encontrar un indicador en el que sea superado. Esto no quiere decir que no tenga margen de mejora y que todos estos buenos resultados se puedan atribuir al sistema sanitario. Reconociendo que el sistema en general es bueno, debe acometer algunas medidas para poder mantener estos resultados en el futuro.

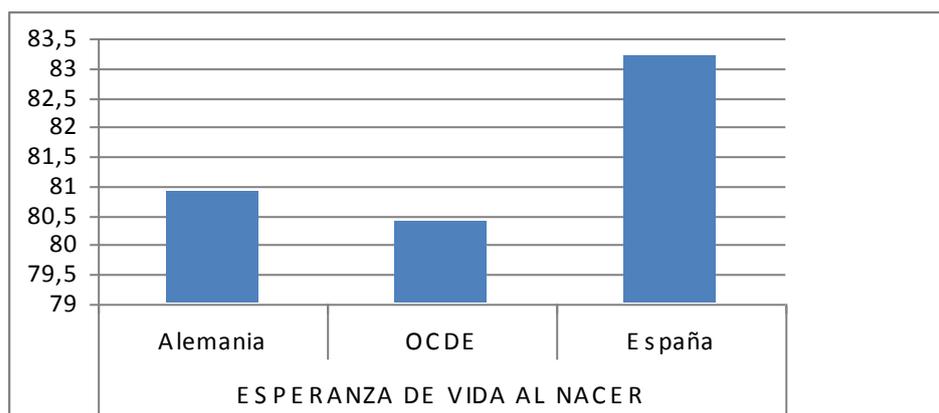
Por ejemplo en países desarrollados como el de España y Alemania, datos como la esperanza de vida u otro tipo de ratio de mortalidad son fáciles de comparar, pero lo que es el estado de salud de la población es más complicado. Es más, ¿Cuánto ha podido contribuir el sistema sanitario en la salud? Se puede decir que algunos de estos datos pueden llegar a ser subjetivos y difícil de determinar por medios tradicionales.

Por la literatura revisada no está del todo claro hasta qué punto se le puede atribuir las mejoras en el estado de salud de la población al propio sistema sanitario. A pesar de esta realidad, se pueden extraer mucha información en las comparaciones entre países para intentar hacer un sistema de mayor calidad y ver de qué manera se pueden utilizar los recursos de una manera más eficiente.

Con intención de aportar nuevas ideas en este estudio comparamos dos sistemas sanitarios, el español con el alemán, también en relación con los demás países de la OCDE, utilizando variables Proxy, que se suelen utilizar para determinar los resultados sanitarios. En primer lugar se analizan indicadores que se pueden atribuir a la calidad del sistema y en una segunda parte los recursos que se han utilizado para alcanzar esos resultados. En el análisis se utilizan aparte de las ya clásicos indicadores como la esperanza de vida, otros más específicos como “la Mortalidad atribuible a los cuidados sanitarios”⁷², concepto que se desarrollo en los años 60 y aporta más información sobre los sistemas sanitarios.

⁷² “Mortality amenable to health care” indicador sanitario con origen en EEUU. Este tipo de mortalidad se refiere a las muertes prematuras que no se deberían dar en presencia de cuidados efectivos y llevados a cabo en su tiempo adecuado. En el caso de las Muertes atribuibles a los cuidados sanitarios los datos proceden de la comparación de las dos listas más usadas, que son las de Nolte y McKee (2008) y las de Tobias y Yeh (2009).

GRÁFICO 9: Esperanza de vida al nacer



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

Este último indicador es más idóneo para determinar si un resultado en salud, se puede atribuir a una intervención del sistema de salud en cuestión.

Como si fuera una función de producción, todos estos indicadores nos van a servir después para determinar la eficiencia del sistema como resultados de cada sistema sanitario, con unos factores de producción dados.

En los informes de la Organización mundial de la Salud (OMS)⁷³ España ocupa el quinto lugar respecto a niveles de salud con una buena distribución⁷⁴ (puesto 11). La organización califica bien a Alemania con el puesto 22 de un total de 191 países, con una distribución elevada (puesto 20). Sin duda este dato es un claro signo del vuelco que se ha producido en España a lo largo de su último siglo de Historia. Si nos fijamos en otros datos estadísticos relacionados, encontramos resultados similares.

Uno de los indicadores más conocidos y que más se utilizan es la Esperanza de vida al nacer que viene a decirnos los años que viviría la gente hoy en día, si la mortalidad se mantuviera constante en la zona de estudio. Un dato fácil de comparar, pero que está muy influido por otros factores exógenos al sistema sanitario.

La esperanza de vida en España es una de las más altas del mundo y se sitúa 2,3 años por encima de Alemania, siendo aun mayor la diferencia respecto a los demás países de su entorno. Este es uno de los indicadores que probablemente más pueden influir los

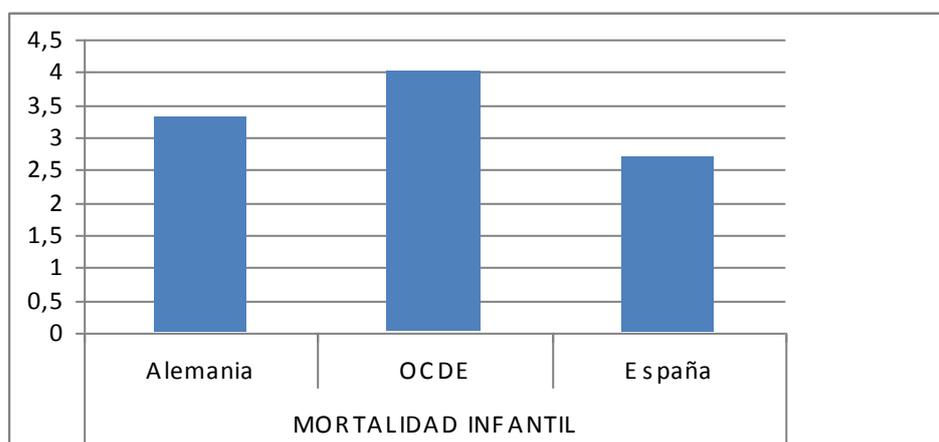
⁷³ La OMS en el World Health Report 2000, califica a los países por distintos indicadores como acceso, esperanza de vida, etc. También informa sobre la distribución de la salud en la población.

⁷⁴ La esperanza de vida entre los habitantes está repartida de una forma bastante equitativa.

estilos de vida de cada persona, pero al fin y al cabo es uno de los que más importan a la gente, vivir más y en buen estado.

Muy relevante en una comparación internacional es la mortalidad infantil, que nos va a indicar el número de fallecimientos que se producen por cada mil nacimientos en el primer año de vida. La mortalidad infantil se ha utilizado mucho como indicador para comparar el estado de salud de la población y puede facilitar información sobre la efectividad en los cuidados durante el embarazo y nacimientos, también demuestra la capacidad para prevenir muertes prematuras (OCDE, 2013). Esta misma organización sugiere que a mayor número de médicos por habitante, van a suceder menos muertes por esta causa.

GRÁFICO 10: Mortalidad Infantil

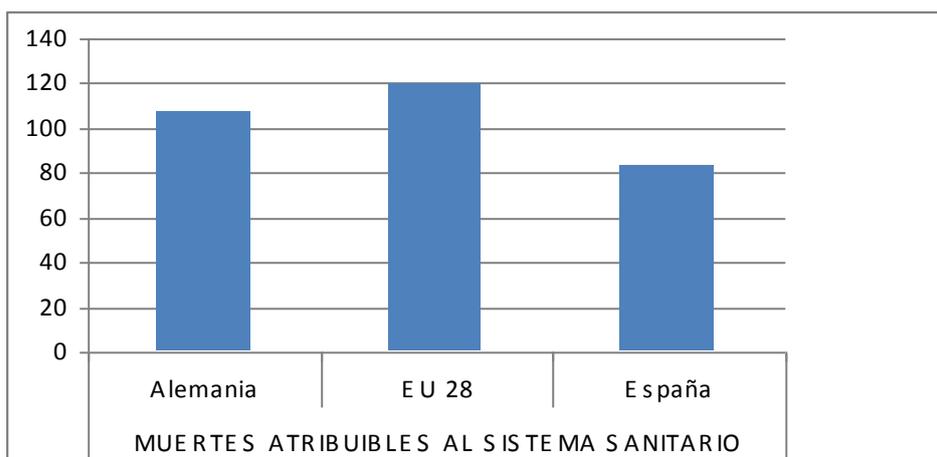


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

En cuanto a la mortalidad infantil ambos países obtienen buenos resultados y se encuentran claramente por debajo de la media de los países de su entorno, que se sitúa en 4 por cada 1000 nacimientos. Aquí las condiciones de higiene y el propio sistema sanitario han contribuido mucho a que a lo largo de las últimas décadas España obtenga estos resultados.

Uno de los indicadores que se empezó a utilizar en los últimos años y que está teniendo un gran impacto y polémica a su vez en los estudios sobre la salud, es la mortalidad atribuible a la atención sanitaria. La mortalidad atribuible a la atención sanitaria tiene en cuenta las muertes prematuras de una serie de enfermedades, de las cuales una intervención oportuna podría prevenir de esas muertes.

GRÁFICO 11. Muertes atribuibles al sistema sanitario



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat 2014

Estos cálculos se suelen hacer con algunos límites de edad, normalmente 75, pero en algunos casos es inferior. Fue desarrollado como un indicador de calidad del cuidado sanitario por un grupo de investigadores de la Universidad de Harvard.

Con este indicador se puede medir las muertes provocadas bajo ciertas condiciones en las cuales una atención adecuada en su momento, sobre todo a ciertas edades, podría prevenir un importante número de muertes. Este tipo de indicadores son más apropiados para comparar realmente las aportaciones que pueden hacer un sistema sanitario bien organizado, ya que este parámetro nos da información respecto al resultado ideal.

Utilizando datos de Eurostat España tiene uno de los ratios más bajos de la Europa de los 28, estando mejor que Alemania y muy por debajo de los países de su entorno.

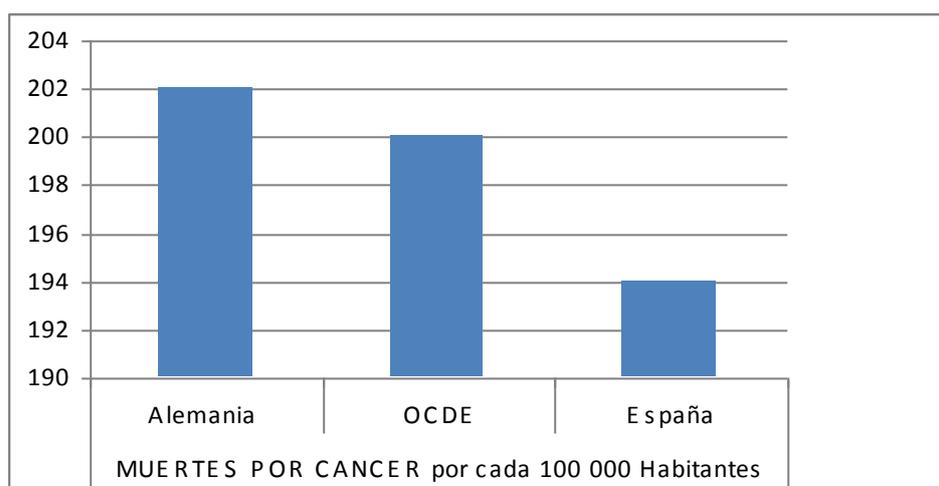
En el estudio que realiza Gay et al (2011) para analizar el mismo parámetro de muertes atribuibles al sistema sanitario, Alemania tiene resultados mejores, pero no llega a los de España. Con la medida de Nolte & McKee a España se le atribuyen 80 muertes por cada 100.000, mientras que a Alemania 88. Ocupan el puesto 7 y 16 de 23 países. En este mismo estudio pero con las medidas de Tobias & Yeh, a España se le atribuyen 70 y a Alemania 81 muertes. Aunque España obtiene un buen resultado en este parámetro es interesante destacar que si tuviéramos los resultados de Francia, que es uno de los que mejor se posiciona en estos valores, se producirían 11 muertes menos por cada 100.000 habitantes.

A la hora de comparar países no existen muchos datos comparables en cuanto a enfermedades, situación que limita el análisis. Se dispone de alguna información en

cuanto a enfermedades de cáncer (no de ratios de supervivencia en España) y disfunciones del corazón. En el estudio analizamos uno de los indicadores que se utiliza mucho, que son las muertes por cáncer, que demuestran la capacidad para diagnosticar de forma rápida la enfermedad y la habilidad de proveer un tratamiento efectivo. El cáncer supone unos de los grandes desafíos tanto en España como en el resto del mundo, siendo el responsable de un cuarto de total de muertes. En términos de años de vida perdidos, es más relevante que los infartos o ataques de corazón. Señalar por otro lado que suponen el 5% del total del coste en salud. Para mejorar en este campo se necesita un diagnóstico precoz, un tratamiento efectivo y un seguimiento adecuado.

Uno de los indicadores que se utilizan para determinar el rendimiento de los hospitales son las muertes por cáncer que se producen por un determinado número de habitantes y se puede decir, que ambos países tienen buenos resultados, siendo España uno de los pocos países que se sitúa por debajo de los 200 muertes por cada 100 000 personas.

GRAFICO 12: Muertes por cáncer

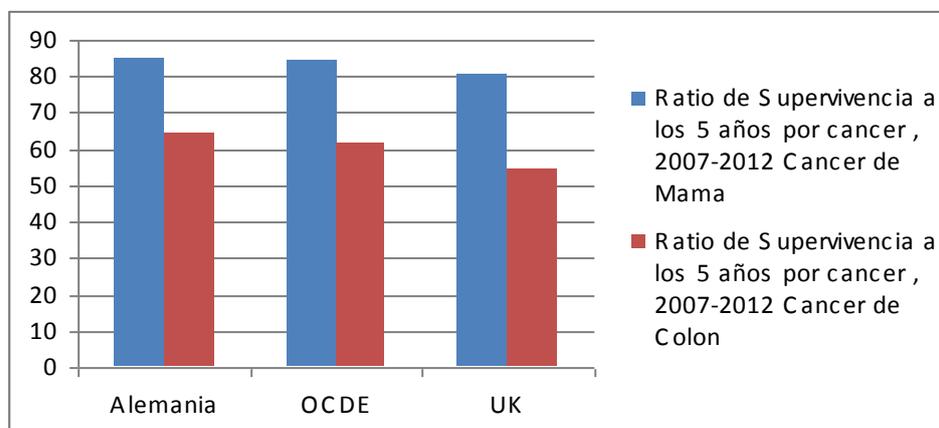


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

Como este indicador está muy influido por los estilos de vida, medio ambiente y factores genéticos, se utilizan también datos de supervivencia al cáncer relativos a 5 años. En este sentido nos interesa saber de otras variables más apropiadas para medir el rendimiento de los sistemas sanitarios, que son los ratios de supervivencia por cáncer. El problema es que existen para la mayoría de los países de la OCDE, pero no para España. Disponemos del número de personas que mueren por cáncer por cada 100.000 habitantes, desglosados en muertes por cáncer de mama incluso por cáncer de próstata,

sin embargo carecemos de datos de ratios de supervivencia. Para este tipo de patologías, tanto en cáncer de pecho como en cáncer de próstata, España supera a Alemania.

GRÁFICO 13: Ratios de supervivencia por cáncer



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

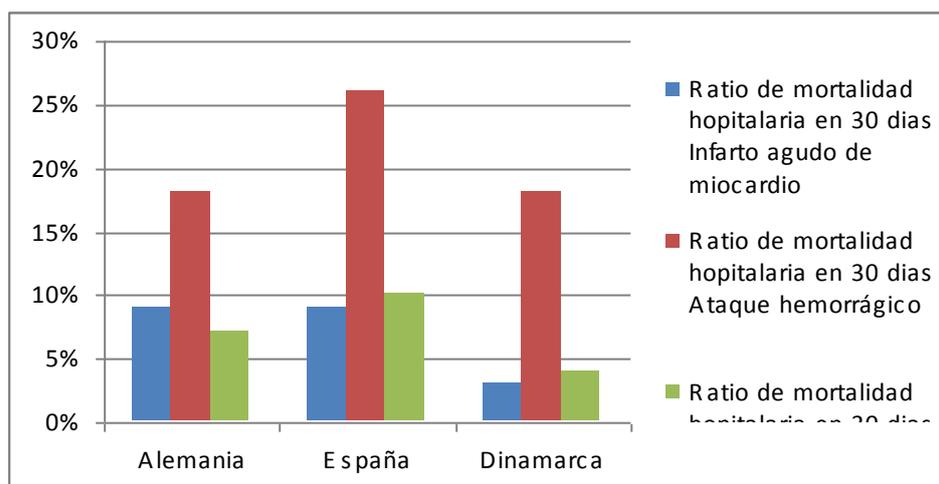
Para un mejor análisis, sería importante tener estos datos de supervivencia por cáncer, ya que son de suma relevancia, siendo una de las enfermedades que más incidencia tienen y dan mucha información sobre el rendimiento del sistema.

En este gráfico incluimos Reino Unido en sustitución de nuestro país, por utilizar un país con características similares, ya que tiene un sistema de salud planificado como el nuestro. Alemania se sitúa en la media de supervivencia por cáncer comparado con los demás países de su entorno.

Siguiendo con la comparación entre países, España no alcanza los resultados que tiene Alemania y otros países de su entorno como Dinamarca en cuanto a los ratios de mortalidad por infartos una vez en el hospital, según los datos de la OCDE. Estos indicadores que presentamos en el gráfico miden la supervivencia del paciente una vez que ha ingresado en el hospital. Esta información que aportan estos datos reflejan el rendimiento de los hospitales y del propio sistema sanitario. De una lista de treinta países de la OCDE España se sitúa entre los puestos 23 y 24 si nos fijamos en el porcentaje de muertes de pacientes con esta dolencia. En nuestro país tienes un 26 % de posibilidades de fallecer por un ataque de tipo hemorrágico una vez ingresado en el hospital. Si este mismo paciente estuviera en otro país como Alemania se tienen más

posibilidades de sobrevivir. En Alemania la mortalidad por ataques hemorrágicos una vez ingresado en planta, está en el 18%. En otros indicadores relacionados como infarto agudo de miocardio o accidente cerebro vascular isquémico, el rendimiento de España es mejor, pero lejos de otros países como Alemania o Dinamarca, que obtienen mejores resultados como se observa en el grafico.

GRÁFICO 14: Ratios de mortalidad en hospitales por infarto

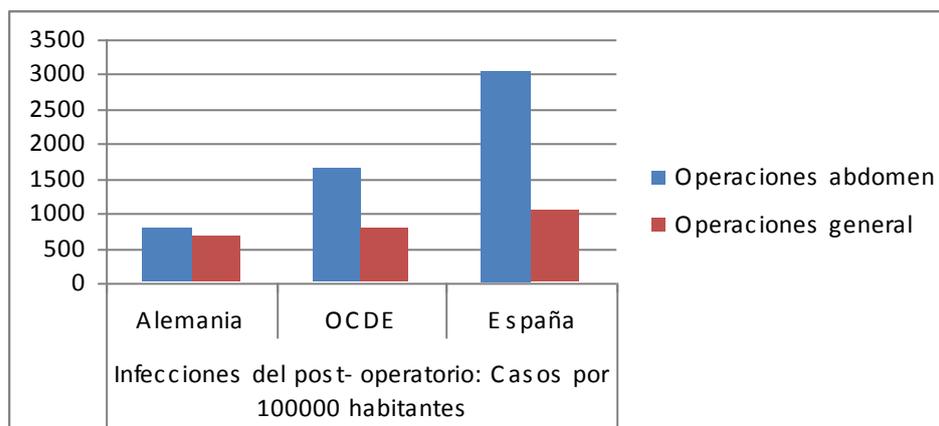


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2014

En este estudio comparativo no pueden faltar los problemas que pueden surgir en el post-operatorio. Estos indicadores se pueden utilizar como datos complementarios que son de gran relevancia para la seguridad del paciente.

En cuanto a complicaciones en el postoperatorio es donde España peor esta respecto a los países de la OCDE, sobre todo en el caso de los adultos. España reporta demasiados casos de infecciones (Rate of post-surgical infections), sobre todo una vez que se han realizado alguna operación de abdomen. Alemania es de los que más cuida este asunto y se posiciona mejor. Estos datos indican que los servicios post-operatorios en Alemania son de gran calidad con un seguimiento muy personalizado del paciente.

GRAFICO 15: Infecciones de post-operatorio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

Sería interesante saber otras medidas que se utilizan hoy en otros países como Estados Unidos y de las cuales no disponemos de datos sobre España, que están más vinculadas a los efectos de los sistemas sanitarios como puede ser indicadores Proxy como el ratio de mortalidad en hospitales (in-hospital mortality rate) o supervivencia por cáncer.

Con los indicadores que disponemos a nivel internacional, para poder comparar con Alemania, de los seis parámetros más generalistas comparados, España está por delante de este país en cuatro de ellos y peor en otros dos. Aunque España obtiene mejores resultados que Alemania en cuanto a la mayoría de indicadores de salud, no significa que no tenga margen de mejora. Si nos fijamos en los indicadores en donde el sistema sanitario esta menos influido por otros factores exógenos como estilos de vida, medio ambiente, etc., Alemania sale mejor parado (a excepción del de muertes atribuibles al sistema sanitario). En lo que es atención del post-operatorio, que es un indicador de gran relevancia, España puede aprender mucho de la experiencia de Alemania. También sucede así en lo que es la gestión de infartos una vez ingresados en el hospital, ahí el sistema de aseguramiento alemán está entre los primeros de la OCDE.

En campos donde España lo hace bien comparando con otros países, no debe de ser conformista. Por ejemplo si las muertes por cáncer de mama fueran las que se producen en Chile (país que encabeza la lista de países), habría prácticamente la mitad de muertes por esta causa. Otro de los problemas que arrastra España es que los pacientes tienen que esperar mucho para poder ser operados. Esto en Alemania no sucede y es difícil de medir el coste que podría tener para nuestra sociedad.

EFICIENCIA: Sistema sanitario Español & Sistema de aseguramiento Alemán

Uno de los grandes retos que afrontan los sistemas públicos de salud y en concreto el español es evitar gastos innecesarios que no nos podemos permitir con los recursos escasos. La OCDE estima que se podría conseguir 2 años mas esperanza de vida si se utilizaran los recursos más eficientemente. Por otro lado se ha podido comprobar que las ineficiencias computan como una gran parte del gasto total en salud, llegando a ser de hasta 1/3 según un estudio que se realizo por dos investigadores norteamericanos (Berwick and Hackbarth 2012). Esta es una estimación conservadora, ya que existen estudios que le otorgan una mayor proporción.

El modelo de planificación central como el español o el inglés suele ser más ineficiente que los de aseguramiento social que se dan en el norte de Europa, sobre todo en algunos parámetros. Alemania ha conseguido contener los gastos bastante bien en los últimos años, utilizando varias recetas a la vez. Si esto es así, nos preguntamos;

¿Es posible aplicar alguna de estas medidas en España?

Con este objetivo trataremos de analizar los datos y las medias que ha tomado Alemania para mejorar y ver cuál de ellas se podría aplicar en España. Los cinco parámetros que comparamos para medir la eficiencia están seleccionados por ser los datos que están armonizados a nivel internacional y facilitan su comparación, otros datos importantes como gasto por paciente y día o gasto corregido del envejecimiento, no siempre se dispone de los datos de todos los países y dificulta su comparación.

Observando las reformas que ha llevado a cabo en el sistema de aseguramiento alemán, se puede constatar que este país lleva ya varias décadas tomando medidas para ganar en eficiencia, o lo que es lo mismo, producir más con menos recursos. En este contexto se puede analizar como si fuera una función de producción y para ello nos interesa lo que es la eficiencia técnica⁷⁵. En esta parte del estudio se comparan los datos de Alemania y España para determinar cómo se pueden maximizar los resultados con una serie de factores de producción. Los factores de producción serían variables como el gasto en sanidad, tiempo de estancia, personal sanitario, etc. Como resultados serían los

⁷⁵ Una distribución eficiente utilizando los factores de producción dados en proporciones optimas, con los mejores resultados posibles en indicadores de salud.

determinados previamente como esperanza de vida, estado general de salud o mortalidad atribuible al sistema sanitario.

A la hora de determinar la eficiencia, algunos de los detractores del sistema de aseguramiento alemán se escudan con el argumento de que es más caro. Comparándolo internacionalmente el sistema de salud alemán está visto como eficiente, pero costoso (OCDE, 2011). Si, esto es cierto en gran medida, dedican un mayor porcentaje de su PIB a salud, pero se explica en parte por las posibilidades que el sistema ofrece al paciente, como prestaciones complementarias, este es el caso del acomodo en habitaciones individuales. Este tipo de servicios adicionales con los que cuentan en este país mejoran la estancia del paciente, pero no tiene porque llevar a unos resultados mejores en calidad⁷⁶. También la cesta de prestaciones que suele cubrir el sistema alemán es de los más altos, incluyendo en muchos casos servicios como la ortodoncia.

Algo similar sucede con los medicamentos, en donde se utilizan precios de referencia⁷⁷ y si se quiere un tratamiento más caro, el seguro solo cubre una parte de ello, siendo lo demás financiado por el paciente⁷⁸. Todas estas posibilidades permiten al usuario voluntariamente incrementar el gasto en uno mismo, aumentando el gasto en sanidad, pero esto no quiere decir que por ello sea menos eficiente.

El sistema Alemán consigue alcanzar que sus pacientes reciban cualquier tipo de tratamiento, con pocas limitaciones y todo esto a un coste que está a la media de los países occidentales de Europa, demostrando este hecho que el sistema funciona bien.

En general todos los sistemas sanitarios, tanto los que están formados como sistemas nacionales como los de aseguramiento social, se caracterizan por tener dificultades a la hora de contener los costes. El sistema de salud alemán no ha sido una excepción y también ha tenido problemas financieros a lo largo de su historia. A pesar del gran número de reformas y medidas llevadas a cabo en Alemania para reducir los costes del

⁷⁶ Se puede demostrar con la Curva de Preston, que llega a la conclusión de que cuando se alcanzan determinados niveles de renta no se aprecian mejoras en los indicadores de salud. Se pasa a lo que se conoce como la parte plana de la curva.

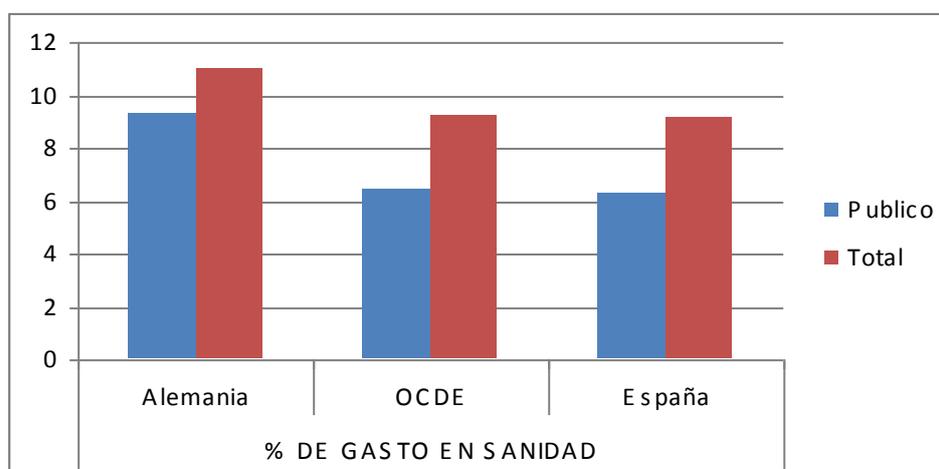
⁷⁷ El sistema de precios de referencia en Alemania se establece con un precio de reembolso a una agrupación de productos similares que se ha especificado previamente. La autoridad sanitaria solo paga el precio establecido en la referencia y el asegurado paga el exceso de ese precio.

⁷⁸ Bajo estas circunstancias el sistema alemán también permite darse un seguro complementario para costear estos gastos adicionales.

sistema sanitario público del país, estos no dejaron de crecer desde el año 1972, teniendo una media de 7% de incremento anual (Böcking et al.2005).

Una de las primeras respuestas a los incrementos del gasto en los que se veía sumido el sistema, fue el aumento de las contribuciones. Para poder solucionar este problema y mantener estables las cuotas que pagan los asegurados, por norma general, han utilizado medidas de contención del gasto, como por ejemplo la externalización de ciertos servicios y aportaciones privadas de las familias.

GRÁFICO 16: GASTO SANITARIO COMO % PIB



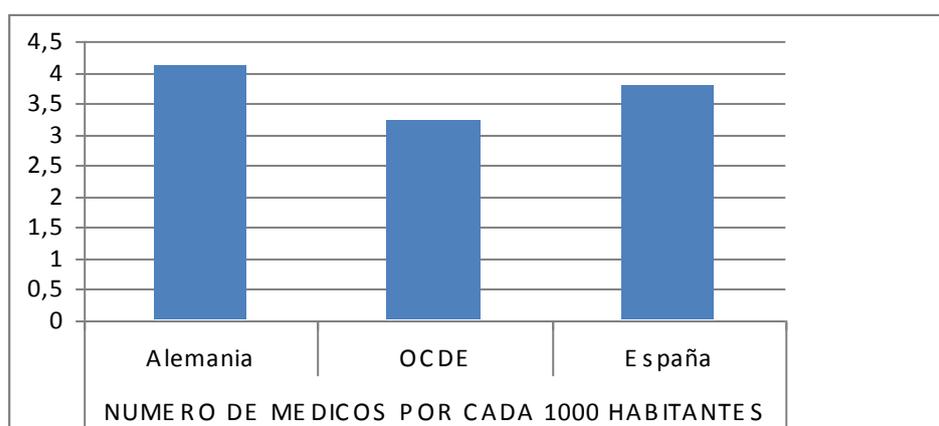
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

Comparando el nivel de gasto que tiene el Sistema de salud alemán con los demás países de la OCDE, vemos que su porcentaje está claramente por encima de los demás países. Según los cálculos de este organismo Alemania dedica un 11,3% de su PIB frente al 9,3% que dedican de media los demás países, como es el caso de España, que se sitúa en la media. Esto supone una diferencia de 2 puntos porcentuales. Siendo esto así, Alemania ha conseguido contener bastante bien los incrementos de los costes en la última década, alcanzando un 2,1% de incremento anual en términos reales, entre el año 2000 y 2011. Si comparamos esos datos con el de los demás países, vemos que el incremento es relativamente bajo, porque la media del conjunto de países de la OCDE se situó en ese mismo periodo en 4,1% de su producto interior bruto (Busse et al, 2014). Este éxito en la contención del gasto se debe a las reformas que se han ido acometiendo en las últimas décadas en este país. Lo que se entiende como gasto público en salud, representa 76,4% del total, claramente por encima de la media de los países de esta organización que está de media en 72,6%.

A parte del gasto en sanidad y a falta de datos más concretos, como coste por paciente y día, encontramos en los organismos internacionales como la OCDE o Eurostat que se dispone de algunos datos macro, suponiendo en términos generales, una valiosa información sobre eficiencia del sistema. En este contexto un parámetro que facilita información sobre la eficiencia de los sistemas de salud es el número de médicos y de enfermeras por cada 1000 habitantes. No es tarea sencilla saber cuál es la proporción idónea de médicos y enfermeras para tener una atención de calidad sin que ello implique un coste excesivo. Este parámetro también va a estar influido por la distribución de la población, etc. Aunque en este caso la comparación internacional ayuda a tener más información, un dato objetivo es que en España, el gasto del personal supone el 43,6% del gasto sanitario, lo que es decir cerca de 30.000 millones, según el Ministerio de Sanidad. La comparación con otros países viene a indicar que las plantillas en la sanidad pública no están siempre bien equilibradas.

En el número de médicos tanto en Alemania como España se encuentran entre los países con una mayor proporción, rondando los 4 médicos por cada 1000 habitantes. Esta cifra es netamente superior a la de los países de su entorno que se aproximan más a los 3 médicos por cada mil habitantes. En cuanto a las enfermeras España tiene un porcentaje muy bajo, si lo comparamos con otros países. Con 5,2 enfermeras por cada mil habitantes tiene casi una tercera parte que las que tiene Alemania (13,1) y la mitad que la media de la OCDE (9,6).

GRÁFICO 17: Número de médicos cada 1000



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

Aunque ha aumentado algo la proporción de enfermeras en la última década, si en España continúa incrementándose la población de mayor edad, tendrá que revertir esta situación, ya que se necesitara más personas con conocimientos en cuidados sanitarios⁷⁹.

Si nos fijamos en el número de personas atendidas con estancia en hospitales, Alemania es de los países con tasas más altas con 244 por cada 1000 habitantes frente a una media de 156 para los demás de la OCDE. Este dato puede estar relacionado con la alta capacidad hospitalaria que tiene Alemania, pero habría que determinar si todas esas estancias son necesarias o si algunos de los tratamientos podrían haberse realizado de forma ambulatoria. Sin embargo en otro de los indicadores más utilizados para medir la eficiencia, tiempo de permanencia, supera la media de países con 9 días, frente a 8 de media de los demás. Probablemente esto vaya a cambiar con el tiempo, porque en Alemania han introducido otro sistema de pago a hospitales que no incentiva estancias muy duraderas.

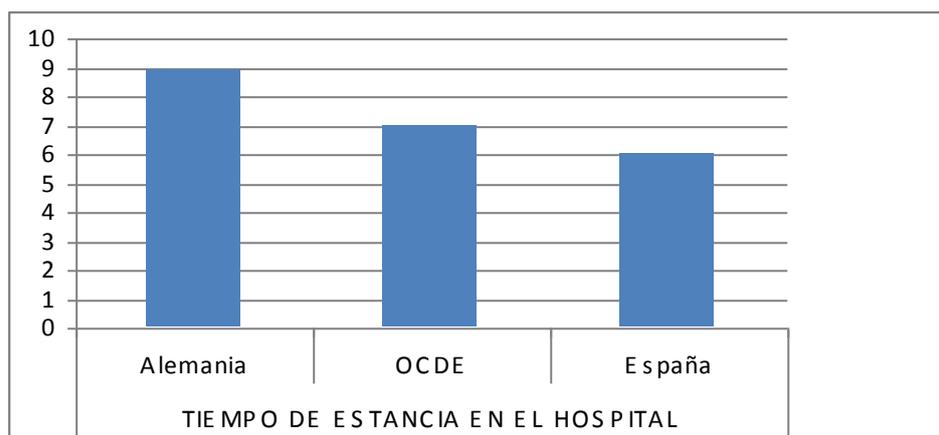
A pesar de las medidas llevadas a cabo en cuanto a pago por actividad, desde una perspectiva general, las estancias en los hospitales son más prolongadas que en España, que se encuentra por debajo de la media de los países de su entorno. La explicación a estas diferencias en eficiencia en estos parámetros no es siempre clara, pero para muchos investigadores tiene que ver con la mayor accesibilidad del sistema alemán.

En esta línea, para la OCDE la gran capacidad que tiene Alemania en factores productivos como puede ser el número de camas, el gran gasto en farmacia y las altas tasas de los médicos reduce la eficiencia⁸⁰ del sistema (OCDE, 2013).

⁷⁹ En gran parte la recuperación efectiva del paciente depende de los profesionales auxiliares que están 24 horas con el paciente, y en el caso de una dolencia cardíaca, puede evaluar mejor el ritmo y evitar una complicación mayor.

⁸⁰ Al tener el país una proporción superior de factores de producción para los resultados en salud, puede encontrarse con recursos ociosos que suponen una ineficiencia del sistema.

GRÁFICO 18: Tiempo de estancia en el hospital

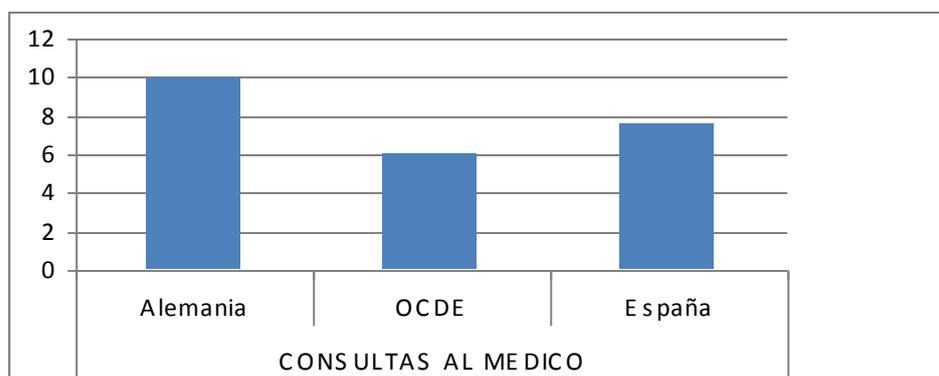


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

Según un estudio financiado por la Comisión europea llamado EuroDGR con investigadores de toda Europa, se revisaron el 12% de los casos hospitalarios en Alemania y encontraron que en muchas ocasiones se producían tratamientos excesivos, admisiones innecesarias o tiempos de estancia demasiado prolongados.

Las consultas que los usuarios realizan al médico de forma anual, es un buen indicativo tanto de la accesibilidad que tiene como de la eficiencia de la atención sanitaria.

GRÁFICO 19: Consultas al Médico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

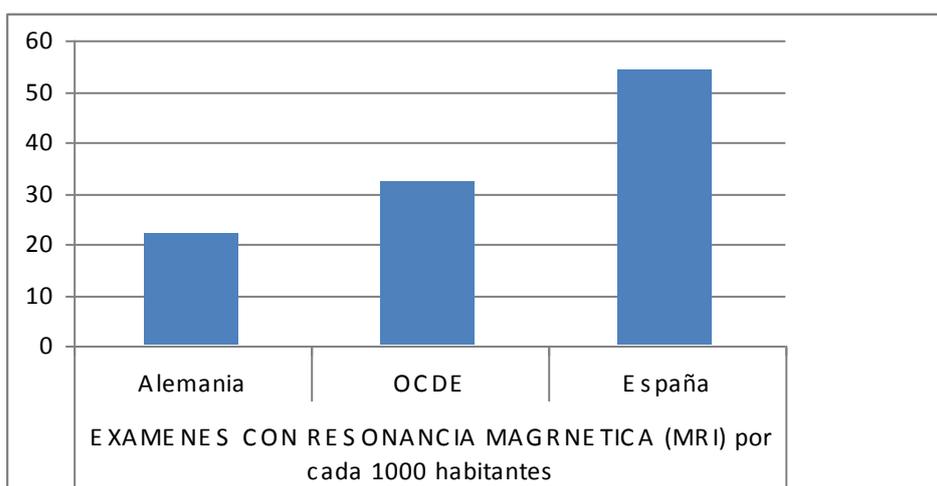
Tanto España como Alemania encabezan el número de visitas al médico en los países de la OCDE. Desde el análisis de la eficiencia no supone un buen dato. Con este nivel de visitas se necesitan más recursos⁸¹ o mantener los mismos factores de producción un

⁸¹ Mayor número de médicos contratados por el sistema sanitario

deterioro de la calidad del servicio. Como en nuestro país no contamos con todos los recursos que tiene el sistema alemán, este número de visitas anuales genera sobrecarga al sistema, generando listas de espera. Sin embargo en Alemania este gran número de pacientes que atiende no genera problemas de este tipo.

Para finalizar esta lista de datos y para saber cómo se utilizan algunos de los recursos tecnológicos de los que el sistema sanitario pone a disposición del paciente, disponemos de un buen indicador, que son las pruebas que se realizan con Resonancia Magnética. Esta técnica es cada vez más utilizada para determinar ciertas patologías, enfermedades y lesiones, mediante la obtención de imágenes. Estas pruebas que tienen un coste elevado, son utilizadas con mucha frecuencia en nuestro país como se puede observar en el gráfico.

GRÁFICO 20: Exámenes con Resonancia Magnética (MRI)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2013

Por una parte las resonancias magnéticas son muy efectivas para ciertos diagnósticos, pero en ciertas ocasiones se puede determinar con otro tipo de pruebas que no son tan caras para la administración⁸². En Alemania se utilizan menos de la mitad que en nuestro país y con toda probabilidad va a ser por las alternativas que se le ofrecen a los pacientes, con diferente participación en el coste del servicio.

En España en ocasiones el médico utiliza con más frecuencia esta técnica para asegurar el diagnóstico, siendo de los países con las tasas más altas de la OCDE.

⁸² En esta ocasión nos referimos al contribuyente, que es el que paga con sus impuestos este servicio.

De los cinco parámetros comparados para determinar la eficiencia de los dos sistemas, España supera a Alemania en cuatro de ellos, solo en exámenes con resonancia magnética el sistema alemán es más eficiente. Con estos datos y comparándolo con los países de su entorno ambos son bastante eficientes, siendo el sistema público español de los que mejor se posiciona de la OCDE.

Esta situación es aún más evidente si se compara con los resultados obtenidos en los parámetros estrictamente sanitarios, como esperanza de vida, mortalidad infantil, etc. En una hipotética función de producción en el que se pusieran en el eje horizontal el coste sanitario per cápita y en el eje vertical los resultados sanitarios, España se ubicaría en la zona alta de la curva, antes de llegar a la zona plana. Demostrando que a cierto nivel de gasto no se obtienen mejoras significativas en los indicadores sanitarios.

Como vimos en la discusión de teoría económica de la salud y la evidencia empírica demuestran que los rendimientos marginales en salud y longevidad con este nivel de esfuerzo económico como sucede en España y Alemania son claramente decrecientes, denominado por Víctor Fuchs como “Medicina de la parte plana de la curva”⁸³.

Como se puede ver en la grafica Alemania se sitúa más alejada del origen que España por tener una mayor renta per cápita⁸⁴. Esta teoría de rendimientos decrecientes en la atención sanitaria se cumple. Como explica Angus Deaton en su libro “The Great Escape” al principio de la curva, pequeños incrementos en recursos sanitarios generan grandes resultados en indicador sanitario (Esperanza de vida). La explicación que da el autor es que en esta zona de la curva las causas de muerte son enfermedades infecciosas. Cuando se llega a la zona plana de la curva, las muertes están dominadas por enfermedades crónicas que requieren grandes recursos para pequeñas mejorías.

⁸³ Víctor Fuchs popularizo este termino a partir de una relación entre renta y mortalidad de Samuel Preston en 1975

⁸⁴ Asumimos en el estudio que a un mayor nivel de Renta per capita, mayor seran los recursos desitnados a sanidad.

Alemania se situó en el tercer puesto en cuanto a gasto por habitante y se encontraba entre los siete sistemas con una financiación más justa.

En el componente que estima el rendimiento del sistema sanitario en parámetros como acceso al servicios y posibilidad de elección, Alemania se encuentra en el 5 puesto, bastante por delante de España que está en el puesto 34. Sin embargo si observamos el rendimiento general de sistema sanitario ambos están entre los primeros, situándose esta vez España en el 7 puesto, mientras que Alemania está en el 14.

Según este estudio Alemania es uno de los países que utiliza sus recursos de una forma relativamente eficiente y se posiciona con una gran accesibilidad para sus habitantes.

LECCIONES PARA ESPAÑA DEL MODELO ALEMÁN

La mayor posibilidad de elegir el centro y el médico que uno quiere que le atienda, así como el acceso al sistema sin tener que esperar largos meses o incluso años a ser tratado u operado de ciertas dolencias, con resultados relativamente parecidos, invita a España a tomar nota de cómo Alemania afronta los retos de la sanidad Universal. Otro de los elementos a destacar, es la capacidad que ha tenido este país en contener los gastos sanitarios en los últimos años, siendo uno de los que más éxito ha tenido.

El adoptar el sistema de aseguramiento alemán en España en su conjunto supondría un cambio estructural significativo, ello tampoco decimos que sea nuestra intención, pero muchas de sus experiencias serian beneficiosas para nuestro sistema sanitario.

El sistema sanitario Alemán afronta una serie de campos importantes, de manera distinta al español, que se caracterizan por lo siguiente:

- La participación del paciente en el pago de los distintos servicios sanitarios
- El pago por actividad a la hora de financiar los centros hospitalarios
- La libertad de elección de centro sanitario y del asegurador.
- El número de aseguradores sanitarios, que en España es un único, el que tiene el monopolio que es el Estado
- El porcentaje de centros privados que atienden tanto la sanidad primaria como la especializada.
- La posibilidad de salir del sistema sanitario público y cambiarlo por uno privado.

En realidad España con su sistema autonómico en el que la competencia en sanidad está transferida a cada una de estas regiones, se dispone de bastante flexibilidad para poder acometer reformas e introducir muchas de las propuestas que aquí damos a conocer con base al modelo de aseguramiento alemán, con el límite que pueda venir de la legislación nacional y la propia constitución.

PROPUESTAS

Las propuestas que aquí hacemos tomando el sistema de aseguramiento alemán como modelo podrían tomar la forma de dos tipos de reforma, una de mayor calado, de corte estructural, incorporando la esencia del sistema de aseguramiento social y otra tal vez menos drástica orientada a la contención del gasto sanitario.

Propuesta de reforma estructural

En el supuesto de preguntarnos si se podría cambiar un sistema de tipo centralizado como el nuestro y cambiarlo por uno como el que hay en Alemania, Austria u Holanda, la respuesta es que sí. Esto se ha podido comprobar durante el proceso de Reunificación que se dió en las dos Alemanias durante los años 90. El proceso se consiguió en un corto periodo de tiempo y con resultados positivos como mostramos en el apartado de la Reunificación. Si optamos por este tipo de reforma, España tendría que acometer cambios profundos, pero obtendría también algunos beneficios importantes, como un aumento importante en la libertad de elección para los usuarios, teniendo el paciente un mayor protagonismo, sin listas de espera, incluyendo un servicio de atención y hotelero de mayor nivel. También se produciría una mejora en la eficiencia económica, porque en ausencia del monopolio estatal y si no hay fallos de mercado por unos costes de transacción excesivos, el mercado asignara mejor los recursos disponibles. Para poder acometer este cambio estructural se tendría que pagar una prima fija que depende de los ingresos, que normalmente está vinculada al trabajo y a diferencia del sistema típico de aseguramiento privado, no dependería del riesgo de ese paciente. Para mantener la universalidad y buen funcionamiento, las cajas estarían obligadas a admitir toda solicitud de incorporación y con ello se eliminaría parte de la información asimétrica que se pudiera dar. España tiene alguna experiencia en cambios de modelo sanitario, como cuando se paso de las cotizaciones de la seguridad social de los años 70 y parte de los 80 a un sistema nacional con la Ley General del año 84. Si bien este supondría el

proceso inverso y en este caso añadimos la incorporación de elegir distintas aseguradoras, que ejercerían el papel que hasta el momento ha tenido el Estado como único asegurador.

La incorporación de aseguradoras con carácter social consigue sacar, en gran medida, a los políticos y al Estado en su conjunto de las decisiones sobre los servicios sanitario que los pacientes quieren y desean. En Alemania existen en torno a 130 cajas de seguro en las que uno puede elegir libremente y permite la posibilidad de afiliación por creencias religiosas o de otra índole, hecho relevante para gran parte de la población y que genera otro tipo de vínculos.

España además tiene la ventaja de contar con la experiencia de MUFACE, MUJEU e ISFAS. El modelo que utiliza MUFACE tiene muchos elementos semejantes al del aseguramiento social alemán, con la diferencia de que las cajas son entes sin ánimo de lucro y semi-públicas. En este sentido, el sistema de MUFACE ha demostrado muy buenos resultados, con importantes ahorros para el Estado así como una ausencia de listas de espera.

La libertad de elección de la caja de seguro también implica una mayor variedad y posibilidades en el tipo de hospital que el paciente quiere ser tratado, pudiendo elegir el que desee. Las cajas son las que negocian directamente con los hospitales y el límite está en las prestaciones que cubre el sistema, que está regulado por el Estado e incluye una de las mayores de los países de su entorno.

El que estos hospitales sean de propiedad pública o privada no va a ser el elemento fundamental, ya que por la literatura revisada en Alemania los centros privados tienen una mayor tendencia a mejorar la calidad, mientras que los públicos se centran más en la eficiencia. En otros estudios realizados en España no demuestran que el tipo de propiedad sea determinante. Lo que sí recomendamos es que exista una mayor **competencia** entre ellos. Esto se consigue cuando el paciente puede elegir entre cualquier centro sanitario. En este sentido hay unanimidad de que se producen mejoras tanto en calidad como en eficiencia, tanto en públicos como privados.

Esta libertad de elección que genera competencia entre los hospitales, tiene que venir acompañada de efectos sobre la cuenta de resultados de los hospitales, sino no se producirá esa mejoría en la calidad y eficiencia esperada. El problema que tiene España respecto a la financiación de los hospitales mediante presupuestos globales, es la ausencia de relación entre lo que se hace y el dinero que se recibe.

Por ello los hospitales, como sucede en Alemania, tienen que ser remunerados en su mayor parte por la actividad realizada. Se ha podido demostrar que con el pago por actividad se atienden un mayor número de pacientes utilizando los mismos recursos. También se consiguen menores tiempos de espera, así como reducción de estancias demasiado prolongadas.

Los pagos por actividad que más se utilizan y que aquí proponemos son los GRD, que muestran buenos resultados en cuanto a mejoras de eficiencia y si están bien diseñados también mejoran la calidad. En el sistema de aseguramiento alemán, ya llevan años con un sistema de financiación por GRD, que también existe en algunos hospitales de España, pero ha tenido poca implantación por el importante cambio cultural que supone. Los hospitales con bajo rendimiento tendrían grandes problemas financieros, pudiendo ello llevar a su quiebra y para algunos gestores tendría un coste político elevado. En realidad estas posibles quiebras deberían dar posibilidad a que fueran adquiridos por otros proveedores públicos o privados.

Modelo de contención de gastos

En el segundo modelo que aquí proponemos está más enfocado a la contención de los gastos para aumentar su eficiencia, pero su aplicación también tendría resultados positivos sobre la calidad del sistema. En Alemania se han dado cuenta ya hace bastantes años, que aunque el sistema sea universal, la gratuidad absoluta del sistema no es la mejor solución para los sistemas de salud de los países más desarrollados.

El sistema sanitario español se encuentra con serios problemas para contener la demanda que tiene de servicios sanitarios que se sitúan dentro de la cartera de prestaciones cubiertas. A esto hay que añadir las dificultades de financiación por unos gastos sanitarios en constante crecimiento. Por lo que sin acometer un conjunto de medidas que impliquen más al usuario, afrontaremos una sanidad pública insostenible en el corto plazo. Siendo esto así, una de lecciones que el sistema sanitario público español podría adoptar de forma más clara y sencilla de Alemania es la forma en que los pacientes contribuyen al uso del servicio sanitario en el punto de atención. Aunque estemos hablando de unas aportaciones relativamente bajas, si lo comparamos con otros países, el sistema alemán cobra una pequeña cantidad, que está limitada por los ingresos, el tiempo y el tipo de enfermedad. En este sentido es bastante equitativo, porque también están descartados los niños y las personas con bajos ingresos.

Aunque uno de los principios básicos del sistema sanitario Español es su gratuidad en el punto de atención, ya lleva varios años exigiendo copagos por varios de los servicios, sobre todo a nivel farmacéutico, donde estas aportaciones se llevan haciendo de forma continua en los últimos 7 años y con buenos resultados.

El copago que proponemos y que está en vigor en Alemania, es el pago de 10 euros por día en el punto de atención, para el servicio de atención especializada como hospitales y centros de rehabilitación, con una limitación que podría ser de un mes, con exenciones para rentas por debajo de cierto umbral. También sería útil que se extendiera hacia la atención primaria como sucede en aquel país, pagando 10 euros por la primera visita cada trimestre. En un principio este copago no tendría que vulnerar ningún principio ni legislación nacional vigente al respecto y por la literatura revisada se podría incluir en nuestro sistema público de salud.

Con los retos que afrontamos hoy en día, con aumentos en los costes sanitarios, es difícil de mantener una política de precio cero. Los distintos estudios demuestran que una mayor participación por parte del paciente en el coste del servicio, lleva a una utilización más adecuada, siendo una medida efectiva para contener los gastos. Esta utilización de copagos y tasas lleva a aportar un relevante señal de precios y a una reducción importante de costes por tratamientos (Goodman, 2004), en las visitas a urgencias (Selby et al., 1996) y de costes de pacientes no ingresados (Dixon, 2002).

La inclusión de algún tipo de precio en el punto de atención también debería incrementar la calidad del servicio en un sistema como el nuestro con grandes listas de espera y una clara sobrecarga en algunos servicios. En este sentido el aporte del usuario reducirá esta demanda y por consiguiente los tiempos de espera, pudiendo dar un servicio de mayor calidad. Si conseguimos que en nuestro sistema sanitario exista una mayor libertad de elección por parte de los pacientes, así como una mayor participación del usuario en el pago del servicio, esto llevaría a una mejora de nuestra atención sanitaria y a un coste menor para el conjunto de la sociedad española.

CAPITULO V. Lecciones de la reforma del Estado del Bienestar en Suecia.

Resumen: Los sistemas sanitarios con fuerte componente del sector público como el español se enfrentan a unos desafíos que difícilmente se pueden afrontar, sino es con reformas que den respuesta a las nuevas necesidades. Los cambios en las preferencias de los consumidores y las promesas de los políticos se suman a una población mayor con nuevas posibilidades tecnológicas, pero con una fuerte restricción presupuestaria, que pone en tela de juicio el sostenimiento del sistema. En este estudio proponemos el modelo sanitario de Suecia, que años atrás apostó por una serie de reformas encaminadas a dar al ciudadano la libertad para elegir cualquier tipo de proveedor sanitario, fomentando un sector pujante e innovador que compite por dar el mejor servicio posible para el usuario.

Palabras clave: Reforma sanitaria, sistema público de salud, pago por resultados, eficiencia, países OCDE.

INTRODUCCIÓN

En las últimas elecciones generales la mayoría de los partidos políticos solían poner como ejemplo de sistema de bienestar a los países nórdicos, como un modelo a seguir. La cuestión que cabe hacerse es si realmente conocen como funciona. Muchos piensan que existe un Estado de grandes dimensiones como único responsable del mejor servicio público. Sin embargo Suecia ha reformado su sistema sanitario y lo ha transformado alejándose de los modelos tipo NHS en Reino Unido o el que tenemos actualmente en España. En Suecia ya hace años que distintos actores tanto públicos como privados compiten por unos pacientes que tienen gran libertad de elección para ser tratados en el hospital que mejor les parezca y por el médico que deseen.

En este artículo vamos a analizar cuales fueron esas reformas que han hecho del sistema sanitario sueco, uno de los más novedosos y vanguardistas de los que tenemos en Europa. Para ello también lo vamos a comparar con el sistema sanitario español en los principales indicadores de eficiencia y calidad.

Cuando hablamos de los sistemas sanitarios a veces parece que solo se puede elegir entre un sistema en el que la provisión es realizada en exclusividad por el Estado u otro constituido por entidades privadas como es el caso de Estados Unidos. Los detractores de que entre el sector privado, alegan que si lo que buscamos es una sanidad gratuita y universal, la única ruta posible es la del sector público. ¿Es este dogma cierto? Si nos fijamos en muchos de los sistemas sanitarios del norte de Europa vemos que esto no es así y un ejemplo de ello es Suecia. La experiencia internacional nos demuestra que es posible tener una sanidad universal para todos y de calidad en el que otras organizaciones con y sin ánimo de lucro participan en igualdad de condiciones con el sector público. A su vez nos encontramos en estos casos con una mayor libertad de elección para los ciudadanos, siendo este mecanismo el que hará mejorar los servicios prestados.

Suecia se dio cuenta que su Estado de grandes dimensiones, con una gran intervención estatal y monopolios públicos, no se podía mantener de una forma indefinida sin que el sistema se viniera abajo.

Una crisis económica y del sector público hizo que el gobierno conservador que entro en el gobierno a principios de los noventa, abandonara este sistema en el que el Estado era el único proveedor, a uno en el que el Estado pasa a ser un facilitador, permitiendo a otros sectores del ámbito privado entrar para proveer al ciudadano del mejor servicios posible. Tal ha sido el cambio en la actitud de la administración que en

los últimos años Suecia se ha convertido en uno de los países donde menos trabas regulatorias hay para establecer un negocio, alcanzando el puesto 19 a nivel mundial y décimo a nivel regional en el Índice de Libertad Económica⁸⁶ que elabora cada año la fundación independiente Heritage. Esto lo ha conseguido a base de generar facilidades para establecer empresas y bajos niveles de impuestos de sociedades⁸⁷.

España afronta problemas parecidos a los que el gobierno sueco tuvo que afrontar hace un par de décadas y puede aprender de muchas de las experiencias vividas asimilando algunas de las reformas llevadas a cabo en los países Nórdicos.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO SUECO

El sistema sanitario sueco es de alcance universal y está financiado mediante impuestos. Esta controlado por 26 condados que actúan por recomendaciones del parlamento y delegan el control a los municipios.

Los ciudadanos suecos disponen de una gran libertad de elección que se canaliza a través de unos vales de salud. Los vales de salud son un mecanismo que permite al usuario canalizar la financiación pública hacia el proveedor de su elección.

Esta circunstancia ha hecho cambiar mucho las posibilidades a la hora de tomar decisiones de gran relevancia a nivel individual, como decidir a donde ir cuando uno enferma. Hoy en día si uno se pone malo puede ir al hospital más cercano a su casa o puesto de trabajo, pudiendo ser de titularidad pública o privada. Ello no debería preocupar porque no va a suponer un incremento en el coste. Es más si la enfermedad es de mayor gravedad, se puede elegir uno de los hospitales privados más grandes que existe en Europa, como es el centro hospitalario Capio S:t Göran, perteneciente al grupo Capio, que también tiene presencia en otros países. Estos hospitales privados compiten en igualdad de condiciones con los del sector público. Ahí harán todo lo posible por tratar bien al paciente, porque sino no vuelve y tendrá consecuencias en sus resultados. Al proveedor sanitario le van a pagar por su actividad.

⁸⁶ El índice mide la libertad económica de los países para una serie de parámetros como tamaño del gobierno, respeto a las leyes, eficiencia regulatoria y apertura de mercados.

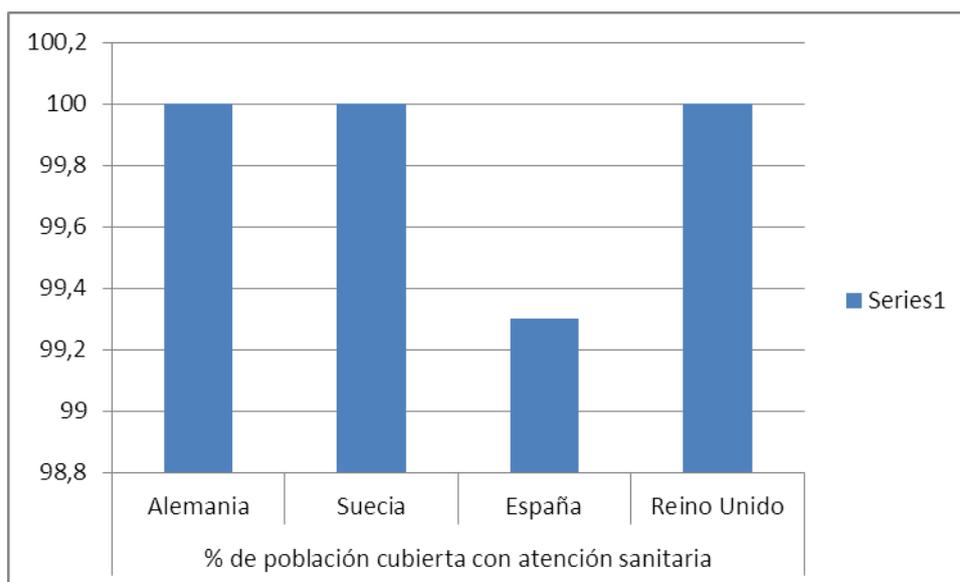
⁸⁷ El impuesto de sociedades en Suecia está en el 22% mientras que en España la media está en torno al 30%. Sin embargo sigue siendo muy alto el gravamen que soportan los ciudadanos en el Impuesto sobre las personas físicas.

Esta apertura y competencia ha evolucionado en un gran número de servicios sanitarios, incluido a domicilio y auxiliares, generando un gran nicho de empleo y oportunidades en el país. A pesar de que la sanidad sea universal y que mayoritariamente todo el servicio se financia con dinero público, el usuario paga una proporción pequeña del coste del servicio, tanto de medicamentos, visitas al médico, como estancias en el hospital. Esta circunstancia la han asumido con normalidad y ha hecho que los ciudadanos realicen un uso más racional del servicio de salud.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SUECO

La cobertura en Suecia es universal para todos los residentes del país y están cubiertos por el Estado independientemente de la situación social. A pesar que se financia a través de impuestos, la atención no es completamente gratuita en el punto de atención.

GRÁFICO 22: Porcentaje de población cubierta con atención sanitaria



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2014

En Suecia existe una cierta tradición en contribuir por el servicio recibido. Los copagos en Suecia son algo bastante habitual y después de la crisis del sistema aumento de forma notoria, para sufragar los gastos y realizar un uso más adecuado del mismo. Se paga por la visita al doctor y por la estancia hospitalaria⁸⁸.

⁸⁸ Uno adulto paga entre 9 y 18 euros por visitar al doctor dependiendo del condado donde viva. Si un adulto quiere visitar a un especialista paga 36 euros, mismo precio que si acude a emergencias. Sin embargo si le derivan a un experto, el pago es menor (9 euros). La estancia en el hospital se paga a 9 euros el día independientemente de si el hospital es público o privado.

En Suecia también hay límites anuales a estos pagos, que varía según regiones pero que está en una media de 100 euros⁸⁹. En el caso de las prescripciones están subvencionadas por el Estado y el límite anual se sitúa en 200 euros.

Suecia ha dado pasos mayores en cuanto a la liberalización del sector sanitario, teniendo desde mediados de los noventa una importante orientación al mercado. De alguna manera la descripción que el analista político Andreas Bergh da sobre el modelo sueco encaja bien, catalogándolo como "Capitalismo del Estado de Bienestar" (Bergh 2009).

En este país existe una gran diversidad de proveedores, tanto públicos como privados, con y sin ánimo de lucro, que compiten en condiciones de igualdad por los pacientes de la región. En Suecia, todos los centros sanitarios independientemente de su tipo de propiedad, si cumplen los requisitos del Estado, pueden formar parte del sistema sanitario público. Aunque esta colaboración público privada varía bastante de una región a otra, la tendencia es hacia una mayor participación del sector independiente. Esta apertura de colaboración con las empresas ha hecho que se desarrolle mucho el sector sanitario, demostrando una gran capacidad de innovación y reinventándose constantemente para poder dar un mejor servicio, buscando a su vez una mayor eficiencia con la eliminación de costes superfluos que no aportan valor al servicio.

Otra de las principales características del sistema de salud sueco y el cual es pieza clave en todo este asunto es la amplia libertad de elección de la que gozan los usuarios. Desde hace ya un par de décadas se trabaja con la intención de "Empoderar al ciudadano". Para que funcione el mercado sanitario con principios lo más próximo posible a la libre competencia, el ciudadano tiene que tener la posibilidad de elegir el hospital o el centro sanitario que el desee y que esto se vea reflejado de alguna manera en las arcas del proveedor. En Suecia lo han conseguido a base de una serie de reformas tanto del lado de la oferta como de la demanda y la correspondiente financiación.

Es importante destacar como una de las características más relevantes del sistema sanitario sueco es que los empleados no son funcionarios públicos. En Suecia solo ciertos cuerpos del Estado como los jueces tienen esta condición, en parte debido a unos sindicatos que no veían con buenos ojos, unos privilegios para la burguesía⁹⁰ acomodada.

⁸⁹ Existen algunas regiones que el límite está en torno a 80 euros (900 coronas)

⁹⁰ Clase media a la que ellos no pertenecían.

REFORMAS MÁS DESTACADAS EN SUECIA

A lo largo de las últimas décadas se han producido varias reformas en Suecia destacando los cambios que se han realizado en el lado de la demanda, la oferta y su financiación. La primera que analizamos la de los “Vales de Salud” más enfocada a primaria y la segunda “Internal Market” más orientada a la atención especializada. Estas reformas trataron de aumentar la competitividad entre los proveedores, como hospitales y otros centros sanitarios, para reducir los costes y ganar en eficiencia. Los resultados demuestran que han tenido éxito, no solo se han mantenido, sino que incluso han avanzado por esta misma senda hasta nuestros días. En lo sucesivo analizamos las reformas que permitieron el paso de un sistema de provisión pública a otro en el que el ciudadano podía elegir entre múltiples proveedores.

REFORMA DE LOS VALES O CHEQUES SANITARIOS

En las últimas décadas ha surgido la necesidad de buscar nuevas vías para poder financiar unos servicios sanitarios que suponen un peso cada vez mayor a las arcas públicas. El principal reto al que se enfrentan los gestores es a un aumento en la restricción de los gastos, por la dificultad de conseguir recursos económicos sobre todo en momentos de bajo crecimiento de la economía y por otro lado nos encontramos con unas exigencias cada vez mayor por parte de los ciudadanos, que piden nuevas prestaciones y un aumento de la calidad del servicio sanitario.

Para poder conseguir estos objetivos, algunos países como Suecia han introducido en la gestión de servicios sanitarios los vales salud. Estos vales representan una cantidad fija de dinero que el Estado concede a cada ciudadano para poder elegir el centro sanitario que desee. De esta forma el proveedor recibe esta cantidad anual por cada paciente que se le adhiere.

Los vales de salud han demostrado ser una pieza útil a la hora de poner en práctica un sistema sanitario que se guíe por mecanismos de mercado y pagado con financiación pública. Estos instrumentos promueven la libertad de elección de los ciudadanos, provocando una mejora en la eficiencia de los proveedores debido a la competencia que se genera entre ellos.

En el caso Sueco las primeras experiencias con estos instrumentos denominados vales de bienestar se llevaron a cabo a principios de los noventa por parte del Gobierno recién llegado al poder, de corte conservador, liderado por Carl Bildt. En un principio se

introdujo en la enseñanza con los vales escolares, pero dado el éxito que tuvo se trasladó rápidamente al campo de la salud sobre todo en la atención primaria.

Al ser un sistema capitativo⁹¹ donde el proveedor recibe una cantidad dada, tiene muchos incentivos para ser muy eficiente en su servicio, ya que de ahí va a depender su margen o beneficio. Bajo un tipo de pago fijo los proveedores sanitarios tienen más motivos para competir en calidad, al tener menos margen en el precio, siendo un buen mecanismo de control de los mismos.

Los vales también permiten por parte del usuario ser más conocedores del coste del servicio. Si añadimos a los cheques los copagos, que son algo habitual en la cultura sueca y en el campo sanitario no son nada despreciables, el ciudadano podrá ajustar mejor sus decisiones de consumo según sus preferencias. Cuando el gasto del servicio que ofrece una empresa de salud excede aquel aportado por el cheque del Estado, este usuario tendrá que pagar el resto del monto, por lo que será un factor muy a tener en cuenta a la hora de elegir. En este sentido como los centros médicos también tienen que cubrir el coste efectivo de los pacientes, genera fuertes incentivos para invertir en medidas de prevención, ya que su beneficio también va a depender de la baja utilización por parte de los usuarios. Para evitar que los centros sanitarios elijan solo a los pacientes con menos complicaciones y evite los de mayor riesgo, no se contempla la posibilidad de rechazar a ningún paciente por su condición de salud.

REFORMA DE LA OFERTA SANITARIA Y SU FINANCIACIÓN. “INTERNAL MARKET”

Uno de los principales indicadores a la hora de medir la libertad económica que existe en un sector como el de la salud es la apertura que existe al sector privado. En Suecia se han dado pasos importantes en esta dirección y en la actualidad cuenta con un potente sector independiente de salud que ofrece una gran variedad de servicios, habiendo sido capaces de salir de las fronteras de su país, estableciéndose en varios países europeos.

En este apartado analizamos la reforma que se realizó en el país por el lado de la oferta conocida como “*Internal Market*”, que es la separación entre el comprador y el proveedor del servicio sanitario⁹², que vino acompañado con una forma distinta de

⁹¹ Sistema capitativo se basa en el coste medio de un paciente en un periodo de tiempo determinado.

⁹² Principalmente en los hospitales, atención especializada, la atención primaria se financio más por los vales de salud.

pagar por el servicio realizado. Muchos condados cambiaron lo que es el pago tradicional mediante presupuestos globales⁹³, a otro orientado a los resultados. Unos cuantos años después de que se iniciara esta reforma podemos comprobar que estos cambios acometidos han permitido que los proveedores utilicen los recursos de una forma más eficiente, gracias a los incentivos en el sistema de pago y la competición entre los mismos.

Los pasos más relevantes para romper el monopolio que el Estado tenía en la producción de los servicios de salud se dieron a principios de los años noventa. Con una nueva administración del Estado, más reformista, se abrió la provisión de la sanidad pública a grupos independientes con la intención de que pudieran competir en igualdad de condiciones con el sector público. Se fueron eliminando todas las barreras para que estos nuevos proveedores se pudieran establecer libremente en el territorio nacional.

En los noventa, 12 de los 26 condados decidieron dividir lo que es el comprador del servicio, de lo que es la estricta provisión del mismo. Pero 5 de estos 12 condados fue más allá y cambiaron el tradicional presupuesto global, con una cantidad fija para los hospitales, por otro sistema de pago basado en resultados. Este cambio en el sistema de pago fue fundamental para completar la libertad de elección de los ciudadanos. Bajo este sistema de pago, los proveedores sanitarios tienen un fuerte incentivo para atraer a los pacientes, ya que sus ingresos van a depender de ello.

Esta reforma facilitó mediante la apertura a la competencia, la incorporación de un gran número de proveedores privados. En este sentido se ha formado un tejido empresarial vinculado a los servicios del bienestar de grandes dimensiones, generando un gran nicho de empleo a tener en cuenta en todos los países Europeos. Existen un gran número de empresas vinculadas al sector sanitario con distintas formas de organización. Muchos de ellos están constituidas en forma de cooperativas, las cuales un porcentaje elevado pertenecen a los propios trabajadores. Un buen ejemplo de este desarrollo es el que forma la empresa de servicios sanitarios CAPIO.

Resultados de la Reforma en cuanto a la eficiencia y la calidad.

Los investigadores Gerdtham et al (1999), en un estudio realizado en los 26 condados en el periodo 1993 a 1994, para determinar el impacto de las reformas en cuanto a la

⁹³ Los presupuestos globales es una forma de pago que se pasa en una subvención anual en la que incluye todos los gastos necesarios para el funcionamiento del hospital, incluyendo salarios de los trabajadores, insumos, etc.

eficiencia, pudieron comprobar ahorros en los costes hospitalarios para aquellas regiones donde se aplicó el pago por resultados (pagos por actividad). Estos ahorros lo cuantificaron en torno a un 13%. Por norma general fueron los condados gobernados por administraciones de corte conservador las que más apostaron por este cambio de organización y por ello estos mismos investigadores vinculan una mayor eficiencia a estos gobiernos. En otro estudio realizado por Johnsson (1994) determinó medidas de la productividad en un condado donde se habían realizado esta separación entre comprador y proveedor (incluido pago por resultados), con otros 12 condados donde no se hizo ningún cambio. Los resultados indicaron que la productividad aumentó más en el condado con mecanismos de “Pago por actividad”. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en otros países.

Según Fosberg et al (2000), pudieron observar una reducción en las estancias hospitalarias en los condados que apostaron por una forma de pago basada en resultados durante los noventa. Otros investigadores sin embargo detectaron que estas ganancias en productividad desaparecían en el largo plazo (Charpentier and Samuelson 1996), sin embargo estas pérdidas de productividad pueden estar motivadas por una relajación en las normas del sistema de pago basado en los resultados o actividad (Kastberg and Siverbo 2007).

COMPARACIÓN DE SISTEMAS: SUECIA & ESPAÑA: Resultados sanitarios

Suecia es de los países que mejor se posiciona a la hora de realizar comparaciones internacionales en el terreno de la salud. Por ejemplo en el estudio que realiza The Commonwealth Fund ⁹⁴ que tiene gran repercusión en los medios anglosajones y compara los sistemas sanitarios de los países más desarrollados, Suecia se encuentra en tercera posición.

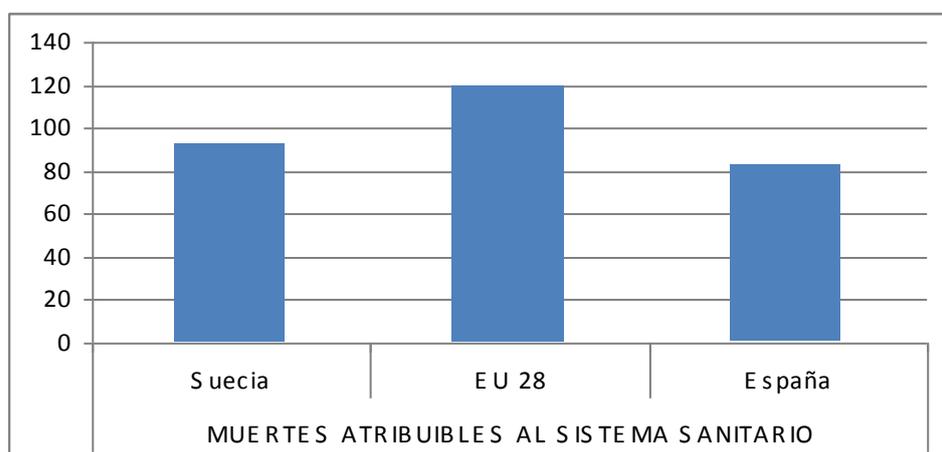
En este apartado vamos a comparar los principales indicadores de eficiencia y calidad de los que disponemos que facilitan los organismos internacionales como la OCDE y Eurostat ⁹⁵.

⁹⁴ The Commonwealth fund es una organización independiente de Estados Unidos que realiza estudios de políticas públicas.

⁹⁵ OCDE es la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Eurostat es la oficina para la estadística de la Unión Europea.

Uno de los indicadores de los que se puede extraer información respecto al funcionamiento de los sistemas sanitarios son las muertes atribuibles al sistema sanitario⁹⁶. Este indicador sanitario mide el número de muertes prematuras asignadas a una serie de enfermedades, que podrían haberse evitado con una intervención a tiempo.

GRÁFICO 23: Muertes atribuibles al sistema sanitario



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat 2013

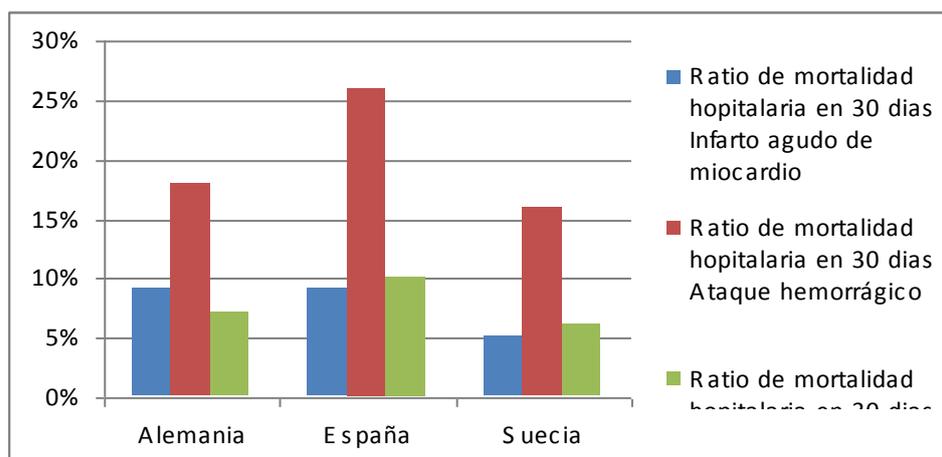
En algunas dolencias, la capacidad de respuesta del sistema sanitario es determinante a la hora de salvar una vida. Este indicador nos facilita información respecto al número de muertes que se pueden evitar estando en un sistema sanitario ideal. En este parámetro ambos países se encuentran similar y por debajo de los países de su entorno.

Según Eurostat Suecia y España obtienen resultados parecidos en muertes atribuibles al sistema sanitario. Sin embargo para las que elaboran tanto investigadores Noltee & Mckee, como Tobias & Yeh, Suecia obtiene menos muertes por cada 100.000 habitantes (Gay et. al, 2011). Según este investigador España evitaría 2 muertes por cada 100.000 habitantes con el sistema de salud sueco.

En cuanto a la supervivencia por cáncer de colon y de mama ambos países han realizado importantes avances y están entre los primeros de la OCDE, siendo Estados Unidos y Corea los más avanzados en supervivencia de esta enfermedad.

⁹⁶ Este indicador elaborado por investigadores de la Universidad de Harvard se realiza con un límite de edad de 75 años, en ocasiones inferior.

GRÁFICO 24: Mortalidad para enfermedades coronarias



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2014

Uno de los indicadores donde Suecia se posiciona a entre los mejores de Occidente es en la supervivencia por distintos **tipos de infarto** una vez ingresado en el hospital. De una lista de 30 países de la OCDE se posiciona entre los seis mejores, estando España en la parte baja. Si nos fijamos en la gráfica se puede comprobar que en España se tiene prácticamente el doble de posibilidades de fallecer por esta dolencia que en Suecia. Siendo esta una de las principales causas de muerte, existe margen de mejora en nuestro sistema de salud.

COMPARACIÓN SUECIA & ESPAÑA: EFICIENCIA

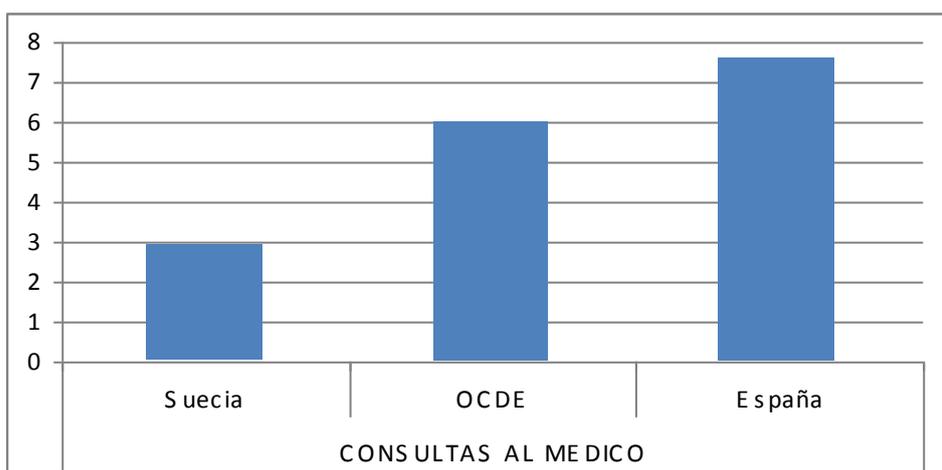
Las medidas de contención de la demanda en el sistema sanitario sueco, incluyendo un pago para el usuario en el punto de atención, demuestran ser efectivas para tener un uso más racional del mismo.

Para medir la eficiencia del sistema utilizamos los indicadores de gasto en sanidad como porcentaje del PIB, consultas al médico y tiempos de estancia. La razón de utilizar estos datos, es por su disponibilidad y porque reflejan bastante bien si las reformas realizadas han tenido también éxito a la hora de generar una barrera a una demanda excesiva, sobretreatmento y dinero destinado a la sanidad.

A la sanidad con financiación pública Suecia dedica un 8,4 por ciento del PIB, siendo en España inferior (6,2). Ello no indica que Suecia sea más ineficiente, sino que permite al usuario una mayor posibilidad respecto a prestaciones complementarias como habitaciones individuales, etc.

Respecto a las consultas médicas Suecia tiene una baja frecuencia, estando muy por debajo de España y el resto de países de su entorno. Los nada despreciables copagos que tienen que hacer los suecos cada vez que van al médico a influido favorablemente en la conducta de los usuarios, no realizando visitas innecesarias.

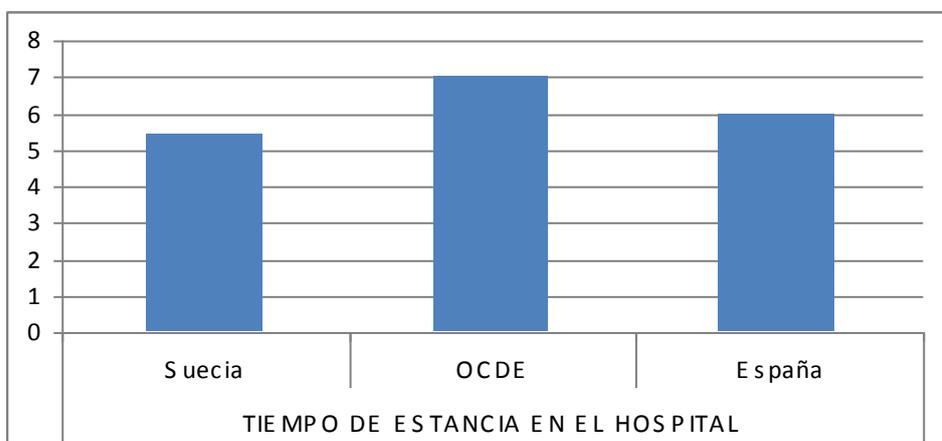
GRÁFICO 25: Consultas al médico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2014

Otra de las reformas que se llevaron a cabo en Suecia fue como pagar a los proveedores para incentivar la actividad y no generar periodos de estancia excesivamente prolongados. Los datos disponibles de tiempo de estancia en el hospital son un buen indicador para determinar si los recursos se están empleando eficientemente. En Suecia los tiempos de estancia están por debajo de la media demostrando que el pago por actividad (pago por resultados) tiene su efecto en los proveedores.

GRÁFICO 26: Tiempo de estancia en el hospital



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE 2014

De los parámetros comparados observamos que en Suecia las reformas que hemos explicado han tenido buenos resultados, habiendo contenido la demanda (tiene menos consultas al médico) y a su vez las formas de pago por actividad también han tenido efecto, no alargando en demasía la estancia (menos tiempo de estancia en hospitales que en países OCDE y España).

LECCIONES PARA ESPAÑA DEL MODELO SANITARIO SUECO

Si bien es cierto que el sistema sanitario que tenemos en cada país está vinculado al desarrollo histórico de cada uno de ellos y sabiendo que algunas reformas no se pueden trasladar con facilidad de un país a otro (Esping-Anderson 1990), varios de los cambios que se han llevado a cabo en Suecia podían ser incorporados al sistema español generando importantes beneficios a la sociedad en su conjunto

La mayor posibilidad de elegir el centro y el médico que uno quiere que le atienda, así como unos mejores resultados en los indicadores de calidad, sugiere que se incorporen algunas de las reformas que el sistema sueco ha realizado en las últimas décadas.

El adoptar el modelo sueco por parte de España supondría un cambio significativo por parte del sistema público español, pero las semejanzas en la organización, más la experiencias de algunas comunidades autónomas pioneras, hacen factible su aplicación.

El sistema sanitario sueco gestiona una serie de elementos, de manera distinta al español, que se caracterizan por lo siguiente:

- El sistema de financiación de los centros sanitarios mediante un sistema capitolativo de vales de salud.
- La participación del paciente en el pago de los distintos servicios sanitarios
- El pago por actividad a la hora de financiar los hospitales de atención especializada.
- La libertad de elección de centro sanitario de primaria y secundaria.
- La diversidad de proveedores que atienden tanto la sanidad primaria como la especializada.

PROPUESTAS

De la experiencia de Suecia proponemos que se incorpore su nivel de libertad de elección que existe para el ciudadano, incorporando los mecanismos que se utilizan en aquel país para empoderar al paciente, que es el sistema financiado mediante el pago capitolativo de los vales de salud.

También aportaría a la contención de la demanda, a modo de barrera, los copagos en consulta médica y estancia hospitalaria, que a su vez previene el deterioro de la calidad del servicio. A un nivel superior de especialización, como son los hospitales, el pago por actividad ha dado buenos resultados.

En los sistema de provisión público como el español con baja libertad de elección, las consecuencias de los actos de los usuarios tiene una baja incidencia en el sistema. El ciudadano que no puede elegir centro sanitario, solo puede ejercer su derecho mediante quejas, con una baja incidencia sobre el proveedor sanitario, sin embargo con una mayor libertad de elección y con el pago mediante sistemas de vales el ciudadano puede cambiar de centro sanitario teniendo un impacto en la cuenta de resultados, pudiendo generar la salida de este proveedor sanitario del mercado. Para que este sistema funcione hace falta también una apertura a todo tipo de proveedor y fomentar la competencia entre ellos, la cual es dada por la libertad de elección del usuario.

Para que el ciudadano pueda utilizar bien los cheques de salud necesita más información sobre la calidad de los distintos proveedores, que deben ser facilitados por los propios centros hospitalarios y cotejados por la administración, que tendrá a su vez que realizar un control de los servicios incorporando nuevas agencias. Ello genera costes que hay que tener en cuenta, pero la experiencia de Suecia nos demuestra, que por los resultados obtenidos, son mayores los beneficios del cambio, que los costes que se pudieran generar.

El sistema que propone Suecia, puesto a prueba ya en las últimas décadas, es una garantía de sostenibilidad y futuro para otros sistemas sanitarios europeos, incorporando mediante unos mecanismos de mercado innovadores la libertad de elegir con responsabilidad propia y todo ello respetando el principio de equidad que las sociedades europeas demandan.

CONCLUSIONES

En el estudio que hemos realizado se ha profundizado en el funcionamiento del sistema sanitario público español, para poder dar respuesta a la pregunta inicial, de cómo podemos hacer que sea más barato y de mejor calidad. Para ello hemos analizado nuestro sistema desde sus orígenes hasta la actualidad, analizando sus fortalezas y sus debilidades. Para poder demostrar que es la ausencia de señales del coste en la atención sanitaria, lo que le hace que no sea eficiente y a su vez tenga un deterioro paulatino en la calidad, lo hemos comparado con otros sistemas sanitarios europeos donde si han incorporado señales de precio o al menos algún otro mecanismo de mercado.

La teoría económica y la evidencia empírica demuestran que cuando existe un precio, por pequeño que sea, los usuarios van a responder a ese precio, con un uso más racional del servicio. Esta referencia hará que el sistema sea más barato y con mejores resultados sanitarios. Si a ello se incorpora la libertad de elección los resultados se hacen más evidentes. A estas conclusiones llegamos después de realizar nuestra investigación.

En la comparación internacional España obtiene buenos resultados tanto en los indicadores de calidad como en los de la eficiencia. Ello no significa que España no pueda mejorar en algunos de ellos. Por ejemplo si uno viviera en Suecia tendría menos posibilidades de morir por una enfermedad coronaria.

A pesar de ello algunos de los indicadores sanitarios que más nos preocupan como el hecho de vivir más y mejor, en gran parte van a depender de factores externos al sistema sanitario, como los estilos de vida.

Con los países comparados España se posiciona como uno de los que menos gasta, esto no se puede interpretar como que nuestro país es más eficiente en la utilización de los recursos. En estos países se disponen de mayores opciones como acomodo en habitaciones individuales o terapias alternativas. También la mayor libertad de elección y apertura a los proveedores permite que se les remunere más a los mejores y a los que más trabajan.

En España se han realizado algunas reformas en las últimas décadas, pero en general no se han hecho con motivo de mejorar en calidad o en eficiencia, sino por motivos políticos. Solo un par de normas representadas en el Decreto 16/2012 han ido encaminados a mejorar la eficiencia del sistema, aumentando los copagos farmacéuticos. Por los datos consultados se demuestra que se han generado importantes ahorros (Ministerio de Sanidad 2015).

La reforma que se realizó a primeros de los ochenta mediante la Ley General de la Sanidad para financiar el sistema a través de impuestos y alcanzar la universalidad, coincide con un importante aumento en el gasto sanitario. Según los estudios se justifica por un mayor número de personas cubiertas y de mayor edad.

Por otro lado se ha podido demostrar que la transferencia de la competencia de la sanidad a las Comunidades Autónomas a pesar de haber aumentado la calidad del servicio, ha sido causante de parte del aumento del gasto en las últimas décadas. Se han producido aumentos en gastos administrativos y de transacción por duplicidades, como aumento de las unidades de decisión, pérdidas en las economías de escala y aumento del personal contratado (Repullo 2007).

El sistema financiero de las Comunidades Autónomas tampoco ha ayudado a aumentar la asunción de responsabilidades de los gestores. Mucho tiene que ver el hecho de cómo está configurada la financiación autonómica, que no es finalista, sino que va al fondo de recursos comunes. El déficit sanitario es algo habitual en España, generando comportamientos perversos como dejar facturas en el cajón de un año a otro para maquillar los resultados.

De los países seleccionados (Inglaterra, Suecia y Alemania) han emprendido reformas orientadas al mercado para poder aumentar la calidad y hacerlos más sostenibles desde el punto de vista financiero. De los resultados obtenidos tras las reformas acometidas en estos países se pueden sacar las siguientes conclusiones:

El sistema sanitario inglés NHS, ha incluido la libertad de elección para elegir cualquier proveedor sanitario obteniendo mejoras en calidad y eficiencia. Los estudios realizados en Inglaterra demuestran que cuando compiten en precio, la calidad tiende a

disminuir. Sin embargo, cuando el precio esta establecido, los proveedores compiten en calidad y bajan las estancias hospitalarias, mejorando la eficiencia (Cooper et al,2011, Gaynor et al 2010).

Sin embargo Inglaterra es el único país de los estudiados que sigue manteniendo la gratuidad en el punto de atención, con consecuencias similares a las de España. Largas listas y una merma en la calidad por sobrecarga.

Es importante destacar que en este país existen ya estudios que demuestran que en un sistema universal, es necesario tener una agencia independiente que asesore los tratamientos a financiar con criterios de coste/efectividad, para no financiar terapias caras con resultados que no aporten valor al esfuerzo económico que se hace

Otro de los países a analizar, Suecia, es uno de los que incorpora copagos en el punto de atención. En nuestra propia comparación que hemos hecho con España, comprobamos que este país tiene menos de la mitad de consultas al médico y un menor tiempo de estancia en el hospital, demostrando que los copagos son efectivos. A pesar de ello todavía tiene listas de espera considerables en algunos tratamientos. Esto puede estar motivado por ser el Estado el que tiene el monopolio del aseguramiento, (el que compra el servicio) y no siente la presión de otras organizaciones.

En Suecia que también se financia a través de impuestos y para dar respuesta a la problemática de asunción de responsabilidades de los gestores políticos, son los propios condados (equivalentes a comunidades autónomas) los responsables de recaudar el dinero de las prestaciones sanitarias que luego van a ofrecer.

De los resultados de las reformas acometidas en Suecia no existen muchos estudios realizados, pero en las comparaciones internacionales obtienen buenos resultados. Este país es el que ha desarrollado un sector sanitario más innovador, con gran diversidad de servicios. Hemos podido encontrar algunos sobre los cambios en la remuneración de los hospitales enfocándolos a un pago por actividad mediante GDR, ellos que se demuestran una mejora en la eficiencia a través de ahorros en el costes (Gerdtham et al 1999) y reducción de los tiempos de estancia (Fosberg et al 2000). Por otro lado estos mismos investigadores no encontraron evidencias significativas de que estos sistemas de pago hayan empeorado la atención sanitaria.

Alemania es el país que tiene el sistema sanitario más orientado al mercado de todos los estudiados, teniendo libertad de elección no solo todo tipo de proveedores sino que también de aseguradoras, no siendo como en los demás países el Estado el único asegurador. Este le permite a Alemania a ser el país con buenos resultados sanitarios, bajas listas de espera e incorpora las nuevas tecnologías de forma rápida. A parte de que sus primas dependen del salario y no de su edad o estado de salud, tiene un sistema de compensación de riesgo entre las cajas de seguro que evita la información asimétrica. Aunque el sistema no ha variado mucho desde su concepción (Siglo XIX), Alemania tras la reunificación demostró que se puede pasar de un sistema nacional y financiado a través de impuestos, a uno gestionado por la sociedad civil, como es el aseguramiento social, con una menor participación del Estado en las decisiones de atención sanitaria.

En los tres países a comparar la tendencia es hacia una mayor libertad de elección de centro sanitario y a que los proveedores compitan por los pacientes. Todos están cambiando la remuneración de estos hospitales de presupuestos globales a un pago por resultados. Este tipo de pago consigue reducciones en los costes (Bocking et al 2012) y hace que los centros se focalicen menos en la obtención de beneficios y más en la eficiencia (Tiemann et al 2011).

También en Suecia y en algunos centros de España, se han introducido sistemas de remuneración de tipo capitativos, generando ganancias de eficiencia, con ahorros en los costes. No existen evidencias de su repercusión en la calidad. En Suecia lo han llevado a cabo mediante Vales de Salud y en España con el modelo Alzira. Han conseguido incluir el motivo del beneficio en la atención sanitaria financiada mediante impuestos. El argumento por el que son capaces de generar ahorros y a su vez beneficios para los proveedores es que son capaces de gestionar los recursos más eficientemente. Por lo que su margen está en la ineficiencia del sector público. Estos modelos incentivan a los proveedores a que los usuarios tomen medidas preventivas para no acudir al hospital, ya que ello no les produce ningún beneficio, ayudando a reducir la sobrecarga y las listas de espera.

Por otro lado de los estudios analizados el tipo de propiedad no va a ser el determinante a la hora de conseguir unos mayores rendimientos. Encontramos tanto hospitales públicos como privados que obtienen buenos resultados. En España hay hospitales de ambos tipos entre los mejores del país. Sin embargo a nivel nacional es importante

destacar que existen modelos como los EBAS, en Cataluña, que demuestran ser más eficientes con ahorro de costes.

En Alemania en un estudio de Temann y Busse encontraron evidencias de que los hospitales privados eran mejor en calidad mientras que los públicos resultaban mejor en eficiencia, siendo consistente con otros estudios realizados en los Estados Unidos.

Lo que si se ha podido demostrar es que la competencia entre ellos si mejora la eficiencia y la calidad de los mismos. Existen evidencias de que la competencia entre los hospitales, ya sean públicos como privados, mejora la calidad del servicio. La adhesión de un hospital más en la zona aumenta la calidad marginal, con incrementos en la supervivencia por emergencias de infartos cardiacos en 9,7% (Bloom, Proper, 2014). Por otro lado esta apertura a proveedores públicos y privados tiene que estar bien diseñado, para que no se produzcan derivaciones de los casos más complicados hacia los centros públicos.

Una de las principales conclusiones que se extrae de la comparación, es que para que exista una mejora en la calidad y en la eficiencia, la libertad de elección de los pacientes tiene que tener consecuencias en las cuentas de los centros sanitarios. Solo de esta manera se producen mejoras, ya que el dinero acompaña al paciente.

Precisamente lo que se detecta en España en el campo de la atención sanitaria, es que no existen muchas consecuencias de los actos de los individuos. Y cuando decimos esto nos referimos desde los gestores políticos,⁹⁷ hasta de los propios usuarios. No se han generado incentivos suficientes para realizar una buena gestión, tampoco para el uso de los servicios.

Para empezar en España las decisiones de los pacientes produce ningún impacto en las cuentas de los proveedores, por lo que no se toman en consideración para mejorar. Los gestores de hospitales públicos (La mayoría de los que hay en España) reciben normalmente un presupuesto sabiendo que si es necesario recibirá más fondos. Luego los políticos de turno muchas veces realizan promesas, con nuevas prestaciones para intentar conseguir una mayor numero de votos, sin haber hecho un estudio del coste que ello podría tener en un futuro. Por otro lado han buscado nuevas vías para

⁹⁷ autonómicos y de hospitales

poder invertir en nuevas infraestructuras hospitalarias que aumenta la deuda, trasladando el pago a las generaciones venideras.

En el caso de los usuarios el problema viene que el servicio es gratuito en el punto de atención. Si nos fijamos en el Europa de los 15, España es junto con Inglaterra y Dinamarca el único país que no incorpora un copago en el punto de atención. El éxito en el ahorro que ha tenido el Decreto 16/2012 generalizando el copago farmacéutico, demuestra que estas señales de precio llevan a un mejor uso de los servicios financiados con dinero público.

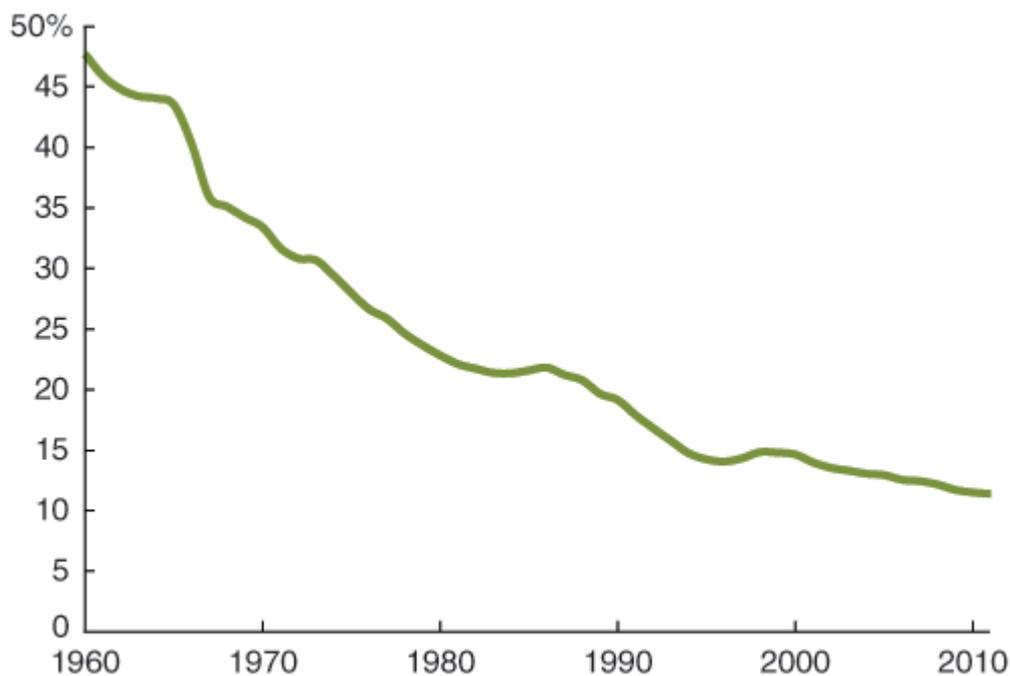
Precisamente los copagos dan en parte repuesta a uno de los principales motivos por los que no para de crecer el coste de la atención sanitaria, la ausencia de percepción del coste que tiene el usuario respecto la atención sanitaria, que generan comportamientos inflacionistas. Como a la hora de comprar un servicio sanitario no pagamos nosotros el gasto que conlleva, vamos a solicitar cada vez mayor calidad, siendo indiferente al coste. Esta problemática ya la explicó Milton Friedman con una tabla donde se representaban los efectos dependiendo de quién con qué dinero compra algo. Normalmente cuando vamos a comprar un bien o un servicio a un mercado normal intentaremos comprar la mejor calidad al menor coste posible. Sin embargo esto no sucede en los sistemas nacionales como el nuestro (o Reino Unido) el que tiene que tomar la decisión sobre la compra es otra persona, por lo que no se preocupará tanto del precio y tampoco de la calidad. Este problema no es exclusivo de los sistemas nacionales, les pasa también a los sistemas de aseguramiento social como en Alemania o incluso de Estados Unidos con un aseguramiento convencional⁹⁸. En estos últimos se preocuparan más por la calidad, pero no de su coste.

En los últimos 50 años la parte que paga el usuario no ha dejado de reducirse. De pagar más del 50% del coste a pagar entre nada y poco (Algunos países llegan a un 10% como es el caso de Estados Unidos con tasas y copagos.

⁹⁸ Esos conocidos como pago terceros, third party payers, es la aseguradora la que paga la mayor parte del coste.

GRÁFICO 27.

APORTACION DEL USUARIO AL PAGO DEL SERVICIO SANITARIO



Fuente: Hubbard, R., and O'Brien (2015)

A este problema no están dando repuesta tampoco las aseguradoras que incluyen cada vez más servicios. Estas han derivado su negocio de lo que es la esencia de un seguro, que es cubrir situaciones excepcionales o catastróficas. En este sentido los sistemas sanitarios financiados a través de impuestos como el nuestro con un solo pagador han actuado igual, financiando un mayor número de prestaciones gracias a las promesas de los políticos que atienden a todas las demandas de sus votantes. En general los servicios que no están cubiertos por fondos del estado o aseguradoras han mantenido los precios más estables a lo largo del tiempo. Esto tiene una lectura nuclear al respecto, que indica que si queremos ir en busca de un sistema lo más sostenible posible, necesitamos que el usuario participe más en el coste del servicio, para que pueda tomar decisiones basadas en su coste real.

En este sentido existen mecanismos que facilitan una respuesta global para que los usuarios puedan costearse la atención sanitaria por el coste que tiene, pudiendo afrontar situaciones o imprevistos futuros, preparándose con antelación. Los sistemas pre financiados a través cuentas de salud permiten ahorrar para posibles contingencias futuras y evitar que gastos innecesarios. Países como Sur África, Singapur o Estados

como Indiana ya llevan años con este sistema, que podría dar respuesta a sistemas universales como los que tenemos en Europa. Todas estas iniciativas dan respuesta a los cambios que necesita la sanidad española para hacerla más sostenible en el futuro.

Precisamente es en este campo de los sistemas previamente financiados mediante cuentas de salud, donde podrían estar las futuras líneas de investigación.

Por otro lado el interés que existe en aplicar en toda Europa las reformas más exitosas en los países analizados, mediante este estudio surge la posibilidad de extender los cambios realizados en Alemania y Suecia, a otros países como es el Reino Unido, que como España, no incluye el copago hospitalario.

Aunque el sistema sanitario español tiene buenos resultados, se expone a un deterioro paulatino por sobrecarga. Además se enfrenta a unos gastos que difícilmente puede pagar si no es con un alza considerable de los impuestos. Por ello todas las medidas que vayan orientadas a que hagan al usuario más consciente del coste que tiene y a una mayor libertad de elección, ayudara a que sigamos teniendo uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo.

CHAPTER III

THE NATIONAL HEALTH CARE SYSTEMS (NHS): How it works, last market orientated reforms and the financial issue.

Summary

The English health care system has similar features to the one that we have actually in Spain. There is universal access, is free at the point of deliver and is financed by taxes. Nevertheless since 2008 they have patient choice for doctor and hospital, despite the kind of ownership.

In this country all the providers that rich the requirements form NHS (National Healthcare System), can compete to attend the patients.

This kind of freedom was not always like that, everything started when some governments decided to start some marked oriented reforms in a time of difficulties in order to improve efficiency and quality.

They did two reforms, one in the ninety's and another one at the beginning of the century (XXI). We can say that the first one didn't reach the results expected, but the second was more successful.

The first reform called "Internal Market" was the one that separated the purchaser from the providers. This change gave to the public providers more freedom.

The second reform was the introduction of patient choice in the hole country, not only public but private as well. This last reform came with another way to finance the hospitals, "paying by results", that gave to the providers an incentive to attract patients. In this country they have included an independent organization in order to provide assessment in cost-effectiveness for all kind of treatments. There are many countries that try to copy this kind of method.

Keywords: Healthcare reform, paying by results, Health insurance, internal market, Foundation Trust

Introduction

In this chapter we have tried to learn about the UK's model and its effectiveness during the last decades. It was one of the first countries to institute a market orientated mechanism, so after some years we have more evidence about what has happened in all these key issues.

The NHS (National Healthcare System) work in a similar way as the Spanish system, with universal access and financed by taxes. The fact that it is free at the point of deliver make this health service with the same problems as we have. That is a high demand with long periods of wait and rising cost motivated by the absence of signals, that could help users to make more rational choices.

Although it was quite clear that in the UK health authorities were going to face big challenges with an aging population and a growing demand for services, not all governments in power saw it from the same point of view. A change in the political area can affect the point of view depending on which party is in government. In general both parties, the Conservatives and Labour think that changes must be made in the way health services are provided. Both have introduced some kind of market oriented reforms, but the main difference is the speed of the reforms. In this case the Conservatives are a little bit more market friendly, but Labour in general has maintained some of the reforms that other governments have started.

If we look at the polls, the National Healthcare System in the UK is at the top as one of the most appreciated institutions in the country. This might be because they have very good doctors and nurses and in some but not all areas of the UK NHS ranks quite well against developed countries. For example, the mortality rates relating to health care of other countries of the OCDE which are ranked above the UK NHS, are lower than the UK.

History of NHS

If we want to find the genesis from the National Healthcare System (NHHS), we have to come back to the 19th century. At that time you could find people that suggested that access to healthcare was necessary for a wealthy society. For example at that time the town hall of London was the manager of some hospitals in the area. Most of the

hospitals were run by charities, but with the time, from different sectors related with socialist ideology, said that it was convenient to have a national healthcare system or at least some kind of social insurance in order to finance healthcare when people got sick. At the beginning of century XX, there were a kind of health insurance in country that was established with the National Insurance Act (1911), but with the need of urgent reforms. Only people with a job had access to health care, but not the members of the family. This was the reason why only 1/3 of the population was covered for healthcare (Leathard, Audry 2000). This type of insurance was in force until 1948 and one of the features was the low level of investment because of the war. Many employees, because of this circumstances were working like volunteers.

The National Healthcare System was created in 1948 in order to make medical care accessible for the people of England. During this time they decided to put all the hospitals and doctors together in order to build a national healthcare system, where all the citizens had access to healthcare and was financed by the State.

Everything started when the labour party promised in 1945 a revolution in the way healthcare was provided. It was the Chancellor of health Aneurin Bevan who wanted to establish a health service with the following principles: It should be available for all the people, free at the point of deliver and financed by taxes. In reality the people was not too enthusiastic with the idea of Bevan. A prove of that was the survey that took place during the 30 and 40 (Hayes 2012). There was a strong opposition from conservatives and doctors, but some members of the labour party were as well against. In this sense Herbert Morrison said that the regions were better qualified to provide health care than central planners. Since then the National Healthcare system hasn't change that much.

FEATURES OF THE NHS

Another reason why citizens like the NHS is because they are very proud of providing treatment free at the point of use. This is not exclusive to the United Kingdom and in some ways it could create a perverse incentive because there are not really any barriers to prevent the health care system being used in an excessive and inappropriate way.

One of the factors of universal systems is the waiting times, but although every government promises that they are going to cut them, in a system where it is free at the point of use it can be used as a rationing tool. In this case further cuts in waiting times can stimulate new demands.

Something important about any universal health care system is to know what the extent of the services provided is. Not all of them provide the same services under the same circumstances. Hospital treatment is free if you are a resident in the UK, if not you can get charged for some services. Everyone is entitled to register with a General Practitioner (GP) who can provide many services, like prescriptions and minor surgery.

Patients can visit hospitals by means of a referral from the General Practitioner, however a referral is not needed for access to the Emergency department. For those that can not travel to the hospital there are Health visitors for children under five and for older ones. Furthermore, there are District nurses that provide care for patients living at home.

Patients have the right to decide on the type of consultant they want to receive treatment from and to start any treatment during a period of 18 weeks from when a diagnosis has been made.

Although treatment on the NHS is free at the point of delivery, there may still be some costs (NHS services 2016). These kinds of costs could be things like prescriptions, travelling to the hospital for surgery, dentist and Optical services. The services that the NHS deliver include most of them, like vaccinations to protect against different infections, pregnancy, abortion up to the 24th week, physiotherapy after an operation or an accident, etc. Services like dentist or optical services are free only under certain circumstances that depend on age (Children and the elderly) and on income, but in any case there are some co-payments for the rest of the patients that we are going to describe briefly.

COPAYMENTS. As we said not everything on the NHS is free. Patients are required to make co-payments towards the cost of their prescriptions, dental care and eye care. According to the numbers of the NHS, these payments cover the salary of 12,000 nurses every year. If so, we suppose that with an average salary of £23,000 per nurse, that means £276 million per year.

The current prescription cost in the National Healthcare Service is £8.40 per item, a little bit more than two years ago when the charge was £7.40. You may have other possibilities to save money like the prescription prepayment certificates (PPC) for £29.10 when you need more than three items in three months or ten months PPC where you pay £2 per week with debit instalment payments.

Dental charges will depend on the treatment you need and is organized in three bands with different prices that you have to pay. The first band covers examination, diagnosis and advice, for which you have to pay £19.70. This also covers emergency care in primary dental care, such as pain relief or temporary filling. The second band covers everything listed in band one plus further treatment such as fillings, root canal or if your dentist needs to take out one or more of your teeth. The third band covers everything listed in band one and two, plus crowns, dental bridges and other laboratory needs. For this course of treatment you have to pay £233.70 (NHS website 2016).

When we speak about eye care cost normally you have to cover the cost yourself, but if you are in the NHS low income scheme (LIS), they may provide some partial help with the cost. For this purpose they use vouchers.

STRUCTURE UNDER THE COALITION

Most of the literature available from the UK focuses on hospitals in England. Wales, Scotland and Northern Ireland have different systems, focusing more on collaboration and integration. So we can say that in these parts of the United Kingdom they keep the system more as it was at the beginning. Because our study is more about the latest reforms that have been introduced in the UK, most of the time we are going to describe the changes in England, but in some studies we are going to use some data from Scotland and Wales to do a comparison between them.

If we look at the structure of the English health care system we can observe that it is highly complex, with many commissions and bodies. That makes the management of the institution very difficult.

Under the coalition government they kept most of the health structures of the last administration, sometimes with other names and added some bodies in order to have a higher degree of supervision. Despite the huge structure of the NHS, the coalition wanted competition to be the driver of improvement in productivity and innovation.

Starting with the overview of the structure there is a Department of Health that is at the top of the organisation of the health care system. It is responsible for the strategic leadership and the founding of the health and social care in England. This ministerial department is supported by 23 agencies and public bodies. To see a report of how the

National Health Care System was organized before and after the coalition administration see “The coalition Government’s health and social care reforms: 2010 - 2015” (Judith Smith 2015).

Between the government of the UK and the Department of Health there is the Secretary of State for health who is responsible for the different reforms that have been made the last times.

Inside of this structure we find the NHS which has as its goal to improve healthcare outcomes for the people of the country. If we speak about the organization inside of England, the NHS is integrated in four regional teams, North, South, London and Midlands&East, which were also called England regional commissioning Office. Despite this reorganization from the state they ensure that the NHS is still one organization, because most of the people have always seen the NHS as one body that ensures equal treatment for all citizens.

He is also responsible for allocating resources and oversees the Clinical Commissioning Groups (CCG). These are new members that came in after the last reform that the Coalition Government made in 2012 (The Health and Social Care Act), before they had the Primary Care Trust (PCT). The CCG are compounded mostly by General Practitioners (GP) who we suppose have a good background to assess people. Not only are there GPs in the CCG, but it is an interdisciplinary group with nurses and other professionals. The budget will depend on the size of the population and adjusted to other factors like health and age of the population and location. From all the budget that England has for health care the CCG receives about 60%, that can be more than £60 billion. The health care services are planned and commissioned by the CCG, but in the local areas. The way they do this is by buying or commissioning services for their population. These can be NHS hospitals, private providers, charities and social enterprises. The only requirement is that they meet the standards of the Institute for Health and Care Excellence (NICE) and from the Care Quality Commission (CQC).

The Care Quality Commission (CQC) has a duty to make sure that hospitals and all kinds of health services provide people with safe, effective and high quality care and encourage these services to make improvements. The way this institution works is by inspecting the different health services and publishing the results on its website so that people can make better decisions about the care they receive. For example CQC when

they check health providers in England they can describe a hospital as “bad” or “good” for quality care and give it a rating between 1 and 5 depending on the health of the population.

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Like many other Health care systems the NHS is not unique in facing challenges in paying as it becomes increasingly more expensive and, in many cases, affording effective new techniques. In some cases, in order to save money, the NHS places restrictions on access (Angus Deaton 2015). These kinds of restrictions has been quite controversial. A famous case happened during the seventies when the NHS severely limited the access of kidney dialysis, restricting it only for those that were young enough to benefit from it, excluding older people who were described as “a bit crumbly” and not worth the cost. During the nineties the Conservative party started to have thoughts about the convenience of creating an independent institution to provide the National Healthcare System with advice about the value for money for some very expensive treatments that were coming along. The problem came with a product called beta-interferon that was for the multiple sclerosis. This treatment was very expensive and was not able to provide a cure, so for the health Minister Gerry Malone it was something that really concentrated their minds and unnerved them.

For this kind of reason the Conservative government created the National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁹⁹ in 1999 to find out the best way of dealing with these questions. In this sense the NICE was conceived to provide guidance and advisory to improve care with all these treatments that came to the market or already existed.

The way the NICE do this is by testing medical innovations and issuing detailed reports on how well it works and whether they offer value for money. After this the government should put these judgments into the public healthcare system and give people the most effective treatment based on the latest evidence. So we are speaking of an evidence based organization.

⁹⁹ **The NICE** started during the nineties when the Labour party was in office, but the idea came from the previous government in power

The idea was that the NICE could help the Commissioning groups to make decisions and also for physicians to deliver the best possible care. This Commissioning groups (before the Primary care Trust) who are the purchasers of care for their local population, have the legal duty to implement appraisals and fund what the NICE say they should fund (Nicholas Timmins 2009).

Health care providers

The number and location of hospitals in the NHS are planned by the Department of Health. Nevertheless since 2006 onwards patients can choose between any kind of hospital, it does not matter if they are public or private. In this part we are going to speak about the different providers that are available for the patients, starting with the characteristics of the public providers and finishing with private ones.

Like in other countries with similar features, the health care system has a primary care service and secondary or specialist service. The primary care is for many people the first point of contact and usually physicians are general practitioners or family doctors. All GP practitioners belong to one of the different CCGs that you have in England, but as we said, there are other kinds of professionals in the groups like nurses.

When you need a higher level of specialist or more specific knowledge you can be referred to the secondary care or tertiary care.

In this country health care providers can be public and private, like NHS hospitals, charities and other private institutions. Since 1990 with the internal market reform, public hospitals became NHS Trusts, which are legal entities with more grades of autonomy and self-management.

There are two kinds of trust, the NHS foundation trust and the NHS trust. The first one has a higher degree of independence in most of the areas and the second one is more dependent on the government. From 2003, high-performing NHS trusts were given the opportunity to apply to become free-standing, non-profitmaking, public benefit corporations known as NHS foundation trusts (Kings fund). The idea of the administration was that all NHS trusts became foundation trusts in a certain period of time, in this case by 2008. They didn't reach that point but after that, the coalition

government indicated that foundation trusts would be a key aspect of the NHS, and that all NHS hospitals would transform to this status in the 2013/2014 financial year (Department of Health 2010). However, they couldn't achieve this tight deadline.

The new trust has financial freedom and can raise funds from different sectors not only public but also private. One of the important things is that they can retain financial surpluses to invest in other NHS services. The NHS foundation trusts were conceived as a new kind of public organisation, still part of the NHS but based on co-operative and mutual traditions (Department of Health 2005a). In this greater autonomy of the Foundation Trust these organisations are overseen by the independent regulator (Monitor), instead of being accountable to the Department of Health and SHA like normal trusts. Another of the interesting features of these new trusts are the governance arrangements. Members drawn from the public, patients and staff elect governors including the chair of governors, who is also chair of the board (Allen et al 2011). The public and patient involvement has also been seen as an end in itself, enhancing local democracy and active citizenship.

Proponents of so called foundation trusts were sure that this new status (organisational and financial freedom, combined with new governance arrangements) would give better opportunities to make this new service faster and in this sense a higher patient involvement in these decisions. Another of the boundaries would be a more efficient approach in the management, like other business. In this sense autonomy would motivate staff to improve performance.

Over the last decades there has been a clear orientation in the government policies in the sense of introducing a wider diversity of organisations providing services to the NHS (Edward and Lewis 2008). During the time, a series of reforms opened up the market for the provision of publicly funded elective health care in England to Independent Sector Providers (ISPs). NHS purchases elective surgery for public founded patients from the private sector (IPPR 2001 p.142).

The Labour government's goal was that the NHS hospitals should compete with private providers, so that they improve in quality, efficiency and had more responsiveness to patients. The specific aim of the ISTC programme was to provide the extra capacity needed to reduce waiting times for elective surgery (Department of Health 2002b). In

further policy documents, the Department of Health stressed that ISTCs would also increase patient choice, incorporate innovative models of service delivery, and encourage more efficiency through competition (Department of Health 2005b; Anderson 2006).

The state allowed that the NHS commissioners negotiate locally with private providers in order to get faster attended, for some services like elective surgery and primary care. Normally they operate in niche markets, in certain treatments, where the NHS has long waiting times (Most of the activity were paid through Private Health Insurance). In general most of the surgery taken by this kind of providers were like Hip and knee replacement or cataracts.

It is interesting to know that in this Health care system, most of the providers in the UK are public hospitals. If we compare the number of private ones are relatively small. The size of the private sector providing care was very small at the beginning of the introduction of this new competitions policy. In the late 90 the National Healthcare system spent less than 1% of the budget on buying private care for patients (Keen at al 2001), but they are growing in the last years.

The following administration in office worked deeper in the same way. The coalition government's critics recognised that competition was not new, but were concerned that it would result in much greater privatisation. In fact, this has not happened, even though private providers have been successful in winning contracts to provide services to NHS patients in some areas of care. The evidence shows that spending on non-NHS acute providers has slowed while spending on non-NHS providers of community and mental health services has increased, although the latter is partly due to some NHS provision transferring from PCTs to NHS social enterprises

Despite the fears about the privatisation of the NHS, there are more proves that they were not a massive shift of resources from public sector to the independent providers. According to the Department of Health, now a days the annual accounts suggest some 10 billion pounds of the total NHS budget of 113 billion is spend from non- NHS providers. The data's prove the exaggeration from some newspapers with sentences like, "Privatisation is ripping the NHS of our hands" (The Guardian, 6 August 2014) or "The NHS privatisation experiment is unravelling before of our eyes" (New Statesman, 9 January 2015).

During the early 2000 they had two types of providers from the independent sector. From the one hand we have the for profit providers and from the other hand the none for profit suppliers (called third sector). One of these private providers that were encouraged for certain treatments were the Independent sector treatment centres (ISTCs). The idea was that these centres could provide high – volume, low – risk elective surgery to the NHS patients.

REFORMS OF THE HEALTH SYSTEM

At this point we are going to speak about the last market oriented reforms that were made by the different governments with the idea of understanding what is still on going. Another important thing is to find out what things failed and how they tried to solve them, which could help in the possible reforms that we are going to propose for the Spanish health care system.

From the point of view of economic theory, markets create incentives for getting better quality and reaching higher levels of micro-efficiency. Since the creation of the NHS in 1948, some changes have been made regarding the way health care services are provided, but in this part we are going to summarise the internal market reform and the quasi-market reform ('quasi market' is where there is some level of regulation or control by government). These have been the biggest changes that have been made since the organization was constituted.

We are going to analyze the consequences of these reforms in the Nation Healthcare System and see if these changes led to improvements in efficiency and clinical quality.

INTERNAL MARKET

The idea of introducing market-like incentives in the health care system was proposed by Alain Enthoven in 1985. The target was to improve efficiency while maintaining the system as tax-financed and with universal access to health care in a time when the government started to face financial pressure. The pre-1990 English National Health Service was driven by central government control and had little financial incentives for quality or efficiency (Cutler, 2002). This so called internal market was implemented by the government of Margaret Thatcher in April 1991 until 1997 throughout the United

Kingdom to encourage competition amongst NHS hospitals. What they tried to do was separate the role of purchaser from the one who provided the health services. To reach these objectives the administration gave the possibility of making contracts of health care services to two kinds of buyers, geographically based health authorities and general practitioners fundholders. There were negotiations on price between the buyers and hospitals. It is assumed that price lists were available.

Health authorities became the main buyer in their own district, so they managed their own budget. Although they purchase mostly health services from public institutions they can do it from any kind of them like private and so on. The health care system was financed according to the needs of the population in its area. At that time NHS hospitals became trusts as we said before. These legal bodies were founded with the idea that they could get contracts for a certain amount of work for a locally negotiated price. The goal was that they would minimize cost and at the best quality possible in order to stay in business.

Another interesting thing that brought more competition was that general practitioners could opt out partly of local health authorities and become purchasers as well, with their own budget as fundholders (Kristian Niemitz 2015). They were expected to act as informed agents on behalf of their patients, securing timely access to care from providers, and to negotiate their own secondary care contracts, decide which providers, services and patients would benefit from their funds, and keep any surpluses generated (Kay 2002).

Although for many people the internal market was a great change (the most radical change in the NHS since its inception (Butler 1992)), there were many parts that did not work as a market does. For example, the distribution of health care facilities did not depend on the competition; they came from a national plan. Most of the characteristics of a market were not apparent. For a start, there was no market-determined entry and exit of providers (Propper, Burgess and Gossage 2008, p.145). Underperforming hospitals were not allowed to fail, which is why the internal market has been linked to the ‘caucus race in Alice in Wonderland, in which “everyone must have prizes” (Bevan and Hamblin 2009, p.162).

Results of the reform

The NHS internal market did not produce the degree of measurable change predicted by proponents and feared by opponents (Mays et al 2000). If we try to see where the reform succeeded, the authors of a study Propper, Croxson and Shearer tested that with the reform, waiting times decreased in the areas with higher levels of competition. As regards productivity, a study carried out by Soderlund in 1997 attempted to determine the relationship/ratio between inputs and outputs. He observed that some improvements in productivity were obtained by implementing the changes associated with the new requirements when comparing the average cost of patients in different hospitals.

In addition, there was some evidence that GP fundholders were able to secure shorter waiting times than the local authorities. They were more able to move contracts and in general they were more responsive to patients' wishes and more willing to exploit competition (Le Grand 1999; Croxson et al 2001, Dusheiko et al 2004).

Although administrative and management costs increased, driven by the need for negotiations between purchasers and providers (Paton 1995), there is evidence that the overall cost of providing health care fell faster than the previous time (Mulligan 1998).

When we speak about the results of the internal market in terms of outputs, there is not so much evidence on the impact of the internal market on the quality of care. In a study carried out by Propper et al (2004, 2008a), it showed that in hospitals with higher levels of competition patient outcomes were not as good, at least in some indicators like heart disease. For example, they found higher death rates for heart attack victims in hospitals subject to competition. He also suggested that competition is not possible when there is too much space between hospitals and that around one third are under these circumstances (Propper 2008). That is the reason why the intensity of competition is different across England.

If we look at why the internal market reform did not succeed it is because of the way that it was implemented. In one of the reviews that was written it was stated that 'the incentives were too weak and the constraints too strong' (Le Grand et al 1998, p 130). For example, one important thing is that well performing hospitals could not expand because they could not keep the surpluses. Another thing is that, as we said before, competition between providers was limited by the central government. It was the case at that time NHS did not have much interaction with independent providers (Propper,

Burgess 2004, p.149). NHS was not under the pressure of outsiders, because private suppliers were not invited. Another of the most important issues was that with the outcomes there were no serious consequences. Inefficient providers were not permitted to fail because this could bring political problems or some kind of inequity access.

Although the internal market did not achieve some of its goals, the features of this reform brought important changes in the way of working in the NHS. Suppliers had to be far more aware than in the past of the quality and cost of what they provided. One of the things that proves this is that there was much more exchange of information between General Practitioners and the providers.

QUASI-MARKET REFORM

The patient choice

One of the things that you can see today in the NHS is the legal right that lets you choose out of any hospital offering a suitable treatment that meets NHS standards and costs. You can choose hospitals for most of the services but not all treatments.

The fact that patients can choose between different hospitals is not completely new, but the Labour government wanted to enforce this, with statements like “Hospitals will no longer choose patients. Patients will choose hospitals” (Department of Health 2002a, p 22). They also thought that it would be good for the system that NHS providers feel the pressure of outsiders. The idea was to put market mechanism into the health care system slowly in order to improve the quality and waiting times. It was not only because of that, the government also tried to get hospitals to focus more on patients’ needs and support equity by giving everybody the right to choose. It is also important to say that at this period there was an increase in funding, about 5% per year.

All this started only in England in 2002 trying to offer an alternative hospital to patients that were waiting too long to receive treatment. They introduced this mechanism in the capital with the London Patient Choice Project (LPCP). They started the Project with patients with heart disease that were living in London and waiting for more than 6 months. Most of the patients that were waiting for heart surgery took up the choice and a bigger percentage would recommend this framework (Le Maistre et al 2003). Dawson

el al. (2007) estimated that in comparison with other hospitals, those who participated in the LPCP had shorter waiting times.

Over time patient choice was introduced in the whole country. Although General Practitioners did not really support the reform, with time they should offer more choice to the patient including hospitals of the independent sector. In 2008 patient choice was available for any provider national wide on the NHS website, (Choose and book) where the government invested a lot of money. This continues today. On this website, you can compare hospitals according to a range of factors such as waiting times, facilities, specialist treatments and patient safety.

As we said before, the implementation of the patient choice was not only about waiting times but it was also about quality. According to the economical theory, in a health care system where the price is fixed, they suppose that the patient will chose a hospital because of its quality, therefore providers will compete about the same feature. As patients make the choice over providers and are fully covered for the cost of their health service, public and non public hospitals compete for them. This choice is normally made with their family doctors or general practitioners (GP). The general practitioners can send the patients to any hospital they chose, and if there are more local hospitals, that will increase the elasticity of demand and the competition between suppliers is greater.

Trying to prove if patients regard quality in their choice we found some studies related. That is the case of the research from Gaynor et al. (2012b), where he built a model of patient choice for the treatment of heart diseases and he found that referrals regard the hospital's quality of service as important. In another study Gaynor et al. (2013) looked at patient travel patterns in response to the introduction of greater patient choice in England. He and colleges found that, post reform, patients tended to choose hospitals further away from home if they were of higher quality. Nicolas Bloom also confirmed in this sense that patients are able to travel longer distance if they know that they are going to find a hospital with better quality. In this sense Beckert et al (2012) found that patients value quality in choosing a hospital for their treatment. For some researchers like Le Grand the possibility of offering individual choice as part of the reform would improve not only the quality of all services, but equity too. Le Grand (2007), for example, suggested that the movement of as little as 5–10 per cent of users should be enough to provide an incentive for all providers to improve the quality of their services.

In this direction Gaynor, Propper and Seiler (2012) examined this behaviour in greater detail. They estimated that hospitals that have lower mortality rates would experience an increase in demand in the following years. They found that elasticity was close to zero before the introduction of choice, when users demand was managed through GPs. After the introduction of patient choice the elasticity fell to -0.12., meaning that users discriminate against lower performance hospitals. Since this, studies have been carried out to show how far quality through mortality rates have consequences in the market share. Before the reform there was not much relation between these two variables. In case of an increase in mortality rates by one standard deviation supposed a reduction in the market share of 0,36 per cent. Nevertheless a same increase in the mortality rate after the reform supposed a reduction of market share of 4,9%.

The Department of Health has observed that quality is important for patients that want to choose a hospital, but is behind others like being close to home or work, personal experience of the hospital and waiting times.

The effect of the patient choice in the organisations was not completely clear because of the incentives and capacity issues they faced. The patient choice did not go as far as it was planned in the beginning, but enough to have some real effect.

How the Health care system was financed (Payment by Results)

THE QUASI-MARKET OF THE 2000s

One of the most important things of this patient variety is the way that the different providers were paid. Historically the different NHS providers were paid by a lump sum and this was so every year and the budget depended on the year before. They were called block contracts (which are insensitive to the volume and nature of activity) and they did not have so much space to change this budget. This kind of payment did not make many incentives for the suppliers of health care, even if you treated a lot of patients you would receive the same quantity of money. When you know the budget in advance that makes incentives to save money, but not to increase the activity.

Since 2004 another kind of payment system was installed by NHS, called payment by results. This new system Payment by Results (PbR) is a new form of financing that makes payments contingent on the independent verification of results. The idea was to

give providers an average amount of money per treatment at an agreed national price, plus a variable that depended on the severity and other indicators.). The goal was to make a relation between hospital incomes and number of cases treated. With these new conditions the Department of Health expected that providers would attract patients to their hospitals but not over-treat them, because that would not give more surpluses. The authorities supposed that with a fixed price, competition would make improvements in quality and efficiency but not in prices.

One of the first countries to use this kind of payment was the United States that started this with its programme of Medicare. These kinds of payments from a founder or government to service suppliers are classed as results-based financing. The key document that introduced PbR policy was *Reforming NHS Financial Flows* (Department of Health 2002e) where you can find the main objectives. This development brought financing of hospital care in England in line with the payment mechanisms used in most of Europe, Australia and the United States (Street and Maynard, 2007). PbR was introduced in the NHS in England but not in Scotland, Wales or Northern Ireland.

Health authorities started to implement this system gradually in some hospitals with the idea that all health care areas would be paid in that form, but it was not the case. There were some activities that remained out of this payment system, like critical care or mental care. Although it is growing, in 2009/10, only £26 billion of English NHS activity, out of a total of £103 billion, was paid for under PbR (House of Commons Health Committee 2010b), which is 30% of the total amount.

Results

When we look at the outcomes of the Payment by Results system PbR there is some evidence in the improvement in efficiency through the cost savings. Length of stay is known to be correlated with hospital charges (or price) (Polverejan et al 2003), and is frequently used as a measure of the inputs consumed (Chalkley and Malcomson 2000). Farrar et al (2009) found strong evidence of reductions in unit costs after the introduction of PbR. He exploited the data from PbR in England using unit costs or the resources used by patients (number of patients treated as day cases and length of stay). They were able to observe that length of stay fell more quickly and the proportion of

day cases increased more quickly where PbR was implemented. Also a study made by Appleby et al (2005) found an increase in day-case activity since the introduction of PbR.

The Audit Commission also found that the costs of implementing PbR were greater than anticipated. Some increases in administrative health care spending were seen in providers with this new payments system (Mannion et al 2008) after some interviews they showed increases in some Trusts between £100.000 and £200.000.

There is not evidence that this new payment system could change the quality of the health service. There are little signs of improvements in quality (Audit Commission 2005). In this sense Farrar et al (2009) investigated the impact of PbR on the quality of care in England making quality indicators analysing data from the health care system such as rates of in-hospital mortality, 30-day post surgical mortality, and emergency readmissions. The authors concluded that there had been no change in the quality of care as measured by the method used. However, it is possible that there may have been features of quality of care that could have been adversely affected by PbR that were not observed in the study.

The combination of payment by results and patient choice gave the users of the health care system the strength to decide where the money is going, so this is a way to empower the patient. In this case the decisions that they make has an incidence in the accounts of the suppliers. Normally that should make providers much more in touch with the patients' needs and be more responsible.

Another positive effect is that higher degrees of transparency should also be achieved in the prices charged to the NHS relative to providers, because if they will be paid for each case treated, that will force suppliers to improve in information, like statistics (On which purchasing depends). It also transfers the risk from the founder to beneficiaries (providers), and that encourages hospitals to have better outcomes, but PBR should be well designed otherwise it can have undesirable effects.

Private finance initiative

In the introduction of this study we spoke about the increases of the cost of the welfare state with a national debt that in many countries like Spain is now over 100 per cent of

GDP. The way hospitals get build and how they get financed is something we have to take in to account in this research.

In this sense the ways public health care systems are financed, we have to analyse the private finance initiative, that is the most developed procedure in the United Kingdom. In many studies they analyse the public- private partnerships (PPP)¹⁰⁰. This kind of procedure has been often used for the operation of public services in the last decades in the country and has been particularly controversial in the deliberation of the National Health Service. This type of public private partnership involves private sector supplying construction and deliver of services with a public owned base, during a certain period of time in exchange for a monthly service payment. The period of time can change but used to be 30 years with the possibility of 30 more.

Although this legislation was conceived by the conservative administration, during the labour government they didn't change anything in a clear support of this public private partnership. So we can say that the conservative party initiated the PFI and under the Labour it got boosted. In this sense The New Labour administration facilitated these schemes and brighter use of the PFI from 1997 to 2010, in order to ensure funds without increasing the national debt, as we focus later, keeping the debt “ off the balance sheet”.

The conservative Chancellor Norman Lamont introduced in 1992 the private finance initiative, partly in response to the recession of the building industry. Kenneth Clark expanded on the role of PFI in his budget speech of 1996: “The public sector does not buy assets, it buys services. The private sector is responsible for deciding how to supply these services and what investment is requires to support these services”.

The private financial initiatives took some time to start to work in the United Kingdom because of the uncertainty for the investors about the situation of the legal status form the NHS trust, when it has to do with the financial failure (bankrupt and default) of this individual trusts. Until these circumstances banks and constructors were not disposed to take the risks and borrow the money to support PFI in the National health system. To solve this problem the authorities approved legislation, two ACTs in order to give more security for banks and investors. In first place we had the NHS Residual Liabilities Act,

¹⁰⁰ Is a government service that is funded and operated through a partnership of the government and one or more private sector companies.

that was in 1996 and one year later they pass the NHS (Private Finance) Act. Both went in the same direction, to provide assurance, specially in circumstances where NHS trust get bankrupt, providing suitable financial reimbursement by the government. The second Act was necessary to satisfy investors, because the first one was not enough for them.

Private financial Initiative has been clearly the dominant form of procurement in the National Health Service (NHS). In the last decades most of the new contracts for new hospital projects involved PFI, from April 1997 to April 2007 reached the 87,3%, accounting for 8,5 million pounds from a total of 9,7 million pounds (Hellowell& Pollock 2009). During the same period of time by mid 2009 from the 133 hospitals built or under construction, 101 were privately financed. From what we have read, the coalition government has continued this kind of collaborations and according to dates from the Treasury currently 726 PFI projects.

So is the case that despite there is the possibility of conventional procurement, the managers have the feeling that PFI was "the only game on town" Niskanen¹⁰¹ (1975, p. 617).

EMPIRICAL EVIDENCE

Allyson Pollock who is the researcher that write more about this issues, set out in detail why many schemes have provided spurious evidence to suggest they are cost-saving.

For Pollock, PFI differed the payments, is not an economic case. One of the arguments of value for money is the case that under public procurement all the cost of hospital development are paid in the first few years, nevertheless under private finance initiative they are spread over 25 or 30 years. To find out the economic consequences of this fact we have to make a discounted cash flow analysis. There is a principle arguing that money spent now or in the nearer future generate higher costs than money spent years later.

As we said before one of the problems that detractors for PFI is the price of financing this services. There is some kind of consensus that borrowing is more expensive

¹⁰¹ Niskanen was arguing for more competition within the public sector to increase perceived inefficiencies coming from the public sector provider being "the only game in town."

through this way than financing the same operation with the public sector. If we focus on the health care system, the private finance initiative substantially increases the cost of hospital building. In a sample of hospitals built under the private finance initiative the total costs (construction costs plus financing costs) are 18-60% higher than construction costs alone (Pollock 1999).

The Treasury Committee report that “the cost of capital for a typical PFI project is currently over 8%- double the long term government rate of approximately 4%. The difference in finance costs means that PFI projects are significantly more expensive to fund over the life of the project...”

The fact that price of the private finance initiatives have to reflect the payment associated with the discount and the cost have to show the risk of transfer too. In this case Pollock suggest that investment under private finance initiatives cost more than public sector options. For this researcher the discount rate putted by the Treasury covers the main feature of Private finance, that the capital is more expensive. Despite this his findings shows better results of the net present cost for the public sector options in most of the cases. Nevertheless because cost in risk adjusted, this advantage disappears in favour of the Private initiative. This happens by adding a lump of sum to the net present cost of the public sector comparator. In his research he shows tables where risk transfer is valued at between 20million to 70 million pounds in several examples, having important consequences in the results. In this study Pollock suggest that both discounting and risk adjustment are necessary to prove value for money for private finance initiatives and argues that in the 6% rate the transfer of risk is already included, as Treasury set a higher level than a risk-free interest rate. So in this case the cost of risk is counted two times.

In another study carried out by Shaoul et al (2008) from the first 12 PFI hospitals he found that private finance costs were for 8%, been the public finance at the time for 4,5%.

Another highly controversial question is the fact if PFI should be on or off the public sector balance sheet in the sense of accounting proposes. This question seems to have remarkably difficulties to solve in a proper way (See Broadbent and Laughlin (2002) for more information). There have been considerable disagreements about how to account this kind of transactions. One of the main reasons is if the transactions involve purchase

of assets and if this should appear in the balances. Detractors of the use private funds to build new infrastructures or replace the old ones argue macroeconomic interest in order to join the convergence criteria of the European Monetary Union.

Another reason for concern is that Shareholders in private finance initiative schemes can expect real returns of 15-25% a year. The consortiums involved in these schemes charge the NHS fees equivalent to 11.2-18.5% of construction costs.

Researchers understand from the study of the cases the need to concentrate on specific aspects of the PFI in order to make better evaluations in the future. For Arthur Anderson the gap between public and private sector cost are getting smaller by the way that there is more experience and understanding of the private finance initiatives.

PROBLEMS OF THE NHS

The National Healthcare system is well valued by the British people and after the reforms, things are getting better. As well international studies like The Commonwealth Fund or the ones from World Health Organization results are quite good. Despite this, there are some problems. There are still financial issues and the system is overcrowded in some services.

If we listen to the news, most of the time we hear about the financial problems that the NHS (National Healthcare System) has. Owing to the increasing demand over the last few years and the way health care providers have managed their budgets, many of them are experiencing financial bankruptcy. Many of the organisations were clearly struggling with their finances as a result of increased pressure on services, Monitor's quarterly report warned. NHS Trusts in England reported a total deficit of £822m in 2014-15, compared with £115m the previous year, said the BBC.

This is one of the consequences when the demand for services exceeds supply in the health care system. As can happen with other kinds of public goods, the quality of the service can deteriorate, Garrett Hardin called it "the tragedy of the commons". In general, like most of the universal health care systems, the NHS is financed through taxation which is managed by the treasury, and its main feature is that it is a free service. In general there are no co-payments, the only exception is the £8.40 fee for

prescriptions¹⁰². The authorities have to do a review every two or three years. If we focus on England the public spending on healthcare is about £107 billion every year, which is about two times what is needed for education and four times what is spent on defence.

Most of the financial directors and entities related with the NHS showed concern in the last survey about the amount of money that they were going to receive in the next few years, because they found with the last budgets they could not afford the increasing demand. As Richard Murray of The King's Fund said in the press, not too long ago, “Plugging the growing black hole in NHS finances must now be an urgent priority for the government”.

FUTURE

There has been an considerable effort in the NHS in order to improve healthcare. This effort was translated not only in more resources, but more patient choice and openness to every kind of health providers. The main mechanism that they have encourage is the competition between providers in order to attract more patients.

This kind of reforms are in the good direction and must to move forward in the same way. Many of this reforms must be ended. Patient choice must be in the whole territory so that they can choose more providers.

From the point of view from the patient choice, there must be more choice for patients to take new kind of treatments that are not in the extent of the service provided. This could be possible if the NHS pay a proportion of the costs of this treatment.

The competition should be extended to the commissioners side, with more independent GP (General Practitioners). This should suppose more choice for the patients.

The paying by results reform should be continued, because many of the hospitals are still paid by the old budget form. This kind of payment by activity improve the productivity attracting more patients. Although some studies suggest better outcomes in length of stay and cost savings, there are still some challenges that should be fixed.

¹⁰² There are other exceptions like dental charges or eye care cost where you have to pay depending on your income and other factors. See Extent of the services provided by the NHS. **COPAYMENTS in some services**

We need to know more about what the impacts from the PbR on the health providers will be. The complexity of the tariff system needs improvements in the details of the financial side and the activities information in order to understand the market oriented health care system.

On the other hand this payment system must have real consequences. Managers need to see that the results have an effect on the budget. If there is an organization that failed, others with better financial outcomes should have the possibility to buy from them.

Last and not least, the patient should have more responsibility in financing the healthcare. The inclusion of copayments at the point of delivery could have good results.

LESSONS for Spain

Despite the similarities between the NHS and the Spanish healthcare system, a higher level of patient choice and some mechanisms that have been established in order to make it more efficient, suggest that we can take some lessons for the case of Spain.

The National Healthcare System (NHS) faces some elements related with health services in a different way as in Spain:

- The possibility of choosing the doctor and health provider, public or private
- Providers compete for the patients
- The way hospitals get paid.

Competition in publicly funded health care can work well, when it is well designed, there is an improvement in efficiency and a decrease in mortality. This is the main conclusion that we have found after reading several studies, despite the first reform didn't reach the results expected¹⁰³. In general the reforms made in the NHS in the last decades have worked. Evaluations by Carol Propper and colleagues at CMPO, LSE and York University suggest that they have succeeded (Gaynor et al, 2010; Bloom et al, 2010; Cooper et al, 2011).

To reach better results on quality and efficiency prices must be fixed in advance. Several studies have found that consistent with theory, the introduction of fixed prices has lowered mortality rates and shortened overall length of stay (Cooper et al, 2011,

¹⁰³ Internal market reform supposed, higher death rates, better waiting times

Gaynor et al 2010). Hospitals that face more competitive pressure, were able to find way to marshal resources more efficiently and to produce better patient outcomes (Gaynor 2010).

As the evidence suggest, provider competition and patient choice must be maintained, and indeed developed further. In this sense, if more information on quality efficiency is available, better will be for the patients, in order to choose providers with all de data necessary to do it.

But as we said about the payment system, this must be well design, because there exist evidence of cream-skimming when the competition is extend to private providers, producing a fall in the outcomes of the public providers. To improve this we need more sophisticated risk – adjustments of hospital payment to control for variation in patients and limit hospitals to crate excess profit by focusing on healthier patients.

For the providers that don't reach the minimum lines of quality and efficiency, there must be some consequences in order to keep the organization in the market. That is something that is not completely implemented in the NHS health care system and should be expected to continue with the reforms. For that there must be easier the entrance and the exit of the different kind of providers, having to opportunity of buying those with financial issues.

There has been a first wave of research that has provided a very valuable base of knowledge for further studies. Nevertheless most of the studies are focus on a single measure of health care quality or efficiency. We need new measures for this issues because the once that we have now are not completely enough to make conclusions about the consequences from competition in the health care system.

BIBLIOGRAFIA

Abasolo, I., Pinilla, J., & Negrín, M. (2008): Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autónomas en España: un análisis multinivel. *Hacienda pública española*, 187(4), 87-106.

Abellán, José María (2013): Informe sobre la sostenibilidad financiera del sistema sanitario español. Fundación BBVA- Ivie. Disponible en www.fbbva.es

Abellán, José María y Fernando I. Sánchez (2013): ¿Por qué lo llaman gestión privada cuando quieren decir “desfuncionarización”? , Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES), Universidad de Murcia

Abel-Smith, B., & Mossialos, E. (1994). Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health policy*, 28(2), 89-132.

Allen P, P. and L. Jones (2011): Increasing the Diversity of Health Care Providers. London. The King's Fund.

Alonso Olea, Manuel (2000): El origen de la Seguridad Social en la Ley de Accidentes de trabajo de 30 de enero de 1990. Papeles y Memorias de la Real Academia de las Ciencias Morales y Políticas.**Anell, Anders and Glenngard, Anna H. and Merkur, S (2012):** Sweden: health system review. *Health systems in transition*, 14 (5).pp 1-159. ISSN 1817-6119

Appleby, J. and Alvarez-Rosete, A. (2005). 'Public responses to NHS reform. ' in A. Park, J. Cutice, K. Thompson, C. Bromley, M. Phillips and M. Johnson (eds.), *British Social Attitudes 22nd report*. London: Sage

Arenas, C (2013): Informe SEDISA. Sociedad Española de Directivos de la Salud

Arizaleta, L. H., Rodríguez, J. P., Cid, M. M., & Piqueras, O. M. (2009). Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gaceta Sanitaria*, 23(3), 208-215.

Arthur Andersen. Value for Money Drivers in the private financial initiatives. The Treasury Task Force available at www.treasury-projects-taskforce.gov.uk

Audit Commission (2004) *Introducing Payment by Results – Getting the Balance Right for the NHS and Taxpayers*, London: Audit Commission.

Audit Commission (2006) Learning the Lessons from Financial Failure in the NHS, London: Audit Commission

Banting, K., & Corbett, S. (2001). Federalism and health care policy: an introduction. In *Health Policy and Federalism Workshop* (pp. 15-16).

Barómetro sanitario (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Bartholomew, J (2004) The welfare State we are in, London: Politico`s.

Beckert, W., Christensen, M., & Collyer, K. (2012). Choice of NHS-funded Hospital Services in England. *The Economic Journal*, 122(560), 400-417.

Bartlett, W., P Allen, V. Pérotin, S Turner, B, Zamora (2011): Provider diversity in the NHS: Impact on quality and innovation. Centaur.reading.ac.uk

Bergh, A. (2009): *Den kapitalistiska välfärdsstaten*. Falun: Norstedts akademiska förlag

Bevan, G., & Skellern, M. (2011). Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *BMJ: British Medical Journal*, 343.

Boyle, Sean. Payment by results in England. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies.

LSE

Biel, P. R., & del Castillo, J. R. (2006). *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver*. Fundación Alternativas.

Blanco Moreno, Á., Urbanos Garrido, R., Vasallo, T., & John, I. (2013). Real per capita health spending by age and sex in Spain (1998-2008): changes and effects on public healthcare expenditure projections. *Gaceta sanitaria*, 27(3), 220-225.

Berwick D. and Hackbarth A. (2012): *Eliminating waste in US health care*”, *JAMA* 307 (14), 1513-1516

Bidgood, Elliot, Emily Clarke, David Green, and Benedict Irvine (2013): *Healthcare Systems: Germany Civitas*.

Bodenheimer, T. (2005): High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation. *Annals of internal medicine*, 142(10), 847-854.

Bohígas, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 316-318.

Bosch Martín, Juan (1947): *El niño español del siglo XX*. Contestación del académico Numerario Excmo. Sr. D. José A. Palanca, Madrid, Real Academia de la Medicina.

- Bourke, Geoffrey J. (ed.)(1983):** *The epidemiology of cancer*, Sideny, Croom Helm
- Broadbent, J., C. Haslam and R. Laughlin (2000)** ‘The Origins and Operation of the Private Finance Initiative’, in *The Private Finance Initiative: Saviour, Villain or Irrelevance?*, London: Institute for Public Policy Research (IPPR)
- Broadbent, J. and Laughin, R. (2002)**, “Accounting choices: technical and political tradeoffs and the UK’s Private Finance Initiative”, *Accounting, Auditing & Accountability journal*, Vol 15 No.5, pp 622-54
- Broadbent, J. and Laughin, Gil, J. R. (2003)**, “Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK. Kings College London , University of London, London UK.
- Bullock H, Mountford J, Stanley R (2001).** *Better Policy Making*. London: Centre for Management and Policy Studies, Cabinet Office.
- Burnet, Etienne (1932):** General principles governing the prevention of tuberculosis. *Quarterly Bulletin of the Health Organization*, 1, 4, pp. 493-657.
- Cains, John (1981):** *Cáncer: Ciencia y sociedad*, Barcelona, Reverté
- Cardona, Álvaro (2005):** *La salud pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1923)*. Madrid. Consejo de Investigaciones Científicas.
- Chandra, Amitabh, Jonathan Gruber and Robin McKnight (2006):** *Medical Price Sensitivity and Optimal Health Insurance for the Elderly*. MIT
- Cooper,Z., Stephen Gibbons, Simon Jones and Alistair McGuire (2010):** *Does Hospital Competition Improve Efficiency? An Analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS*. Junio 2010
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S. and McGuire, A. (2012)** *Does competition improve public hospitals’ efficiency? Evidence from a quasi-experiment in the English National Health Service’*. CEP Discussion Paper No 1125. London: Centre for Economic Performance.
- Cooper, Z.; Gibbons, S., Jones, S. and McGuire, A. (2011)** *Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms*. *The Economic Journal* 121(August): F228– F260.
- Coulter, A., Le Maistre, N. and Henderson, L. (2005)** *Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment*. Oxford: Picker Institute

Croson, B. (1999). *Organisational Costs in the New NHS: an introduction to the transaction costs and internal costs of delivering health care.* London: Office of Health Economics.

Cutler DM (1995). Technology, Health Costs, and the NIH. Harvard University and the National Bureau of Economic Research. Paper prepared for the National Institutes of Health Economics Roundtable on Biomedical Research, Cambridge, MA.

Cutler D, Kadiyala S (1999). The Economics of Better Health: The case of cardiovascular disease. Mimeo, Harvard University. 66 SPENDING ON HEALTH CARE

Cutler DM, McClellan M (2001). ‘Is technological change in medicine worth it?’. *Health Affairs*, vol 20 (5), pp 11–29.

Cutler, D. M. (2007). The lifetime costs and benefits of medical technology. *Journal of Health Economics*, 26(6), 1081-1100.

Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs, R., Martin, S. and Smith, P. C. (2007), The effects of expanding patient choice of provider on waiting times: evidence from a policy experiment. *Health Econ.*, 16: 113–128. doi:10.1002/hec.1146

Davis, K, Stremikis, K., Squires, D. and Schoen, C. (2014).: *Mirror, mirror, on the wall. How the performance of the U.S. health care system compares internationally.* New York and Washington: The Commonwealth Fund.

Davis, K, Stremikis, K., Squires, D. and Schoen, C. (2014).: *Mirror, mirror, on the wall. How the performance of the U.S. health care system compares internationally.* 2014 Update. New York and Washington: The Commonwealth Fund.

Deaton, A. (2004). Measuring poverty.

Deaton, Angus (2015): *The Great Escape. Health, Wealth and the Origins of Inequality.* Princeton University Press. Princeton and Oxford

Department of Health (2005a). Healthcare Output and Productivity: Accounting for quality change. London: Department of Health.

Department of Health (2005b). Coronary Heart Disease National Service Framework: Leading the way. Progress report. London: Department of Health.

Department of Health (2005c). Chief Executive’s Report to the NHS: December 2005. Statistical supplement. London: Department of Health.

Documentos Círculo de Empresarios. *Un sistema sanitario sostenible (II)*. Junio/Julio 2012

Dopico, Fausto y David Sven-Reher (1998): El declive de la mortalidad en España, 1860-1930. Zaragoza, Asociación de Demografía Histórica.

Di Matteo, L. (2005). The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health policy*, 71(1), 23-42.

Dixon, A. (2002): Are medical savings accounts a viable option for funding health care? *Croatian Medical Journal*, 43(4): 408-16.

Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D (2004). Managing Chronic Disease: What can we learn from the US experience. London: King's Fund.

Dixon T, Shaw M, Frankel S, Ebrahim S (2004). 'Hospital admissions, age and death: retrospective cohort study'. *British Medical Journal*, vol 328, pp 1288–90.

Dixon, A. and Robertson, R. (2011) Patient choice of hospital, in Dixon, A., Mays, N. and Jones, L. (eds) *Understanding New Labour's market reforms of the English NHS*. London: The King's Fund.

Ellins, J I CJ Ham, H Parker – 2008 [Choice and competition in primary care: much ado about nothing?](#)

- epapers.bham.ac.uk

Ellins, Jo L and Ham, Chris J and Parker, Helen (2008) *Choice and competition in Primary Care: Much Ado About Nothing?* [HSMC Policy Papers](#) (2). University of

Esping-Andersen, G. (1990): *The three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2015

Frenk, Julio (1991): Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1, 1, pp. 21-38.

Farrar, S., Yi, D., Sutton, M., Chalkley, M., Sussex, J., & Scott, A. (2009). Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *BMj*, 339, b3047.

Farrar, S., Yi, D. and Boyle, S. (2011) Payment by results, in Dixon, A., Mays, N. and Jones, L. (eds) Understanding New Labour's market reforms of the English NHS. London: The King's Fund.

García Armesto, S., B. Abadía Taira, A. Durán y E. Bernal Delgado (2010): Health Systems in Transition. España: Análisis del sistema sanitario 2010. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y Políticas de Salud.

García Navarro, J. A., Gómez Pavón, J., Maturana Navarrete, N., Arrizabalaga, R., Reyes-Rodríguez Valcarce, A., Ruipérez Cantera, I.,... & Sepúlveda Moya, D. INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.

García Vargas, Julián, Vicente Rambla y Guillermo Fernández Vara (2004): El futuro de la sanidad en España. Circulo de la Sanidad

Garber, Alan and Jonathan Skinner (2008): *Is American Health Care Uniquely Inefficient?* Journal of Economic Perspectives, vol.22 n.º4, autumn, 2008, pag. 27-50

Gay, Juan, Paris Valerie, Devaux Marion and de Looper Michael (2011). *Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: Estimates and Methodological Issues.* OCDE Health working papers No.55. Paris: OECD Publishing.

Gerdtham, U.-G., C. Rehenberg & M. Tambour (1999): *The impact of internal markets on health care efficiency: evidence from health care reforms in Sweden,* Applied Economics, 31: (, 935-945, DOI: 10.1080/000368499323652

Gil-Guillén, V., Orozco-Beltrán, D., Pérez, R. P., Alfonso, J. L., Redón, J., Pertusa-Martínez, S., ... & Carratalá, C. (2010). Clinical inertia in diagnosis and treatment of hypertension in primary care: quantification and associated factors. *Blood pressure*, 19(1), 3-10.

Ginsburg, P. B. (2008). High and rising health care costs: Demystifying US health care spending. *Princeton, NJ.*

Goodman, John (2004): *Statement on Health Savings Account before de US Senate Special Committee on Aging*, 19 May, www.ncpa.org/pdfs/tst20040519.pdf.

Goodman, John (2012): *Priceless: Curing the Healthcare Crisis.* Oakland: Independent Institute, 2012, 370 PP.

Gómez-Pomar, Julio, Garcés, Mario y Elorriaga, Gabriel (2010): *Por un Estado Autonómico Racional y Viable.* Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales

González, B., & Barber, P. (2006). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. *Documentos de Trabajo de la Fundación Alternativas*, 90, 2006.

Granada Revilla, Javier (2011): 25 años de la Ley general de la Sanidad. Diario electrónico de la Sanidad.

Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., & Shaoul, J. (1999). PFI in the NHS-is there an economic case?. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7202), 116.

Gay, J., Paris, V., Devaux, M. and de Looper, M. (2011) Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: Estimates and methodological issues. OECD Health Working Paper No. 55. Paris: OECD Publishing.

Gaynor, M. (2007). Competition and quality in health care markets. *Foundations and Trends® in Microeconomics*, 2(6), 441-508.

Gaynor, M., Moreno-Serram, R. and Propper, C. (2011) Death by market power: Reform, competition and patient outcomes in the 51 National Health Service. Working Paper No. 10/242. Bristol: Centre for Market and Public Organisation at the University of Bristol.

Gaynor, Martin; Moreno-Serra, Rodrigo; Propper, Carol (2013). Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service. [American Economic Journal: Economic Policy](#), Volume 5, Number 4, November 2013, pp. 134-166(33)

Gokhale, J. (2014): The Government Debt Iceberg. Insitute of Economic Affairs. London.

Grout P. A. (1997): The economics of Private finance initiative. Oxford review of Economic Policy vol. 13 (4), pp. 53-66.

Hadad, Sharon, Hadad, Yossi, Simon-Tuval, Tzahit (2011): *Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries.* Eur J Health Econ (2013) 253-265.

Hadad, Sharon, Hadad, Yossi, Simon-Tuval, Tzahit (2011): *Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries.* Eur J Health Econ (2013)14:253-265.

Hardin, G. (1968): *The tragedy of the commons.* Science, 162(3859):1243-8.

Hellowell, M., & Pollock, A. M. (2009). The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice. *Economic Affairs*, 29(1), 13-19.

Hood., Christopher Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services. LSE

Hubbard, R., and O'Brien (2015): *Microeconomics*. Pearson, 2015. ISBN 9780133455540.

Huertas, (Rafael 2000): Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la IIª Republica. Revista Española de la Salud Pública.

IEF-Instituto de Estudios Fiscales (2005): Informe para el análisis del gasto sanitario, Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del Gasto Sanitario, IEF, Madrid.

INE. Instituto Nacional de Estadística (2015). Base de datos. Disponible en www.ine.es
Informe MS (2010). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Institute for Public Policy Research (London. (2001). *Building Better Partnerships: The Final Report of the Commission on Public Private Partnerships*. Institute for Public Policy Research.

Índice de Libertad Económica (2016): Heritage Foundation. Sitio internet disponible en www.heritage.org

Jonsson, E. (1994): Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer värde för pengarna? En jämförande utvärdering, Institutet för Kommunal Ekonomi

Joumard I., André, C. and Nicq C. (2010): “*Health care systems: Efficiency and Institutions*”, OECD Economics Department Working Papers No. 769.

Kearns, Gerry (1989): *Zivilis or Hygaeia: Urban public health and the epidemiologic transition*. Londres, Belhaven Press, pp. 96-124.

Knable Gotts, I., & Rapp, R. T. (2004). Antitrust treatment of mergers involving future goods. *Antitrust*, 19, 100.

Lasist (2012). Informe Laisst Evaluación de resultados de los hospitales en España según modelo de gestión. Disponible en www.iasist.com

Lauro Hernando Arizaleta, Joaquín Palomar Rodríguez, Mirari Marquez Cid, Olga Montegudo Piqueras (2009):. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: Frecuentación, casuística y repercusión económica. Gaceta sanitaria.

Ley General de la Sanidad (1986). Boletín Oficial del Estado.

Le Grand J, Mays N, Mulligan J eds (1998). Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence. London: King's Fund.

LE GRAND, J. (2007), The Politics of Choice and Competition in Public Services. *The Political Quarterly*, 78: 207–213. doi:10.1111/j.1467-923X.2007.00848.x

- Le Maistre, N., Reeves, R., & Coulter, A. (2003).** Patients' experience of CHD choice. *Report commissioned by the Department of Health. Picker Institute Europe, Oxford.*
- Light, DW (1985):** *Values and Structure in the German health care systems.* Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society. 1985;63(4)
- López Casanovas, Guillen (1999):** La capitación de la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: El caso de la sanidad y de la educación. CRES-UPF Working Paper 399.
- Lopez Casanovas, Guillem (2007):** *Reflexiones sobre el futuro de la sanidad privada en España.* Universidad Pompeu Fabra.
- López Casanovas, Guillen y Pellise, Laura (2012):** *El sistema sanitario y de dependencia: Situación y Perspectivas.* CRES-UPF Working Paper # 201210-66
- Lillo Fernández de Cuevas, José María y María del Carmen Rodríguez (2014):** Estadística del gasto sanitario público. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Magnussen, J.; Tediosi, F. y Mihalyi, P. (2007):** «Effects of decentralization and recentralization on economic dimension of health systems», en Saltman, R.B.; Bankauskaite, V. y Vrangbaek, K. (eds.): *Decentralization in Health Care (European Observatory on Health Systems and Policies series)*, OUP - McGraw-Hill - WHO-Europe, Glasgow, pp. 105-110
- Martín-Martín, J. (2006):** «Instituciones sanitarias y formas de gestión», en Repullo, J.R. y Iñesta, A., *Sistemas y Servicios Sanitarios. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica*, vol. 1, Madrid, Díaz de Santos, pp. 199-241.
- Martinez Navarro, Juan Fernando (1994):** Salud pública y desarrollo de la epidemiología en la España del Siglo XX. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68,pp.29-43
- Mannion, R., & Davies, H. T. (2008). Payment for performance in health care. *BMJ: British Medical Journal*, 336(7639), 306.
- Maritn Gaynor, 2006.** What do we know about Competition and Quality in Health Care Markets? The National Bureau of Economic Research. Working Paper No. 12301
- Martin Gaynor, Rodrigo Moreno-Serra, Carol Propper (2012):** Can Competition Improve Outcomes in UK Health Care? Lessons from the Past Two Decades . *Journal of Health Services Research & Policy* .Vol 17, Issue 1_suppl, pp. 49 – 54.

Maynard, A. (1994). Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK National Health Service. *Social science & medicine*, 39(10), 1433-1445.

Mays, G. P., & Smith, S. A. (2011). Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths. *Health Affairs*, 10-1377.

Mas-Colell, Anreu, Elena Muñoz, Jose Luis Saz, Francisco Bono, Percival

Manglano y Manuel Sánchez (2012): El ajuste fiscal de las Comunidades Autónomas visto desde dentro. Instituto de Estudios Económicos

McKeown, Thomas (1976): The modern rise of population, Londres, Edward Arnold Publishers

McClellan, M., & Staiger, D. (1999). *The quality of health care providers* (No. w7327). National bureau of economic research.

Monitor empresarial de reputación corporativa (Merco). Disponible en <http://merco.info/es/monitor-reputacion-sanitaria>

Mossialos, E., & Le Grand, J. (1999). *Health care and cost containment in the European Union*. Ashgate.

NHS Confederation (2011) The search for low-cost integrated healthcare. Disponible en <http://www.nhsconfed.org/resources/2011>

Niemietz, Krisitan (2014): *Health Check: The NHS and Market Reforms*. Institute of Economic Affairs. London. Available at iea.org.uk

Niemietz, Krisitan (2015) .Internal markets, management targets, and quasi-markets: An analysis of health care reforms in the English NHS. Insitute of Economic Affairs. London.

Niemietz, Krisitan (2016): Universal Healthcare without the NHS. Insitute of Economic Affairs. London

Niskanen, W. A. (1975). Bureaucrats and politicians. *The Journal of Law and Economics*, 18(3), 617-643.

Newhouse, Joseph P. and the Insurance Experiment Group (1993): *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Harward University Press.

Núñez, Gregorio (2001): Modernización de las ciudades españolas durante la crisis política de la restauración. *Ciudad y Territorio. Estudios territoriales*, XXXIII, 128, pp. 251-273.

OCDE (2014): Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. España en comparación

OECD (2013) *Health at a Glance 2013, OECD Indicators*, Paris: OECD Publishing

OECD (2014) *OECD Health Statistics 2014 – Frequently Requested Data*

OECD. StatExtracts (2015), OECD database, available at

http://stats.oecd.org/idenx.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

OECD Health policy overview. Health policy in Sweden (2016). OECD. Better policies for better lives. Available at www.oecd.org/health

Omran, Abdel R. (1971): The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, pp. 509-583.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2000: Informe sobre la salud en el mundo.

Peiró, S., Librero, J., Rido, M., Bernal-Delgado, E., & Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. (2010). Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 6-12.

Peiró, S., Artells, J. J., & Meneu, R. (2011). Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 95-105.

Pérez, M., Vicente, David-Sven Reher y Alberto Sanz Gimeno (2015): La conquista de la salud. Marcial Pons Historia.

Perdiguer Gil, Enrique (1993): Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. *Boletín de las Asociación de Demografía Histórica*, XI, 3, pp. 67-68.

Pérotin, V., Zamora, B., Reeves, R., Bartlett, W., & Allen, P. (2013). Does hospital ownership affect patient experience? An investigation into public–private sector differences in England. *Journal of health economics*, 32(3), 633-646.

Perona Larraz, José Luis (2007): Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica. Circulo de la Sanidad.

- Planas M., Ivan (2002):** *Instrumentos de contratación externa: Los vales o cheques. Analisis teórico y evidencias empíricas.* Universidad Pompeu Fabra. Documento de trabajo 2. Fundacion BBVA.
- Pindyck, Robert and Daniel Rubinfeld (2013):** *Microeconomía. 8ª edición.* Pearson.
- Pollock, A. M., Dunnigan, M. G., Gaffney, D., Price, D., & Shaoul, J. (1999).** Planning the " new" NHS: downsizing for the 21st century. *BMJ: British Medical Journal*, 319(7203), 179.
- Pollock, A., Shaoul, J., Rowland, D., & Player, S. (2001).** A response to the IPPR Commission on Public Private Partnerships. *Health Policy and Health Services Research Unit, London: University College.*
- Pomes, Julio (2017):** *Suecia: ejemplo a imitar.* Diario de Navarra
- Preston, S. H. (1975).** The changing relation between mortality and level of economic development. *Population studies*, 29(2), 231-248.
- Propper, C., Burgess, S. and Gossage, D. (2008)** Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991-9. *The Economic Journal* 118: 138–170.
- Propper, C., Burgess, S., Green, K. (2004)** Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics* 88: 1247–1272. 52
- Propper, C., Croxson, B. and Shearer, A. (2002)** Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding. *Journal of Health Economics* 21: 227–252.
- Puig-Junoy, J., & Pérez-Sust, P. (2002).** Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria*, 16(2), 145-155.
- Puig- Junoy, Jaime (2006):** ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? CRES. Universidad Pompeu Fabra.
- Puig-Junoy, J., & Peiró, S. (2009).** De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido ya la relación coste-efectividad incremental. *Revista española de salud pública*, 83(1), 59-70.
- Reher, David- Seven (2011):** Economic and social implications of the Demographic Transition. Nueva York, Population Council-Population and Development Review, pp. 11-33.
- Repullo José R. (2007):** Gasto sanitario y descentralización: ¿saldara a cuenta haber transferido el INSALUD? Instituto de Estudios Fiscales.
- Repullo José R. (2014):** Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria

- Rey del Castillo, J. (2003):** Una propuesta alternativa para la coordinación del SNS español (documento de trabajo 9/2003), Fundación Alternativas, Madrid
- Robles, Elena, Fernando García y Josep Bernabeu (1996):** La transición sanitaria en España, 1900-1990. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 2, pp. 221-233.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (2000):** La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España.
- Rodríguez-Pose, A., & Ezcurra, R. (2009).** Does decentralization matter for regional disparities? A cross-country analysis. *Journal of Economic Geography*, lbp049.
- Rojas, Mauricio (2010):** *Reinventar el Estado del Bienestar. La experiencia de Suecia.* Gota a Gota.
- Rondinelli, D. A., & Ingle, M. (1980).** *Improving the implementation of development programs: beyond administrative reform.* Practical Concepts Incorporated.
- Rosen, R., Florin, D. and Hutt, R. (2007)** *An Anatomy of GP Referral Decisions.* London: Kings Fund.
- Salort, Salvador (2008):** *Vivir y morir en Alicante. Higienistas e inversiones públicas en salud (1859-1923),* Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Saltman, Richard B. (1992):** *Recent health policy initiatives in Nordic countries.* *Health Care Financ Rev.* 1992 Summer; 13 (4): 157-166.
- Sánchez Caro, J. (2000).** Régimen jurídico de las nuevas formas de gestión en la sanidad española (la perspectiva del Instituto Nacional de la Salud). *Administración Sanitaria*, (14), 283-331.
- Sanz Gimeno, Alberto (2002):** La caída de la mortalidad en la infancia en la España de interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte. *Cuadernos de Historia Contemporánea.*, 24, pp. 151-188.
- Schölkopf, Maritn (2010):** *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik.* Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Segovia de Arana, José María (2000):** *Asistencia sanitaria y Seguridad Social en España.* Academia de las Ciencias Morales y Políticas.
- Segura, J. V. S. (2005).** *Financiación autonómica: problemas y propuestas.*
- Serdén, L., Lindqvist R, Rosén, M. (2003):** *Have DRG- based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data?* *Health Policy*, 2003Aug; 65(2): 101-7.

Selby, J., B. Frieman and B. Swain (1996): *Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organisation.* New England Journal of Medicine, 334(10).

Socialstyrelsen (2008), base de datos. Sitio de internet de la Superintendencia Social.

Disponisble en <http://www.socialstyrelsen.se>.

Svanborg-Sjövall, Karin (2014): *Privatisating The Swedish Welfare State.* Insitute of Economic Affais. London. Volume 34, Issuse 2.Pages 181-192

Seshamani, M., & Gray, A. M. (2004). A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *Journal of health economics*, 23(2), 217-235.

SESPAS (2012). Informe SESPAS 2012: La atención primaria: Evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria.

Sevilla, Francisco (2006): Evolución de la atención sanitaria pública en España: De la Seguridad social Alt. Sistema Nacional de Salud. Laboratorio de Alternativas.

Smith, A. (1937). The wealth of nations [1776].

Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria (2010). Informe SEDAP 2010

Söderlund, N., Csaba, I., Gray, A, Milne, R. and Raftery, J. (1997) Impact of the NHS reforms on English hospital productivity: An analysis of the first three years. *British Medical Journal* 315: 1126– 1129.

Soler, M. M., & Vasallo, J. M. (2007). Sistema nacional de salud español.

Características y análisis. *Enfermería global*, 6(1).

Stone, D. A.(1980): *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany.* Chicago: University of Chicago Press.

Taylor,R. (2013) God bless de NHS: The truth Behind de Current Crisis. London: Faber&Faber.

Tiemann, Oliver, Scheryög, Joanas and Busse, Reinhard 20011: *Which type of hospital ownership has the best performance? Evidence and Implications for Germany:* Iside pages_ Vol 17 No 2-3 09/09/2011

Timmins, N. (2008) 'Forces of change threaten to shatter political consensus ', *Financial Times* 3 July.

Timmins Nicholas 2009. The NICE Way of influencing Health Spending: A conversation with Sir Michalel Rawlins. *Health Affairs*

Vázquez, Pablo (2006): Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Fundación de estudios de economía aplicada. FEDEA.

Von Hayek, F.A. (1968); *Der Wettbewerb als Endtdeckungserfahren*. Kieler Vortrage 56, Kiel.

Woods, Robert (1991): Public Health and public hygiene: the urban environment in the late nineteenth and early twentieth centuries. Oxford, Claredon Press, pp. 233-247.

World Health Organisation (2000). The World Health Report 2000 Health Systems: Improving performance. Geneva: WHO.

Zweifel, P., Felder, S., & Werblow, A. (2004). Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice*, 29(4), 652-666.

Zweifel P, Felder S, Meiers M (1999). ‘Ageing of population and health care expenditure: a red herring?’ *Health Economics*, vol 4, pp 485–96.

Zweifel P, Manning WG (2000). ‘Moral hazard and consumer incentives in health care’ in *Handbook of Health Economics*, Culyer AJ and Newhouse JP eds, vol 1, part 1, pp 409–59. Amsterdam: Elsevier.