

PANORAMA SOCIAL

7

LAS CLAVES DE LA SANIDAD FUTURA: INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN



A DEBATE

Investigación biomédica y biotecnología
Reformas internacionales de los sistemas de sanidad
En busca de nuevas fórmulas de gestión sanitaria
Financiación del gasto sanitario en España
El valor de los medicamentos

COLABORAN:

E. de Álava, O. Arteaga, M. Asensio, J. Barretina,
J. M. Cabasés, L. Cabiedes, L. Cabrera, D. Cantarero,
P. De Paepe, B. González López-Valcárcel, T. P. Hagen,
V. Ortún, B. Ruiz, I. Salcedo, A. Sancho, G. Solimano,
T. Tjerbo, J. P. Unger y N. Zozaya

VOCES A CONTRACORRIENTE

Paul Farmer y la defensa
de la sanidad global

CAJAS DE AHORROS

El compromiso de la Obra Social
con la sanidad



FUNCAS

PRIMER SEMESTRE. 2008

PANORAMA SOCIAL

7

LAS CLAVES DE
LA SANIDAD FUTURA:
INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN





FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

PATRONATO

JUAN R. QUINTÁS SEOANE (*Presidente*)
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN (*Secretario*)
JOSÉ ANTONIO ARCOS MOYA
JULIO FERMOSE GARCÍA
JULIO FERNÁNDEZ GAYOSO
JOSEP IBERN GALLART
ROBERTO LÓPEZ ABAD
JESÚS MEDINA OCAÑA
RICARD PAGÈS FONT
ATILANO SOTO RÁBANOS

PANORAMA SOCIAL

Número 7. Primer semestre. 2008

CONSEJO DE REDACCIÓN

VICTORIO VALLE SÁNCHEZ (*Director*)
ELISA CHULIÁ RODRIGO (*Secretaria*)
FRANCISCO ALVIRA MARTÍN
JOSÉ ANTONIO ANTÓN PÉREZ
CARLOS BALADO GARCÍA
JOSÉ GARCÍA LÓPEZ
VÍCTOR PÉREZ-DÍAZ

PEDIDOS E INFORMACIÓN

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.
Teléfono: 91 596 54 81
Fax: 91 596 57 96
Correo electrónico: suscrip@funcas.es

Printed in Spain
Edita: FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS (FUNCAS)
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.

© FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISSN: 1699-6852
Depósito legal: M-23-401-2005
Preimpresión: VERSAL COMPOSICIÓN, S.L.
Impriente: RAIZ TÉCNICAS GRÁFICAS, S.L.

Las colaboraciones en esta revista reflejan exclusivamente la opinión de sus autores, y en modo alguno son suscritas o rechazadas por la FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS.

Índice

5 | PRESENTACIÓN

A DEBATE

8 | Sistemas nacionales de salud en proceso de reforma:
hacia fórmulas mixtas entre lo público y lo privado
LAURA CABIEDES MIRAGAYA

21 | La reforma del sector hospitalario noruego y los elusivos
compromisos de disciplina presupuestaria
TERJE P. HAGEN Y TROND TJERBO

36 | El debate sobre la sanidad en Portugal: entre lo público
y lo privado, la solidaridad y la gestión empresarial
MARÍA ASENSIO

44 | La reforma neoliberal de la sanidad chilena:
una valoración y una crítica
JEAN-PIERRE UNGER, PIERRE DE PAEPE, GIORGIO SOLIMANO Y ÓSCAR ARTEAGA

54 | El sistema de financiación del gasto en sanidad:
análisis del caso español
JUAN MANUEL CABASÉS Y DAVID CANTARERO

67 | Incentivos a los médicos, vía de mejora de los servicios sanitarios
VICENTE ORTÚN

77 | Visión clínica del valor sanitario, económico
y social de los medicamentos
BELÉN RUIZ ANTORÁN, ARANTXA SANCHO, LOURDES CABRERA E ISABEL SALCEDO

84 | La investigación biomédica y su impacto sobre
el sistema sanitario español
ENRIQUE DE ÁLAVA

96 | La investigación biomédica en España:
una visión desde el extranjero
JORDI BARRETINA GINESTA

103 | Biotecnología y economía de la salud
BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL Y NÉBOA ZOZAYA

VOCES A CONTRACORRIENTE

112 | Un mundo globalizado sin sanidad global.
La lucha de Paul Farmer contra las desigualdades sanitarias
ELISA CHULIÁ

LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LAS CAJAS DE AHORROS

116 | Caja Castilla La Mancha: vinculando nuevas tecnologías
e investigación sanitaria
MARTÍN MOLINA LÓPEZ

121 | El valor de la salud y la asistencia sanitaria
en la Obra Social de *cajacírculo*
JOSÉ IGNACIO MIJANGOS LINAZA

126 | La sanidad, una apuesta fuerte de la Obra Social
de Caja España
SANTOS LLAMAS LLAMAS

Presentación

Pocas cuestiones interesan y preocupan más a la sociedad que la sanidad, en todas las acepciones del concepto. Este interés y esta preocupación por lo sano, lo saludable y el conjunto de servicios destinados a preservar la salud apenas precisan explicación. Al fin y al cabo, la sanidad representa el factor causal clave del primer y principal cambio social ocurrido durante el siglo XX en los países desarrollados: el aumento de la esperanza de vida. No está de más recordar aquí que, en España, la esperanza de vida para el conjunto de la población hacia 1900 no superaba los 35 años; al final del siglo, se acercaba a los 79 años.

Convertida en un pilar central de los Estados del bienestar, la sanidad es a menudo objeto de debate público. Suele éste centrarse en problemas concretos que van surgiendo en el acceso de los usuarios a los servicios y en la prestación de éstos por parte del personal sanitario. Otros temas quedan con frecuencia al margen de la discusión pública, bien porque no se plantea su importancia de modo claro y adecuado, bien porque se perciben como excesivamente técnicos y complejos. La Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS) dedica este *Panorama Social* a esas otras cuestiones, esenciales para el presente y el futuro de la sanidad y no tan complejas como para que no puedan ser entendidas por la ciudadanía si se presentan y analizan con lucidez.

Gestión e investigación biomédica constituyen los dos grandes ejes en torno a los que gira el grueso de las aportaciones incluidas en este número. Los primeros artículos de la sección A DEBATE

centran la atención en las reformas de los sistemas de salud iniciadas durante las últimas décadas por los Gobiernos de prácticamente todos los países occidentales. La expansión del gasto sanitario y los problemas de eficacia y eficiencia registrados en las instituciones sanitarias han obligado a acometer estas reformas, en buena medida consistentes en la búsqueda de nuevas fórmulas de gestión pública. Así, el artículo de **Laura Cabiedes Miragaya**, de la Universidad de Oviedo, traza un amplio panorama de reformas al analizar las experiencias de cuatro países: Reino Unido, Suecia, España y Nueva Zelanda. Se aprecia ya en este artículo con claridad que las dificultades que entrañan tales iniciativas reformistas no son sólo de carácter técnico, sino también político.

El camino de las reformas sanitarias está marcado por la exploración permanente, y no es raro que los avances en una vertiente vayan acompañados de retrocesos en otras ni que se produzcan consecuencias indeseadas que, a la postre, exijan corregir la senda. Uno de esos casos en los que las reformas no han conseguido los principales objetivos que las inspiraron es el de Noruega, donde en un proceso de "devolución inversa" el Estado central asumió a principios de este siglo la propiedad de todos los hospitales públicos (hasta entonces adscritos a los condados) para limitar el rápido aumento en la producción de servicios sanitarios y en el gasto. Como muestran **Terje P. Hagen** y **Trond Tjerbo**, de la Universidad de Oslo, esta reforma no ha resultado en una contención del gasto de las administraciones sanitarias, toda vez que determinadas características del sistema político noruego han favorecido la imposición de restricciones presupuestarias "blandas", es decir, de escaso cumplimiento.

Distinto es el caso de Portugal, país gobernado desde su transición a la democracia en los años setenta por partidos con muy diversas concepciones sobre el papel de lo público y lo privado en la provisión de la atención sanitaria. Como pone de manifiesto **María Asensio**, investigadora del Instituto Nacional de Administração de Portugal, esta disputa no está resuelta, pero parece claro que la combinación de los firmes apoyos políticos con los que cuenta el sector sanitario privado y el peso de una larga tradición de servicios de salud mixtos ofrece una poderosa resistencia a los intentos de aumentar el protagonismo de la sanidad pública. Aunque de diferente manera, el caso portugués y el caso noruego ilustran que, por ambiciosas y enérgicas que sean las propuestas de reforma sanitaria, éstas pueden toparse con instituciones políticas y sociales sólidamente arraigadas, capaces no sólo de modular el impacto de los cambios, sino en ocasiones también de obligar a sus defensores a desistir de sus intentos.

Evidentemente, un fracaso en la implantación de las reformas resulta mucho menos probable si el país carece de un régimen democrático, como ocurrió en Chile, donde el Gobierno del general Pinochet reestructuró el sistema sanitario, reforzando el sector privado tanto en la financiación como en la provisión de los servicios. Casi tres décadas después de su puesta en marcha se dispone ya de una perspectiva temporal suficiente para valorar los efectos de tal reforma, como hacen **Jean-Pierre Unger** y **Pierre De Paepé**, del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, junto con **Giorgio Solimano** y **Oscar Arteaga**, de la Universidad de Chile.

Mientras en los años ochenta avanzaba en Chile la privatización de los servicios sanitarios y algunos organismos internacionales apuntaban a esta experiencia como modelo, en España la financiación pública de la sanidad recibía un respaldo indiscutible con la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986), que universalizó el acceso a los servicios sanitarios. El aumento del gasto sanitario público ha venido acompañado de un proceso de descentralización plasmado en la creación de diecisiete servicios autonómicos de salud. Como argumentan **Juan Manuel Cabasés** y **David Cantarero**, de la Universidad Pública de Navarra y de la Universidad de Cantabria respectivamente, el sistema español de financiación sanitaria no sólo afronta el reto del incremento del gasto, sino también el de conseguir una distribución equitativa entre las comunidades autónomas sin penalizar los esfuerzos que algunas realicen por gestionar más eficientemente los servicios que proveen a sus usuarios.

Factor clave para la consecución de eficiencia y calidad en la provisión de prestaciones sanitarias son lógicamente los médicos. En ellos enfoca la atención **Vicente Ortún**, de la Universidad Pompeu Fabra, exponiendo una serie de argumentos sobre cómo mejorar el sistema de incentivos para optimizar su labor profesional. Por su parte, **Belén Ruiz Antorán**, **Arantxa Sancho**, **Lourdes Cabrera** e **Isabel Salcedo**, del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro, destacan la importancia de la participación del personal sanitario en la estimación del valor terapéutico de los medicamentos y en la consecución del tan insistentemente postulado “uso racional” de éstos. De su análisis de los factores que más afectan al crecimiento del gasto farmacológico se desprenden una serie de consideraciones sobre cómo contenerlo razonablemente.

Los últimos tres artículos de la sección A DEBATE inciden en cuestiones relacionadas con el otro gran factor de cambio de la sanidad: la investigación biomédica. **Enrique de Álava**, del Centro de Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca-CSIC, valora el potencial de investigación biomédica que posee España y subraya dos requisitos para activarlo plenamente: la promoción del desarrollo de ensayos clínicos en el marco de los hospitales y la articulación de un sistema de investigación biomédica que permita aprovechar mejor las capacidades de los investigadores que trabajan en nuestro país y generar sinergias. En busca de ese modelo de sistema articulado, muchos investigadores y gestores de investigación miran hacia determinados enclaves, como el que conforman Boston y sus alrededores en Estados Unidos. **Jordi Barretina**, investigador del Dana Farber Institute de Massachusetts, describe las características de ese entorno institucional tan favorable al progreso de la investigación básica y aplicada, y expone su visión acerca de cómo cabría mejorar el sistema español de investigación biomédica.

También **Beatriz González López-Valcárcel**, de la Universidad de Gran Canaria, y **Néboa Zozaya** hacen hincapié en la conveniencia de introducir mejoras en el desarrollo de la investigación y de su traslación al ámbito sanitario. Apuntan en su artículo las grandes ventajas que puede reportar la “revolución biotecnológica” (sobre todo, en el avance de la medicina predictiva y la eficacia de los tratamientos), sin dejar de insistir en la necesidad de tener muy en cuenta los criterios de coste-efectividad a la hora de valorar los nuevos productos biotecnológicos, con el fin de evitar una insostenible evolución de los costes sanitarios. Innovación

biomédica y gestión deben, por tanto, ir de la mano para garantizar la creciente calidad de los servicios sanitarios, pero también para evitar situaciones de exclusión sanitaria.

Precisamente los graves problemas de acceso a servicios sanitarios son tanto causa como consecuencia del mantenimiento de la pobreza en los denominados "países del Sur". Entre las muchas organizaciones no gubernamentales y personalidades públicas que denuncian las desigualdades sanitarias en el mundo y proponen modos de enfrentarse a ellas destaca Paul Farmer. Este médico y antropólogo estadounidense ha conseguido con sus argumentos en pro de una sanidad global abrir un espacio de atención pública a los problemas sanitarios de los países que no cuentan con sistemas sanitarios desarrollados. La sección VOCES A CONTRACORRIENTE se hace eco de su enfoque de la sanidad, las líneas de actuación que sigue en sus proyectos y algunos de los resultados que ha alcanzado.

Por último, la sección LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LAS CAJAS DE AHORROS recoge las iniciativas que están impulsando y desarrollando en el campo de la sanidad Caja Castilla La Mancha, **cajacírculo** y Caja España. Las aportaciones de estas y otras muchas cajas a la financiación de la investigación sanitaria, la provisión de herramientas de diagnóstico y terapia, y la oferta de instalaciones para la prestación de servicios sanitarios las convierten en actores importantes y valorados para el progreso de los sistemas de salud de las comunidades autónomas.

En definitiva, quien se adentre en la lectura de este *Panorama Social* descubrirá que el propio éxito de la sanidad la obliga a afrontar continuamente nuevos retos. Ante estas circunstancias, la gestión y la investigación emergen como dos campos llenos de posibilidades. FUNCAS ha querido subrayar en este séptimo número de *Panorama Social* la importancia que adquieren estas dos dimensiones en la discusión sobre el futuro de la sanidad; una discusión para la cual esta revista, como viene haciendo desde que inició su andadura hace ya tres años, proporciona datos y análisis expertos sobre los fenómenos que afectan a las sociedades modernas, en general, y a la española en particular.

Sistemas nacionales de salud en proceso de reforma: hacia fórmulas mixtas entre lo público y lo privado

LAURA CABIEDES MIRAGAYA*

RESUMEN

En este artículo se analizan algunas estrategias de nueva gestión pública aplicadas desde los años noventa al ámbito sanitario en Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. La tendencia de las reformas apunta hacia una participación creciente del sector privado en la prestación de servicios hospitalarios financiados con fondos públicos. El mayor recurso al sector privado responde, en gran medida, a las abultadas listas de espera (y su consiguiente presión sobre la oferta), y a la mayor capacidad de elección entre proveedores alternativa otorgada a los usuarios de los servicios. Asimismo, se aprecia un papel más activo de los equipos de atención primaria en la gestión sanitaria y en su labor de asesoramiento de los pacientes en la elección entre centros hospitalarios.

to sanitario; impacto que se analiza a través de los elementos clave de las reformas llevadas a cabo en Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. Las experiencias británica y sueca se han convertido en referencia para numerosos países en sus procesos de reforma, en particular los del sur de Europa. Por su parte, el caso neozelandés resalta en el contexto internacional por su abandono de las fórmulas de NGP. Los cuatro países estudiados tienen un rasgo estructural en común: sus sistemas sanitarios están organizados como sistemas nacionales de salud (SNS), es decir, con vocación universal. Por último, el cuarto apartado recoge las principales conclusiones que cabe extraer del análisis de los casos señalados previamente.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la década de los años ochenta, y más decididamente en los años noventa, numerosos países desarrollados (destacando Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia como pioneros) comenzaron a aplicar fórmulas de nueva gestión pública (NGP) en la provisión de servicios públicos. En este artículo se analiza el impacto de estas fórmulas en el ámbito sanitario. En el apartado segundo se recogen sintéticamente algunas fórmulas representativas de la NGP, resaltando tanto las características que tienen en común como las que las diferencian entre sí. El tercer apartado se centra en el impacto de las estrategias de NGP en el ámbi-

2. ALGUNAS FÓRMULAS REPRESENTATIVAS DE LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA

Básicamente, la NGP se refiere a nuevas formas de resolver algunos problemas relacionados con la ineficiencia del sector público, consistentes en la emulación de los mecanismos propios del mercado para fomentar la competencia y en la importación de estrategias, fórmulas o instrumentos de gestión utilizados por el sector privado. La NGP entraña la adopción de algunas líneas de actuación tales como elegir mecanismos de mercado con preferencia a mecanismos burocráticos; promover la competencia entre proveedores de servicios; orientar la financiación en función de los resultados; descentralizar la toma de decisiones y satisfacer las necesidades del "cliente" (no de la burocracia), dándole algún margen de elección (Osborne y Gaebler, 1992).

* Profesora Titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Oviedo (lcabie@uniovi.es).

CUADRO 1

ALGUNAS FÓRMULAS PARA ESTIMULAR LA COMPETENCIA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

	Regulación	Financiación	Compradores (demanda)	Proveedores (oferta)
Contratación externa "pura"	P	P	p	p
Contratación entre departamentos públicos	P	P	Px	Py
Concesiones administrativas (iniciativas de financiación privada de la inversión)	P	P (el servicio) p (la inversión)	P	P/p*
Vales, bonos o cheques-servicio	P	P	Usuario o agencia	P/p
Mercados mixtos	P	P	P (si se dota de libertad de elección al usuario: "bonos implícitos")**	P/p
Competencia pública	P	P	Usuario ("bonos implícitos")	P

P: sector público; p: sector privado.

* En el marco de la NGP, la extensión de las concesiones administrativas (tradicionalmente vinculadas con grandes infraestructuras de transportes) a equipamientos sociales se caracteriza por la adquisición de servicios tanto intermedios (*catering*, administración, etc.) como finales (el servicio público en sí mismo). De ahí la posibilidad reflejada en el esquema de que los proveedores del servicio público sean públicos o privados.

** Los bonos (explícitos) otorgan al usuario la capacidad de elegir entre productores del servicio, quienes reciben por parte de los financiadores públicos el valor monetario del bono. En el sector sanitario, los "bonos explícitos" son muy raros.

Fuente: Extracto tomado de Cabiedes y González (2007: 160-161).

Para ello, una de las grandes estrategias consiste en separar la función de compra (lado de la demanda) de la de provisión (lado de la oferta) de servicios públicos, canalizando recursos hacia los responsables de la compra en función de las necesidades de la población. Los compradores (sean departamentos públicos, los propios usuarios o las agencias elegidas por éstos) se han de ocupar de adquirir servicios al menor coste y con el mayor nivel de calidad posibles. Al mismo tiempo, se articulan fórmulas contractuales con los proveedores de servicios (públicos y/o privados), de modo que éstos tengan que competir entre sí para conseguir contratos o captar usuarios. Así, el presupuesto asignado a los proveedores públicos dependerá (con modulaciones) de los servicios realmente provistos y no tanto de lo gastado, en un intento de avanzar hacia una presupuestación prospectiva, frente a la financiación con apoyo en presupuestos (o costes) históricos.

El cuadro 1 recoge seis grandes tipos de fórmulas orientadas a estimular la competencia en la provisión de servicios públicos: (1) contratación externa o externalización "pura" de servicios (*contracting-out*), (2) contratación entre departamentos públicos, (3) concesiones administrativas (en la línea de iniciativas de financiación privada de la inversión), (4) bonos, (5) mercados mixtos y (6) competencia pública. Conviene aclarar que ni la lista de fórmulas es exhaustiva ni la diferenciación entre ellas es siempre nítida. En este contexto, la fórmula de externalización pura de servicios se interpreta en su versión de medida aislada, frente a la articulación de mercados mixtos, que precisa un engranaje más sofisticado que planifique el establecimiento de un ámbito en el que proveedores públicos y privados puedan competir en precio y calidad.

Estas seis fórmulas comparten dos características: por una parte, la regulación y la financiación

del servicio constituyen funciones reservadas al sector público; por otra parte, todas utilizan la estrategia de separar la función de demanda de la función de oferta. Las diferencias entre ellas consisten en qué agentes realizan estas funciones. De hecho, la clasificación resulta de combinar ambas dimensiones: quién realiza la función de comprar (el sector público, el usuario o la agencia elegida por el usuario) y quién la de proveer (proveedores públicos y/o privados).

3. LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD

Ante la ausencia de incentivos para mejorar la eficiencia y, sobre todo, ante la existencia de preocupantes listas de espera, Reino Unido y Suecia, partiendo de SNS ya consolidados, comenzaron a aplicar nuevas formas de gestión pública a principios de los años noventa. Estas líneas de reforma fueron seguidas muy de cerca por otros países europeos regidos por SNS, entre ellos España, que en 1986 se integró en la Unión Europea (UE) con aspiraciones de convergencia (de las que no escapaba el nivel y la estructura del gasto social) y que paralelamente tuvo que ir afrontando el control del déficit público como una de las exigencias para avanzar en la participación de la construcción europea. En definitiva, poco después de establecer un SNS (el mismo año de su integración en la UE), España hubo de continuar su construcción y consolidación en un marco de restricciones presupuestarias.

En las siguientes páginas se revisan los elementos clave de las reformas llevadas a cabo en estos tres países, Reino Unido, Suecia y España. Asimismo, se da cuenta de la experiencia de Nueva Zelanda, destacable a nivel internacional por su inicial adhesión y posterior distanciamiento del modelo de la NGP en el ámbito sanitario.

Reino Unido

La reforma del sistema nacional de salud británico (*Nacional Health Service*; NHS) comenzó a gestarse a finales de los años ochenta, bajo el Gobierno conservador de Margaret Thatcher, y a aplicarse en 1991, cuando encabezaba el ejecutivo su sucesor, John Major. Aunque con elementos comunes en todo el territorio, la totalidad de los cambios que se analizan en este apartado sólo es aplicable al caso de Inglaterra. Los instrumentos en

los que se apoyó inicialmente la reforma fueron dos: por una parte, se dotó de capacidad de compra a las "autoridades sanitarias de distrito" (*District Health Authorities*; DHA), desligándolas de la función de producción de servicios hospitalarios. La financiación recibida (para adquirir los servicios hospitalarios y otros servicios comunitarios de la población a su cargo) comenzó a regirse por un sistema de capitación ajustada por necesidad. En el lado de la producción se pretendió conseguir estimular la competencia entre hospitales públicos y privados. La mayoría de los hospitales públicos optó por adquirir el estatus de empresas no lucrativas (*trusts*), fórmula jurídica que, al tiempo que les dotaba de mayor autonomía de gestión, les imponía mayor disciplina y responsabilidad en materia presupuestaria. En paralelo, se permitió que grupos de médicos generales o de familia (*General Practitioners*, GP) con un mínimo de pacientes a su cargo se constituyeran voluntariamente en *GP Fundholdings* (GPF), es decir, gestores de presupuestos para hacer frente a las necesidades de los pacientes en sus listas, referidas a atención primaria, medicamentos y paquetes de servicios hospitalarios cada vez más amplios. Su presupuesto, inicialmente apoyado en costes históricos (en función de las derivaciones), fue evolucionando hacia la capitación. Este modelo conllevó cierta competencia implícita entre compradores porque los fondos asignados a los GPF se descontaban del presupuesto que recibían las DHA de cada distrito. En este marco, se perseguía que los *trusts* compitieran por obtener contratos con las DHA y con los GPF, ya que el presupuesto asignado se hacía depender de su éxito en este entorno contractual.

Respecto a los resultados obtenidos hasta 1997, en el lado negativo destacan los elevados costes contractuales y la limitada competencia, con las DHA reacias a cambiar de proveedor, y la existencia de problemas financieros en muchos *trusts*. Se detectaron asimismo problemas relacionados con las reticencias a compartir información sobre costes y desempeño. En el lado positivo, parece que los GPF contribuyeron a mejorar la asignación de recursos y la calidad de la atención primaria. La estancia media en los hospitales disminuyó, aunque los tiempos de espera se acortaron sólo en algunos procedimientos sencillos. Se consiguió una mayor conciencia de gasto, acompañada de mejoras de las medidas de la calidad y la efectividad clínica, con vistas a evitar una mera minimización de costes (Smea, 2000: 949). El hecho de que los impactos positivos se situaran básicamente en las actuaciones de los GPF responde, según Le Grand (2000: 711-712), a una estructura de incentivos

menos débiles y unas restricciones menos severas que en el caso de las DHA.

En 1997, el nuevo Gobierno laborista, bajo la dirección de Tony Blair, anunció la ruptura con el modelo de mercados internos o cuasi-mercados, pero mantuvo su columna vertebral, esto es, la separación entre compradores y productores, aceptando que los compradores retuvieran su capacidad de cambio de productor, aunque sólo en última instancia (Koen, 2000: 15). En el discurso político, el término "cooperación" comenzó a sustituir al de "competencia".

Esta modificación –que no abandono del modelo– quedó plasmada en la Ley de Sanidad de 1999, la cual implicó una reorganización interna del sistema: si bien los *trusts* apenas experimentaron cambios, los GPF desaparecieron como tales y fueron sustituidos por grupos de médicos de atención primaria (*Primary Care Groups*; PCG), con base geográfica (a fin de evitar la selección de riesgos) y una población atendida entre 100.000 y 150.000 habitantes por grupo. Con esta dimensión mínima se pretendía que se repartieran los costes administrativos y los riesgos implícitos en la asignación presupuestaria. Se promovió, del mismo modo, que los PCG evolucionaran desde un papel asesor de sus DHA hacia *trusts* de atención primaria autónomos (*Primary Care Trusts*; PCT) (Koen, 2000: 15 y 21). Actualmente, las PCT están desempeñando un papel relevante en Inglaterra y en Gales.

La reestructuración del sistema conllevó la creación de numerosos organismos nuevos, con la característica común a casi todos ellos de apoyar mejoras en la obtención y difusión de la información. Entre estos organismos destaca el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), que coordina y difunde guías clínicas y protocolos de orientación y evalúa las nuevas tecnologías (OECD, 2000). En el marco de esta reforma se planteó también la mejora de los estimadores de resultados, avanzando hacia técnicas de *benchmarking* (evaluación comparativa).

En resumen, durante todo el período de Gobierno del Partido Laborista, desde 1997 hasta la actualidad, se ha dado continuidad al modelo de mercados mixtos, si bien reorganizando el sistema sanitario con apoyo en la experiencia adquirida y dando preferencia, a primera vista, a los proveedores públicos. No obstante, en paralelo, cabe destacar dos iniciativas que están incidiendo profundamente en las relaciones del sector privado con el NHS. Por una parte, se ha extendido a la sanidad la fórmula de licencias administrativas, profusamente

utilizada en la economía británica, en la línea de proyectos de financiación privada de la inversión (*PFI projects*), iniciada en la etapa de Thatcher. De momento se está aplicando mayoritariamente a la construcción de hospitales, que son arrendados al sector público por períodos generalmente comprendidos entre 30 y 60 años, contemplándose la posibilidad de negociar, aparte de la prestación de servicios de apoyo, la prestación de servicios clínicos (OECD, 2000). A finales de 2007, el NHS había firmado más de 80 proyectos de este tipo en Inglaterra (Hellowell y Pollock, 2007). Por otra parte, en el año 2000 el Gobierno firmó un acuerdo con el sector privado (*Concordat with the Private and Voluntary Health Care Provider Sector*), orientado a una colaboración duradera, no reservada únicamente a hacer frente a las listas de espera o a los períodos punta de actividad. Las áreas de colaboración previstas son numerosas, incluidos los cuidados intensivos, y pueden articularse, entre otras fórmulas, a través de la subcontratación de servicios por parte de los *trusts* del NHS y del encargo directo de paquetes de servicios por los PCG o PCT.

Paralelamente está teniendo lugar un aumento notable y continuado de la dotación financiera del sistema. En particular, se ha previsto que en 2007/2008 el gasto anual sea un 40 por cien mayor en términos reales que en los cinco años previos (Palmer, 2006: xv). Precisamente, tras el anuncio de estos incrementos por el Primer Ministro, en el año 2000 se publicó el *NHS Plan*, que recoge el nuevo enfoque de las relaciones del NHS con el sector privado. Asimismo, se está dotando de mayor libertad de elección al paciente, en un principio, en relación con la superación de los tiempos máximos de espera establecidos y, más recientemente, de forma rutinaria. Así, por ejemplo, ante la cancelación en el último momento de una intervención quirúrgica, si el hospital no procede a citar al paciente en un período de 28 días, deberá desembolsar el coste del procedimiento en el hospital que el paciente elija, sea o no público. Por otra parte, desde 2005 se garantiza que ningún paciente espere más de seis meses para procedimientos electivos (programados). En caso contrario, se debe ofrecer la opción de elegir entre cinco proveedores alternativos (Maynard, 2005: 69). Por último, desde abril de 2008, los pacientes derivados a un especialista podrán elegir dónde ser tratados entre los hospitales que cumplan los estándares de calidad del NHS y se adapten a las tarifas establecidas, entre los que se incluyen numerosos hospitales privados. Quedan fuera de este marco los servicios de atención mental y maternidad. También existe el compromiso de facilitar información que permita efectuar la com-

paración entre hospitales, incluida la valoración aportada por otros pacientes, a través de las páginas web sobre *NHS Choices* (National Health Service, 2008; Brown, 2008).

Suecia

A principios de este nuevo siglo, en torno al 84 por cien del gasto sanitario total en Suecia se financiaba con fondos públicos, diez puntos menos que en 1980 (Roseveare, 2002: 22-23). La profunda descentralización territorial de Suecia explica que algunos condados hayan sido más innovadores que otros en los procesos de reforma llevados a cabo desde los años noventa. A principios de esa década se vislumbraban, con variantes, dos grandes líneas de reforma: la inspirada en la fórmula de competencia pública ("modelo Estocolmo", condado que abarca casi una cuarta parte de la población sueca) y la inspirada en la fórmula de mercados mixtos ("modelo Dalarna", planteado en el condado de Kopparberg, en el centro de Suecia). El "modelo Dalarna", muy similar al inglés, preveía desde el principio la posibilidad de que productores privados compitiesen con los públicos por contratos. También establecía la libre elección de centro de salud (en esta vertiente operaba como un mercado mixto con "bonos implícitos", con cargo al centro al que inicialmente hubiese sido asignado el paciente y con la posibilidad de elección de un centro privado, en cuyo caso al paciente se le exigía el pago de un suplemento). La principal diferencia con el "modelo Estocolmo" radicaba, por tanto, en que en el condado de Kopparberg, aparte de tener cabida los productores privados, no se priorizaba en la misma medida la capacidad de elección por parte del usuario de tratamientos hospitalarios, más bien en manos de las autoridades locales (Saltman y von Otten, 1994).

Con un avance de la reforma muy desigual desde el punto de vista territorial, en 1994 se había introducido alguna forma de separación de las funciones de compra y producción en más de la mitad de los condados. Ello había desencadenado procesos de negociación de contratos con los hospitales, muchos de ellos apoyados en diversas formas de pagos prospectivos por caso, predominando los "grupos relacionados por el diagnóstico" (GRD) (World Health Organization, 1996: 51 y 58).

La adopción a nivel nacional de diversas medidas a lo largo de la década condujo a que los dos modelos suecos de reforma sanitaria fueran cada vez menos puros: en 1994, la libre elección

por parte del paciente, tanto de médico como de centro de salud y de hospital, se extendió prácticamente a todo el territorio sin limitaciones espaciales (Or, 2002: 13). En algunos casos, la elección de hospitales fuera del condado precisaba derivación (Roseveare, 2002: 24), y en otros era incluso posible elegir entre hospitales públicos y privados. De este modo, en la actualidad se otorga a los pacientes en todos los condados, excepto cuatro en la región del norte, amplias posibilidades de elección a lo largo de todo el territorio sueco (Federation of Swedish County Councils, 2002: 14).

Previamente, ante las preocupantes listas de espera, en 1991 se había establecido un tiempo máximo de espera de tres meses entre el examen y el tratamiento (en vigor desde enero de 1992), para doce procedimientos, de modo que, una vez superado ese plazo, el paciente adquiriría el derecho de ser atendido en cualquier otro hospital (público o privado). Los tiempos de espera disminuyeron inicialmente, pero volvieron a aumentar dos años después (Or, 2002: 15; World Health Organization, 1996: 56). Generalmente la disminución se debió a procesos de reorganización interna y al recurso a la cirugía ambulatoria, más que a la provisión en otros hospitales (Or, 2002: 78). Por otra parte, se comprobó que muchos pacientes preferían esperar a cambiar de hospital. En 1997 la garantía de tiempos máximos de espera se extendió a consultas a médicos generales y a especialistas.

Dada la prioridad concedida de modo generalizado a la capacidad de elección del paciente, se ha de entender que en aquellos condados donde se articularon mercados mixtos, éstos adoptaron la forma de "bonos implícitos". En cuanto a la presencia de productores privados en la provisión de servicios financiados con fondos públicos, está teniendo lugar un proceso de creciente participación privada en la prestación de servicios de atención primaria, con mucha mayor intensidad en las grandes urbes que en las zonas rurales. Se puede considerar que el condado de Estocolmo es también pionero en este ámbito concreto: desde 1992 (al amparo de un Gobierno regional de centro-derecha) comenzó un proceso de concesión de licencias a empresas privadas autorizadas a competir, primero en la provisión de servicios como transporte, pruebas de diagnóstico y atención a domicilio, para extenderse posteriormente a paquetes de servicios de atención primaria, ofertados por cooperativas formadas por médicos y enfermeros que dejaban su plaza en el sector público para constituirse en empresas privadas. Los incrementos salariales del personal de estos equipos de atención primaria han

sido muy superiores a los correspondientes al sector público, lo que explica el firme apoyo de los sindicatos a la reforma. En 1994 ganó las elecciones un Gobierno socialdemócrata que, si bien frenó la reforma, no dio marcha atrás al proceso. La atención primaria fue quedando cada vez en mayor medida en manos de empresas propiedad de los trabajadores. En 2001 unas cien unidades de atención sanitaria estaban en proceso de abandonar el estatus público para convertirse en empresas privadas (Hjertqvist, 2001: 1).

También en la producción de servicios hospitalarios el condado de Estocolmo ha venido realizando cambios importantes: en 1999 vendió uno de los mayores hospitales (St. Göran) a una empresa privada productora de servicios sanitarios (Hjertqvist, 2002: 7). Aparte de los procesos de privatización, en las grandes ciudades se está haciendo mucho énfasis político en la creación de alternativas privadas entre los proveedores (con y sin fines de lucro). De hecho, la proporción de camas hospitalarias privadas ha crecido notablemente: entre 1986 y 1996 aumentó de un 6,7 a un 22 por cien (Diderichsen, 2000: 932-933).

Desde 2003 los pacientes pueden elegir hospital en cualquier lugar del territorio sueco, en los mismos términos que en su condado; y en 2005 se estableció una garantía a nivel nacional que compromete a los condados a garantizar la atención sanitaria en un plazo de noventa días, de tal modo que, en caso de no ser factible, les obliga a ayudar al paciente a obtenerla en otro condado (Ministry of Health and Social Affairs, 2007: 2).

El Gobierno de centro-derecha que ganó las elecciones en septiembre de 2006 está haciendo especial hincapié en la libre elección de proveedor por parte de los pacientes, en gran medida a través del fomento del sector privado. En este contexto, el ministro de Sanidad propuso la posibilidad de privatizar algunas parcelas de los servicios hospitalarios, como la gestión (Melke, 2006: 30). De hecho, en mayo de 2007, el Parlamento aprobó la propuesta de eliminar las restricciones impuestas desde enero de 2006 a la actividad privada, facilitando, por ejemplo, la transferencia del funcionamiento de los hospitales a empresas privadas con fines de lucro (Ministry of Health and Social Affairs, 2007: 3).

A partir de todo lo expuesto hasta aquí cabe afirmar que el “modelo Estocolmo”, inicialmente ideado como un modelo de competencia pública, se ha ido desmarcando hacia la fórmula de merca-

dos mixtos con “bonos implícitos”, modelo que con carácter general parece ser el predominante hoy en Suecia. A su vez, la presencia de proveedores privados con financiación pública es cada vez más notable, sin olvidar la privatización directa de un hospital público en el condado de Estocolmo.

Nueva Zelanda

Frente a las experiencias británica (modificación, más que abandono del modelo de mercado mixtos) y sueca (continuación del modelo, cada vez más inspirado en mercados mixtos con “bonos implícitos”), la experiencia neozelandesa resalta a nivel internacional por su declarado abandono del modelo de NGP en ámbitos como la educación y la sanidad.

Nueva Zelanda fue un país pionero en la introducción de medidas de NGP en la provisión de servicios públicos, ya a mediados de los años ochenta. A finales de esa década se impuso un “modelo contractual” en la línea de mercados mixtos, de tal modo que los distintos departamentos públicos podían adquirir servicios tanto a agencias públicas como externas, aunque primó la tendencia a contratarlos internamente (Rae, 2002: 11). En cuanto a su impacto, parece que el modelo funcionó mejor en términos de eficiencia técnica (obtención de *outputs* a bajo coste) que en términos de eficiencia asignativa (elección de lo que hay que producir prioritariamente), en parte porque el sistema se orientó más hacia *outputs* que hacia resultados, sin apenas evaluación de la efectividad. A su vez, la misma fragmentación y descentralización en la toma de decisiones, que facilitaba la eficiencia técnica, acarreó problemas de coordinación entre agencias y rigideces en la reasignación de recursos ante cambios de prioridades. La comprobación de estos defectos implicó que, a finales de los años noventa, empezara a rechazarse la extensión y profundización de la NGP. Se consideró que los resultados deseados se podían alcanzar mejor a través de la cooperación que de la competencia y, en general, comenzó a darse preferencia a los productores públicos frente a los privados en la provisión de servicios (Rae, 2002: 2, 6-13).

En Nueva Zelanda el gasto sanitario es mayoritariamente público y financiado con impuestos generales. No obstante, mientras que la atención hospitalaria es financiada totalmente con fondos públicos, la atención primaria y los medicamentos absorben copagos por parte de los ciudadanos que, hasta hace poco tiempo, podían considerarse rela-

tivamente elevados. Esta situación se remonta a finales de los años treinta, cuando, frente a un intento de facilitar la atención sanitaria a todos los neozelandeses independientemente de su nivel de renta, los médicos generales consiguieron retener el derecho a recabar directamente del paciente un copago (no necesariamente homogéneo) por sus consultas, que complementaba, en su caso, la parte de financiación pública establecida (Ashton, 2005: 2; Gauld, 2008: 95). Desde 1991, la subvención pública de la atención primaria comenzó a centrarse en grupos de baja renta y/o alto riesgo, con carácter muy restrictivo, de modo que incluso familias con bajo nivel de renta podían verse en la situación de tener que desembolsar el importe íntegro de la consulta.

El Gobierno de centro-derecha (del Partido Nacional) elegido a principios de los años noventa estableció en 1993 la separación de las funciones de compra y producción, ocupándose cuatro autoridades regionales de la compra y 23 *Crown Health Enterprises* (CHE) de la producción pública de servicios hospitalarios. Paralelamente existía un activo sector privado, complementario del público y especializado en casos no agudos con abultadas listas de espera (Or, 2002: 58).

Ante la incertidumbre que generó la reforma, y para reforzar su posición negociadora, los médicos generales crearon asociaciones no lucrativas (*Independent Practitioner Associations*; IPA). A finales de 1997, el 80 por cien de los médicos generales pertenecía a una IPA (Or, 2002: 18). A diferencia de la atención especializada, la mayor parte de la atención primaria era prestada por grupos privados de médicos, primando el pago por acto. No obstante, sí comenzaron a negociar contratos con los compradores para pruebas de laboratorio y medicamentos, lo que condujo hacia sistemas de pago mixtos. En 1996, un Gobierno de coalición encabezado por el Partido Nacional centralizó las compras en la *Health Funding Authority* (HFA) y eliminó la condición de rentabilidad económico-financiera aplicada hasta entonces a las CHE sin éxito (en el período anterior, muchas habían precisado apoyo financiero ante los déficits generados). Al mismo tiempo, dejó de invocarse el vocablo "competencia", sustituyéndolo –como en Reino Unido– por el de "cooperación".

Finalmente, en 1999, el nuevo Gobierno laborista (de coalición) suprimió la separación de las funciones de compra y producción de servicios hospitalarios y, dos años después, puso en marcha un nuevo enfoque de atención primaria (*The Primary*

Health Care Strategy). En ese mismo año se crearon 21 *District Health Boards* (DHB), que debían recibir financiación central capitativa ponderada por necesidad (en función de las características sociodemográficas de la población: edad, sexo...) y, además de proveer servicios hospitalarios (con la posibilidad de comprarlos fuera del sector público), adquirir paquetes de atención primaria a las *Primary Health Organizations* (PHO), creadas a partir de las antiguas IPA con el fin de mejorar el acceso a la atención primaria. Las PHO (organizaciones sin fines de lucro que entre sus miembros –proveedores de atención primaria autónomos– incluyen equipos multidisciplinares), se financian por capitación y no por el pago por acto (según el número y perfil de los pacientes en sus listas y, al principio, también en virtud de las características de los grupos poblacionales). Aunque en ocasiones los pacientes pueden elegir entre varias PHO, incluso fuera de su zona, en la mayoría de los casos constituyen, en realidad, monopolios locales (Rae, 2002: 30; Ashton, 2005: 4).

En 2005, más del 90 por cien de la población estaba vinculada a una de las 79 PHO entonces existentes. El importante aumento de fondos destinados a mejorar y universalizar la atención primaria se ha canalizado exclusivamente a través de las PHO, partiendo, transitoriamente, de dos niveles escalonados de subvención en función de las características étnicas y socio-económicas de los grupos poblacionales. Desde finales de 2007, el nivel superior de financiación pública se aplica a todos los grupos. No obstante, de nuevo, los médicos han conseguido preservar el derecho a exigir directamente un copago, de modo que persisten distintos niveles, por ejemplo, entre los mismos grupos poblacionales, a pesar de recibir la misma subvención pública (así, a un niño menor de seis años puede corresponderle desde un copago nulo hasta 20 dólares neozelandeses, en función de dónde resida) (Ashton, 2005: 5; Gauld, 2008: 101-108). La aportación directa de los pacientes ha disminuido en promedio, si bien la mayor aportación pública no siempre se ha trasladado proporcionalmente, tal y como se pretendía, a favor de los pacientes traduciéndose en menores copagos. De hecho, ésta es una partida que tradicionalmente se venía utilizando para absorber aumentos de la inflación no recogidos en la financiación pública.

El balance de esta intensa experiencia se puede resumir en los siguientes puntos: de la reforma inicial apenas se derivó competencia entre los productores (Rae, 2002: 43; Or, 2002: 17); el crecimiento de la productividad, en general, fue decep-

cionante, y los costes de transacción altos (Rae, 2002: 43); numerosas empresas hospitalarias públicas continuaron generando déficit y, si bien las tasas de actividad crecieron y se redujo la duración de las estancias, las listas de espera hospitalarias continuaron aumentando (Or, 2002: 17 y 63). La mayoría de los análisis apunta hacia la obtención de ahorros en el gasto en pruebas de laboratorio y medicamentos. Por otra parte, en algunos casos se detectó la consecución de aumentos de la actividad en detrimento de la calidad, cuestionando que las IPA fueran las organizaciones apropiadas para ocuparse de aspectos como la equidad o la efectividad global del sector. Además, comenzaron a surgir problemas de colaboración entre los profesionales (reticencias a compartir información, ideas, innovaciones...) ante la amenaza de perder cuotas de mercado, generándose cada vez mayor opacidad (Or, 2002: 17-19 y 61).

En el lado positivo, cabe resaltar las mejoras que las reformas de los años noventa produjeron en diversos sistemas de información. Así, en la etapa en la que la HFA empezó a negociar acuerdos anuales de financiación con el Ministerio, los objetivos comenzaron a ser planteados en términos de resultados (aunque la mayoría de éstos acababan relacionándose con indicadores de proceso), lo que favoreció pautas de captación y comparación de la información que generaron señales que guiaron la reasignación de recursos (Or, 2002: 18). Gauld (2000: 825) también registra este efecto positivo en la etapa que comienza en 1996 (cuando el Partido Nacional perdió la mayoría y hubo de formar un Gobierno de coalición)¹. Asimismo, tras un proceso de adhesión voluntaria, en 2006 se adoptó un nuevo marco de financiación de la atención primaria que exige a las PHO recabar y difundir datos clave para mejorar los resultados en salud, apoyándose en indicadores de desempeño tales como tasas de cobertura de vacunaciones y calidad de los servicios (Gauld, 2008: 106).

En definitiva, el nuevo enfoque adoptado a partir de 1996 tiene ventajas sobre el punto de partida (la evolución de las reformas no implica un mero retorno a este punto de partida, a modo de "cierre del círculo"). Así, se ha reconocido que aspectos como la equidad y la coordinación precisan voluntad y dirección políticas, como también la organización e información adecuadas para su con-

¹ Ese año se llevaron a cabo las primeras elecciones bajo un sistema electoral de representación proporcional. Los Gobiernos de coalición han sido más favorables a los cambios incrementales que a los radicales (véase Gauld, 2000: 817).

secución. Igualmente se ha aprendido que la orientación hacia resultados no es un proceso fácil y que no se puede apoyar en una excesiva fragmentación del sistema. También se ha reforzado el papel de la atención primaria, mejorando el acceso a lo que, en definitiva, constituye la "puerta de entrada" al sistema público. Y, por último, se ha reafirmado la conciencia de la necesidad de seguir avanzando en la mejora de los sistemas de información orientados a la obtención de resultados. Será preciso observar de cerca la evolución del sistema sanitario neozelandés en los próximos años, en particular la referida a los distintos niveles de copago y su impacto en términos de equidad, antes de emitir un juicio al respecto, pero, en principio, "la vuelta al mundo en 80 meses"² no parece que haya sido "un viaje a ninguna parte".

España

En 1986, a través de la Ley General de Sanidad (LGS), el sistema de Seguridad Social (de corte "profesionalista") por el que se venía rigiendo el sistema sanitario español dio paso a un SNS, de vocación universal. Es importante resaltar que, en España, el proceso de descentralización territorial de la gestión sanitaria comenzó antes de la entrada en vigor de la LGS, con el progresivo traspaso de competencias que deriva de la Constitución española de 1978. La primera comunidad autónoma en obtener las competencias en materia de gestión sanitaria fue Cataluña en 1981. Hasta el año 2002, otras seis comunidades autónomas asumieron la responsabilidad de la gestión sanitaria. No obstante, hasta ese año, toda la financiación procedía de un fondo central, desde 1999 financiado en su totalidad con impuestos (frente a las cotizaciones de la Seguridad Social). Es decir, la descentralización en el gasto no tenía reflejo alguno en la descentralización en la obtención de los ingresos. Desde el año 2002, la sanidad se integra en el nuevo sistema general de financiación autonómica, que prevé cierta corresponsabilidad fiscal en la financiación de los servicios públicos descentralizados (básicamente a través de la participación en una cesta de impuestos compuesta, entre otros, por el IRPF, el IVA, y algunos impuestos especiales). Paralelamente, desde el año 2002, todas las comunidades autónomas gozan de autonomía en la gestión del gasto sanitario.

² En alusión al sugerente título "Around the World in 80 Months: The Health System in the 1990s", con que (curiosamente en un anexo) se da cuenta de los cambios experimentados por el sistema sanitario neozelandés en menos de una década (Rae, 2002: 42-43).

De este modo, se ha pasado de un sistema sanitario en el que “uno recauda, algunos gestionan y todos gastan” a un sistema en el que “todos recaudan, todos gestionan y todos gastan”. Por último, en 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que, entre otros objetivos, persigue la coordinación de un sistema ya totalmente descentralizado.

Respecto a la aplicación de medidas de NGP a la sanidad española, obviamente, en un sistema descentralizado como el español algunas iniciativas han tenido carácter general, otras han afectado únicamente al llamado “territorio Insalud” (que, hasta su desaparición como tal en 2002, gestionaba la atención sanitaria de las comunidades sin competencias transferidas en esta materia), mientras que otras iniciativas se han adoptado en el uso de la autonomía por parte de las comunidades autónomas con gestión descentralizada del gasto, pioneras en buena medida en el diseño y la ejecución de las líneas de reforma llevadas a cabo en el territorio español.

Las principales medidas de carácter general se han derivado del “Informe Abril”, que tomó el nombre del presidente de la comisión parlamentaria encargada de analizar y evaluar el SNS en 1991. El Informe recogió diversas recomendaciones consistentes con los principios de la NGP, haciendo mención expresa a las reformas iniciadas por entonces en el Reino Unido y en Suecia. A pesar de la fuerte oposición que generó (básicamente por parte de los sindicatos y de la población en general, debido a la propuesta de extender el copago de los medicamentos a los pensionistas), muchas de sus recomendaciones fueron tenidas en cuenta en la práctica, si bien de forma silenciosa (Comisión Abril, 1991; Guillén y Cabiedes, 1997: 327-328).

Las medidas de NGP adoptadas con carácter general desde la publicación del Informe Abril a principios de los años noventa se han centrado básicamente en la articulación de mercados mixtos (de modo generalizado, si bien tímidamente) y de un mínimo de competencia pública (en cuanto a la libre elección de médico general y de pediatra, con una parte de su remuneración variable en función del número de pacientes en sus listas). Conviene recordar que las fórmulas de contratación externa “pura” se vienen aplicando en el sector sanitario español desde los años cuarenta, cuando a raíz de una ley de 1942 una parte de la población comenzó a ser incluida en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (Espadas y Largo, 1993: 186). Este tipo de concertación con proveedores privados está pre-

sente en tres grandes segmentos de actividad: el transporte sanitario, los medios diagnósticos y los servicios hospitalarios, sucesivamente ampliados a servicios de apoyo como el *catering* o los servicios de lavandería. Generalmente se trata de complementar una oferta pública insuficiente de camas hospitalarias (para la contratación de servicios hospitalarios poco complejos) y de descargar al sector público de funciones no básicas de apoyo. No obstante, los contratos de servicios hospitalarios han constituido en muchos casos la base de los contratos-programa (más adelante denominados contratos de gestión) en torno a los que se han articulado los mercados mixtos en España.

Respecto a las licencias administrativas, cabe mencionar la experiencia de la Comunidad Valenciana que, con la concesión administrativa de la atención especializada a un grupo de empresas privadas en la zona de Alzira (Hospital de La Ribera) en 1999, representa un caso pionero de la gestión privada de la sanidad pública en España³, incluso calificado como “modelo único” frente a las experiencias británica y sueca (orientadas más bien a contratar la gestión privada de hospitales públicos ya existentes, sin incluir su construcción) (McKee, Edwards y Atun, 2006: 891)⁴. La experiencia de Alzira fue seguida en otras poblaciones de la Comunidad Valenciana (como Torrevieja), donde se convocaron concursos de características similares.

Por su parte, Cataluña ha sido la comunidad pionera en la articulación de mecanismos que constituyen lo más próximo a la introducción de mercados mixtos en España. Una ley de 1990 (modificada por otra de 1995) separó las funciones de

³ El grupo de empresas que ganó el concurso público para la construcción y explotación del Hospital por un período de diez años (prorrogable a otros cinco) está formado por una aseguradora (con el 51 por cien), dos bancos (45 por cien) y dos empresas constructoras (con el 4 por cien restante) (Prats, 2002: 35).

⁴ La población atendida en Alzira asciende a 230.000 habitantes, mientras que la fórmula de financiación se basa en el criterio capítativo, con una tarifa de unos 200 euros por persona y año, actualizada anualmente según el índice de precios al consumo (Martín *et al.*, 2002: 40). La Comunidad Valenciana incluyó una partida de 43,9 millones de euros en los presupuestos de 2003, con vistas a recuperar el Hospital y sacarlo posteriormente a concurso público, junto con la atención primaria de la zona. Frente al Partido Popular, la oposición socialista consideró que esta operación constituía una ayuda encubierta a los gestores del Hospital (que aún no había arrojado beneficios), ya que sólo este grupo de empresas mostró interés por hacerse cargo de la atención primaria, con lo que habría sido suficiente con ampliar las condiciones del contrato (Prats, 2002: 35).

compra y producción; el Servicio Catalán de la Salud (SCS), creado aquel mismo año, se ocupa de la regulación y compra de servicios hospitalarios, pudiendo elegir entre hospitales públicos y privados. Del mismo modo, se abrió la posibilidad de que asociaciones de profesionales contraten con el SCS servicios de atención primaria, prestación farmacéutica y algunas actividades de la atención especializada (Gérvás y Ortún, 1995: 29). Un grupo de médicos estatutarios (sinónimo de funcionarios en el ámbito sanitario) comenzó a gestionar la atención sanitaria de la población de Vic, adoptando la forma jurídica de sociedad de responsabilidad limitada. Esta experiencia fue seguida por varias más en Cataluña. El modelo de mercados mixtos articulado en esta comunidad autónoma es, pues, muy similar al modelo británico en su concepción inicial, con la diferencia de que las asociaciones catalanas de profesionales tienen carácter lucrativo.

En este contexto cabe también mencionar otra experiencia innovadora, promovida en 2002 por Cataluña: se trata de la compra de servicios integrales de salud, con base poblacional, en cinco zonas con perfiles demográficos distintos que agrupan varios municipios. Con este enfoque se pretende mejorar la eficiencia y la equidad a través de una gestión coordinada, basada en alianzas entre proveedores.

Desde el ámbito de la atención primaria, se ha trazado otra línea de reforma, más generalizada, apoyada en la gestión pública directa de carácter administrativo que, sin acogerse a nuevas fórmulas jurídicas de gestión (como es el caso catalán), profundiza en la descentralización (y responsabilidad) de la gestión en los equipos de atención primaria y/o se orienta hacia un mayor grado de coordinación con la atención especializada, incluso con experiencias de gerencia única.

Por otra parte, con separación menos nítida (y también menor presencia de productores privados en general)⁵, en las comunidades autónomas del "territorio Insalud" (diez hasta el año 2002) se fueron negociando desde 1993 contratos-programa o contratos de gestión, tanto con las áreas de atención primaria como con las de especializada (y, cada vez en mayor medida, conjuntamente). En el resto del territorio, algunas

⁵ Nótese que una industrialización relativamente temprana en Cataluña propició la creación de mutuas, dando lugar a una mayor presencia del sector privado que en el resto del territorio en general. Este marco institucional facilitó la articulación de mercados mixtos en Cataluña.

comunidades autónomas comenzaron a articular también este tipo de contratos, sobre todo en atención especializada. Éste ha sido el caso, por ejemplo, de Andalucía (en 1994) y de Galicia (López i Casanovas *et al.*, 1999: 112). Esta fórmula ha permitido simular una cuenta de resultados provisional, superándose la concepción de los centros asistenciales como meros centros de gasto (Ventura, 1996: 10). Los contratos-programa pactan la actividad que se va a llevar a cabo y los niveles de calidad, tratando de avanzar hacia una presupuestación prospectiva. Respecto a su impacto, López i Casanovas *et al.* (1999: 119-121) han resaltado una mayor disciplina presupuestaria, así como mayores dosis de transparencia y "comparabilidad". No obstante, a su juicio, los esquemas utilizados resultan insuficientes para conseguir una traslación efectiva del riesgo, no dejando de ser una "ficción legal", ya que el marco legal actual no permite dejar de financiar los posibles déficits generados. Con todo, se han producido importantes mejoras en los sistemas de información (con la creciente importancia de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, GRD) y existe evidencia empírica de incrementos de la eficiencia técnica, así como de contención de la inflación hospitalaria, en parte atribuibles a la articulación de este tipo de contratos (Barber y González López-Valcárcel, 1996; López i Casanovas *et al.*, 1999: 125).

En línea con la fórmula de la competencia pública, cabe destacar la libre elección de médico general y de pediatra. Con un desarrollo desigual, resalta el antiguo "territorio Insalud", donde esta fórmula se ha venido aplicando desde 1993 (con experiencias piloto desde 1984). Actualmente, la libre elección de médico de familia está más generalizada en el territorio español que la libre elección de especialista (que se posibilitó desde 1996 en el "territorio Insalud"), a pesar de que la libre elección de médico está reconocida jurídicamente como un derecho efectivo en todo el territorio español desde 2002. Además, mientras que en el ámbito de la atención primaria se han articulado incentivos, por ejemplo, que una parte de la remuneración de los médicos generales y pediatras varíe con el número de pacientes en sus listas (es decir, a modo de incentivo, "el dinero sigue al paciente"), no se han articulado medidas similares en el ámbito especializado.

Al igual que en otros SNS, la presencia de dilatadas listas de espera ha conducido en algunas comunidades autónomas a la fijación de tiempos máximos, más allá de los cuales se permite la libre elección entre proveedores públicos y privados. Por

ejemplo, desde finales de 2002 el Servicio Andaluz de Salud garantiza el derecho de elección entre hospitales públicos y privados para intervenciones quirúrgicas a partir de un tiempo máximo de espera (fijado inicialmente en 180 días y, desde mediados de 2007, en 120 días), lo que bajo estas circunstancias permite hablar de mercados mixtos con “bonos implícitos”. Otras comunidades autónomas han establecido en los últimos años medidas similares.

Por último, simultáneamente a la introducción de mecanismos para estimular la competencia en la provisión pública de servicios sanitarios, se han ido creando nuevas formas jurídicas, con personalidad jurídica propia y mayor autonomía, para facilitar la gestión pública desde una óptica empresarial (en particular, fundaciones y empresas públicas). El proceso legislativo de la normativa estatal, iniciado en 1996, el mismo año en el que el Partido Popular ganó las elecciones generales, fue particularmente complejo y conflictivo, debido a que la oposición socialista presionó continuamente para evitar que estas fórmulas se convirtiesen en “puertas abiertas a la privatización”⁶.

A modo de síntesis, cabe destacar que el proceso de reformas experimentado por el sistema sanitario público español ha sido particularmente intenso. En poco más de dos décadas se ha producido el cambio estructural del modelo, la descentralización de la gestión sanitaria a todas las regiones y la introducción de un mínimo de corresponsabilidad fiscal en su financiación. Mientras este proceso avanzaba, se han ido articulando y adoptando –de forma desigual en el territorio y, generalmente, con cautela– medidas de NGP inspiradas en la reforma británica en su concepción inicial, junto con algunas intervenciones favorables al fomento de la competencia pública.

4. CONCLUSIONES

De las experiencias analizadas en este artículo se deduce que, a pesar de existir procesos de “reforma de la reforma” (en particular, en el Rei-

⁶ A modo de ejemplo, a los dos días de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado*, el RD 10/1996 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud fue objeto de “corrección de erratas” bajo la presión socialista (Guillén, 1999: 22) para dejar clara la vocación pública del sistema y cerradas las puertas a la privatización.

no Unido y en Nueva Zelanda, donde el vocablo “cooperación” ha ido desplazando al de “competencia”), en general predomina cierto “continuidismo” de las reformas sanitarias (modificación y/o reorientación, más que abandono total de los cambios iniciales). Se ha impulsado la articulación de mercados mixtos con tendencia a la introducción de “bonos implícitos” y se ha concedido un papel más activo a los equipos de atención primaria, tanto en la gestión sanitaria (primando el pago capitulo ajustado por riesgo, con base poblacional), como en su labor de asesoramiento a los pacientes, dotados cada vez de mayor capacidad de elección entre proveedores. Si bien en Nueva Zelanda se suprimió la separación entre las funciones de compra y producción en atención especializada, en cierto modo el modelo se está trasladando al ámbito de la atención primaria, al mismo tiempo que continúa existiendo un entorno contractual entre compradores públicos y proveedores privados en general. Por su parte, en el Reino Unido, el Partido Laborista “rebautizó” los términos utilizados en el discurso político, pero en la práctica se puede afirmar que profundizó en la reforma iniciada por el Partido Conservador.

Aunque la fórmula de la competencia pública apuntaba mayor relevancia en los inicios de las reformas (en particular, en el caso sueco), con el tiempo ha ido evolucionando hacia mercados mixtos (si bien mantiene alguna aplicación puntual, como se aprecia en el caso español). Por último, comienza a surgir una nueva tendencia a utilizar concesiones administrativas (en la línea de proyectos de financiación privada de la inversión), apenas aplicadas hasta ahora al ámbito sanitario. Esto, unido a otras iniciativas, como la concesión de cada vez mayor libertad de elección del paciente entre proveedores (en su inicio directamente relacionada con las abultadas listas de espera), permite prever una participación creciente del sector privado (con y sin fines lucrativos) en la prestación de servicios públicos en los países mencionados.

Seguramente, en la medida en la que el “modelo contractual” hoy predominante en los SNS permite recurrir con flexibilidad a proveedores privados (Kriebler, 2000: 929), la combinación de rasgos propios de mercados mixtos (competencia entre proveedores públicos y privados) y de competencia pública (mayor capacidad de elección por parte del paciente) permanecerá en el tiempo. Otra cuestión es la de si en un futuro se mantendrá un equilibrio entre los intereses públicos y los privados, ventajoso para ambas partes, o si se inclinará la balanza a favor de estos últimos.

BIBLIOGRAFÍA

ASHTON, T. (2005), "Recent developments in the funding and organisation of the New Zealand health system", *Australia and New Zealand Health Policy*, 2: 9 (www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/9).

BARBER, P. y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL (1996), "La eficiencia técnica de los hospitales públicos españoles", en MENEU, R. y V. ORTÚN (Eds.), *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona, SG Editores-Asociación de Economía de la Salud: 17-62.

BROWN, G. (2008), *Speech on the National Health Service*, conferencia pronunciada en Kings College, London/Florence Nightingale School of Nursing el 7 de enero de 2008 (www.primeminister.gov.uk/output/Page14171.asp).

CABIEDES, L. y S. GONZÁLEZ (2007), "Aplicación de fórmulas para estimular la competencia en la provisión de servicios públicos", *Cuadernos de Información Económica*, 201: 157-166.

COMISIÓN ABRIL (1991), *Informe y recomendaciones*, Madrid, Congreso de los Diputados.

DIDERICHSEN, F. (2000), "Sweden", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (5): 931-935.

ESPADAS, L. y F. LARGO (1993), "La concertación con medios ajenos en el Sistema Nacional de Salud", *Presupuesto y Gasto Público*, 10: 185-199.

FEDERATION OF SWEDISH COUNTY COUNCILS (2002), *Swedish Health Care in the 1990s. Trends 1992-2000*, Estocolmo, Federation of Swedish County Councils.

GAULD, R. (2000), "Big Bang and the policy prescription: Health care meets the market in New Zealand", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25: 815-844.

– (2008), "The unintended consequences of New Zealand's primary health care reforms", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33: 93-115.

GÉRVAS, J. y V. ORTÚN (1995), *Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España*, Documento de Trabajo 95-18, FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada).

GUILLÉN, A. (1999), *Improving efficiency and containing costs: Health care reform in Southern Europe*, EUI Working Paper n.º 99/16, Florencia, European University Institute.

GUILLÉN, A. y L. CABIEDES (1997), "Towards a National Health Service in Spain: The search for equity and efficiency", *Journal of European Social Policy*, 7 (4): 319-336.

HELLOWELL, M. y A. POLLOCK (2007): "The big payback", *The Guardian*, 12 de septiembre de 2007.

HJERTQVIST, J. (2001), *The purchaser-provider split. From public monopolies to market service*, Atlantic Institute for Market Studies (Health Care Commentary # 3).

– (2002), *Health care reform: What Canada could learn from Sweden* (conferencia pronunciada en Montreal Economic Institute, Montreal, 15 de abril).

KOEN, V. (2000), *Public expenditure reform: The health care sector in the United Kingdom*, Economics Department Working Papers n.º 256, OECD.

KRIEBLE, T. A. (2000), "New Zealand", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25 (5): 925-930.

LE GRAND, J. (2000), "La competencia y las fuerzas del mercado en el Estado de Bienestar", en MUÑOZ MACHADO, S.; GARCÍA DELGADO, J. L. y L. GONZÁLEZ SEARA (Eds.), *Las estructuras del bienestar en Europa*, Madrid, Civitas Ediciones: 705-716.

LÓPEZ I CASASNOVAS, G.; ORTÚN, V.; MURILLO, C. et al. (1999), *El sistema sanitario español: informe de una década*, Bilbao, Fundación BBV.

MARTÍN, J. J.; LÓPEZ DEL AMO, M. P. y M. C. PÉREZ (2002), "Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias", en TEMES, J. L. (Ed.), *Gestión Hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill: 29-46.

MAYNARD, A. (2005), "UK healthcare reform: continuity and change", en MAYNARD, A. (Ed.), *The Public-Private Mix for Health*, Londres, The Nuffield Trust: 63-81.

McKEE, M.; EDWARDS, N. y ATUN, R. (2006), "Public-private partnerships for hospitals", *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (11): 890-896.

MELKE, A. (2006): "A new policy agenda in Sweden: choice and deregulation", *Eurohealth*, 12: 30-31.

MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS (2007), "Health and medical care in Sweden", *Fact Sheet*, 16, Estocolmo, Ministry of Health and Social Affairs (www.sweden.gov.se/sb/d/2028/a/86040).

NATIONAL HEALTH SERVICE (2008), *About Patient Choice* (www.nhs.uk/choices/Pages/Aboutpatient-choice.aspx).

OECD (2000), *Étude économique du Royaume-Uni, 2000*, Synthèses de l'OCDE (www.oecd.org).

OR, Z. (2002), *Improving the performance of health care systems: From measures to action (A review of experiences in four OECD countries)*, Labour Market and Social Policy, Occasional Papers 57, OECD.

OSBORNE, D. y T. GAEBLER (1992), *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Nueva York, Addison-Wesley.

PALMER, K. (2006), *NHS Reform. Getting Back to Track*, Londres, King's Fund.

PRATS, J. (2002), "La Generalitat Valenciana recupera el control público del Hospital de Alzira", *El País*, 11 de noviembre de 2002: 35.

RAE, D. (2002), *Next steps for public spending in New Zealand: The pursuit of effectiveness*, Economics Department Working Papers, n.º 337, OECD.

ROSEVEARE, D. (2002), *Enhancing the effectiveness of public expenditure in Sweden*, Economics Department Working Papers n.º 345, OECD.

SALTMAN, R. B. y C. VON OTTER (1994), *Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los países del norte de Europa*, Barcelona, SG Editores y Escuela Nacional de Sanidad.

SMEE, C. (2000), "United Kingdom", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25: 945-951.

VENTURA, J. (1996), *La competencia gestionada en sanidad: un enfoque contractual*, Documento de Trabajo 107/96, Oviedo, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996), *Health Care Systems in Transition: Sweden*, Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization.

La reforma del sector hospitalario noruego y los elusivos compromisos de disciplina presupuestaria*

TERJE P. HAGEN Y TROND TJERBO**

RESUMEN¹

El Estado central noruego asumió en 2002 la propiedad de los hospitales, que hasta ese año correspondía a los condados. Cabía entonces esperar que la centralización de la propiedad, de la financiación y de la producción endureciera las disposiciones presupuestarias e incrementara la disciplina de gasto del sector hospitalario. Sin embargo, este resultado no se ha logrado. Tres factores explican los problemas que marcan en la actualidad la gestión del sector hospitalario: (1) la incertidumbre sobre la situación económica de los hospitales durante la fase de transición iniciada en 2002, (2) la debilidad propia de los Gobiernos en minoría y (3) la especificidad del procedimiento presupuestario en el Parlamento de Noruega.

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2002 el Estado central noruego se adjudicó la propiedad de los hospitales, hasta entonces bajo la administración de los condados, y los reorganizó como empresas sanitarias dependientes de cinco Autoridades Regionales Sanitarias (ARS), también organizadas como empresas. El principal argumento a favor de la reorganización no era otro que el deseo de concentrar la responsabilidad de la propiedad y la financiación en

* Traducción del original en inglés de Maitte Casado Rodríguez.

** Instituto de la Gestión Sanitaria y Economía de la Salud, Universidad de Oslo (Noruega) (t.p.hagen@medisin.unio.no).

¹ El Consejo de Investigación noruego ha financiado este artículo con la ayuda n.º 153074/530 Health Organization Research Program, Noruega (HORN).

un solo lugar (Tønne, 2001), evitando de ese modo el “juego de la inculpación” (*blame game*) entre los diferentes niveles gubernamentales que se venía observando a la hora de discutir los problemas de producción de los servicios sanitarios y de déficit.

Cinco años después de acometer esta reforma hospitalaria, los desafíos fiscales que afronta el sector hospitalario son incluso mayores que los que presentaba en los años noventa. La producción ha sido notablemente más alta que la planificada. A finales de 2006, el déficit sumaba cerca de 18 millardos de CON (coronas noruegas)² o en torno al 22 por cien de los ingresos anuales de las cinco ARS (BUS, 2007). Con escasas excepciones, el Parlamento ha venido concediendo fondos complementarios a las ARS todos los años desde que se implantó la reforma.

En este artículo pretendemos explicar las razones del fracaso en el restablecimiento de la disciplina presupuestaria en el sector hospitalario tras la reforma de 2002, entendiendo por disciplina presupuestaria la capacidad y voluntad de equilibrar los presupuestos. La disciplina presupuestaria se relaciona a menudo con los problemas provocados por la “restricción presupuestaria blanda” (Kornai, 1979, 1986), una situación que, de acuerdo con Maskin (1996: 125), “surge siempre y cuando a una fuente de financiación le resulta imposible mantener una empresa con un presupuesto fijo; es decir, cuando la empresa puede extraer *ex post* un subsidio o préstamo mayor del que hubiera sido considerado eficiente *ex ante*”. Es claro que si un agente anticipa restric-

² Aproximadamente 2.300 millones de euros.

ciones presupuestarias “blandas”, puede tener incentivos para incrementar la actividad o los costes por encima de lo que prefiere el principal, enviarle la factura y esperar el rescate.

Comenzamos el artículo describiendo los rasgos institucionales básicos del sistema sanitario noruego y presentando datos sobre el rendimiento hospitalario. Revisamos asimismo la literatura presupuestaria, centrándonos en las restricciones “blandas” y en los rescates. Argumentamos que la explicación de la ruptura de la disciplina fiscal exige tomar en consideración las diferencias de objetivos y estrategias que se observan en el seno del Estado central; en particular, entre el Gobierno y el Parlamento noruego, el *Storting*. El análisis que presentamos aquí enfoca predominantemente la atención en los dos primeros años tras la reforma de 2002.

2. LA REFORMA HOSPITALARIA DE 2002: PRELUDIO Y SECUELAS

El “juego de la inculpación”

Es necesario tomar conciencia de tres aspectos para comprender el “juego de la inculpación” que se desarrolló a finales de la década de los noventa. Primero, los costes de los servicios hospitalarios son gratuitos (con algunas excepciones de gastos menores por las visitas ambulatorias), lo cual significa que los pacientes carecen de incentivos para sopesar la relación entre costes y utilidad del tratamiento. La demanda de servicios es, por tanto, elevada, resultando necesario racionarla (Aaron *et al.*, 2005; Mechanic, 1995). Segundo, el sistema de financiación de los 19 condados responsables del sector hospitalario se centralizó durante la década de 1990. Los ingresos de los condados llegaban inicialmente como transferencias anuales en bloque procedentes del Estado central y de los impuestos locales, siendo el Estado el que establecía los tipos impositivos. El 1 de julio de 1997 empezó a funcionar un sistema de “financiación basada en la actividad” (FBA), que implicaba que una fracción de las transferencias en bloque desde el Estado a los gobiernos de los condados se remplazaba por una dotación que dependía del número y de la composición de los tratamientos hospitalarios, medidos conforme al

sistema DRG³ (Halsteinli *et al.*, 2006). Al principio, el Estado reembolsaba el 30 por cien del coste de un tratamiento; desde el 1 de enero de 1998, el componente basado en la actividad aumentó al 40 por cien de los ingresos esperados. En el siguiente período, el componente de la FBA fluctuó entre el 40 y el 60 por cien. La intención del Gobierno y el Parlamento era la de ejecutar los contratos basados en la actividad entre el gobierno de un condado y sus hospitales, lo que resultó ser el caso. Tercero, después de la introducción de la FBA se produjo un incremento de la actividad en los hospitales de agudos. Entre 1997 y 2001 el aumento de la actividad media fue del 2,2 por cien, comparado con el 1 por cien de los años anteriores a 1997 (Biørn *et al.*, 2003). Como quiera que los ingresos marginales de la FBA fueron menores que los costes marginales, la introducción de la FBA generó una creciente demanda de recursos. Y puesto que los impuestos seguían siendo fijos, al tiempo que otros servicios del condado (como, por ejemplo, las escuelas) permanecían muy regulados, los condados terminaron por producir déficits cada vez mayores.

Este sistema de desequilibrio fiscal vertical con una baja autonomía impositiva (Rattsø, 2003) condujo al “juego de la inculpación”. Los condados podían afirmar que los déficits se debían a una financiación insuficiente y solicitar así al Estado central transferencias adicionales. El Estado central, que había fomentado el aumento de tratamientos y pacientes hospitalarios, con el fin de reducir las listas y el tiempo de espera, no pudo resistirse a las demandas de financiación adicional. Los condados interpretaron esto como una señal de restricciones presupuestarias “blandas” y los déficits aumentaron más (Hagen y Kaarbøe, 2006).

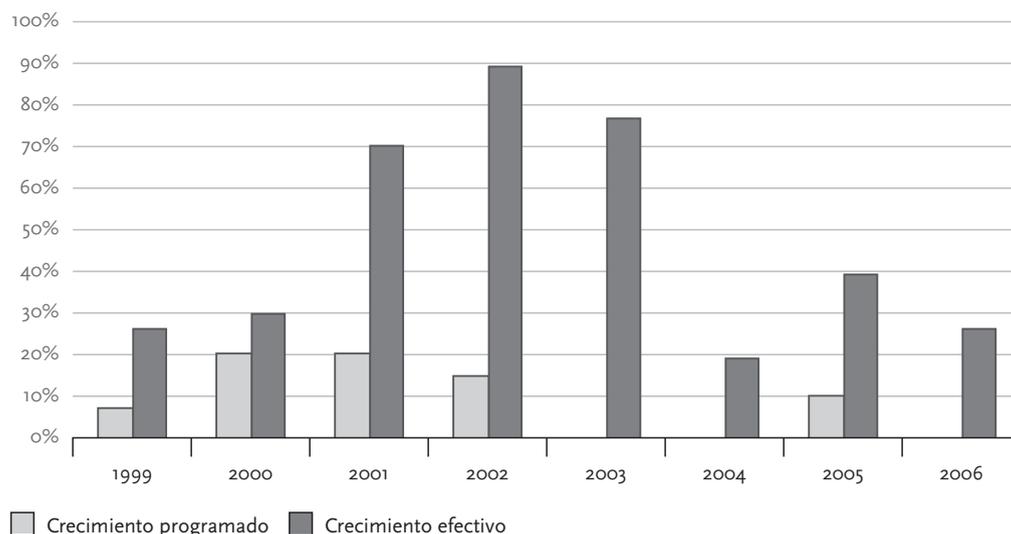
La reforma

Durante el otoño de 2001 la reforma hospitalaria se llevó a cabo a un ritmo destacable. Cien mil empleados y el 60 por cien de los presupuestos de los condados se transfirieron al Estado central. Cinco regiones sanitarias, que habían existido desde mediados de los años setenta como organizaciones reticulares entre condados, fueron ascendidas a Autoridades Regionales Sanitarias (ARS).

³ El sistema DRG pivota sobre una clasificación de los diferentes grupos de pacientes en función de criterios médicos y financieros. Cada grupo DRG recibe un peso relativo que refleja su nivel de coste comparado con el promedio de todos los DRG.

GRÁFICO 1

CRECIMIENTO PROGRAMADO Y EFECTIVO DE LA ACTIVIDAD BASADA EN DRG* (1999-2006)



* Véase la nota 3.

Fuente: BUS (2006, 2007) e Informes de SAMDATA (varios años).

Las ARS se crearon como empresas con la responsabilidad de proporcionar asistencia hospitalaria a los habitantes de su área, bien en los hospitales bajo su propiedad y control, bien mediante contratos con proveedores privados (Ot. Prp. n.º 66, 2000-2001).

Cuando los condados dejaron de ostentar la propiedad de los hospitales, los políticos fueron destituidos de la gestión hospitalaria cotidiana. El Ministerio de Sanidad se convirtió en la asamblea general de las ARS, cada una de ellas compuesta por una junta de profesionales procedentes de los negocios, la academia y las organizaciones sindicales de los hospitales. Las decisiones concernientes a cuestiones administrativas, organizativas y de producción se descentralizaron en las ARS o incluso en los *trusts* hospitalarios locales, que estaban organizados de forma similar a las ARS y gobernados por juntas compuestas por profesionales.

Las opciones de actividades y niveles de coste de los condados y de las ARS

En general, se produjo un marcado incremento de los niveles de actividad en el período posterior a la reforma hospitalaria (Huseby, 2004).

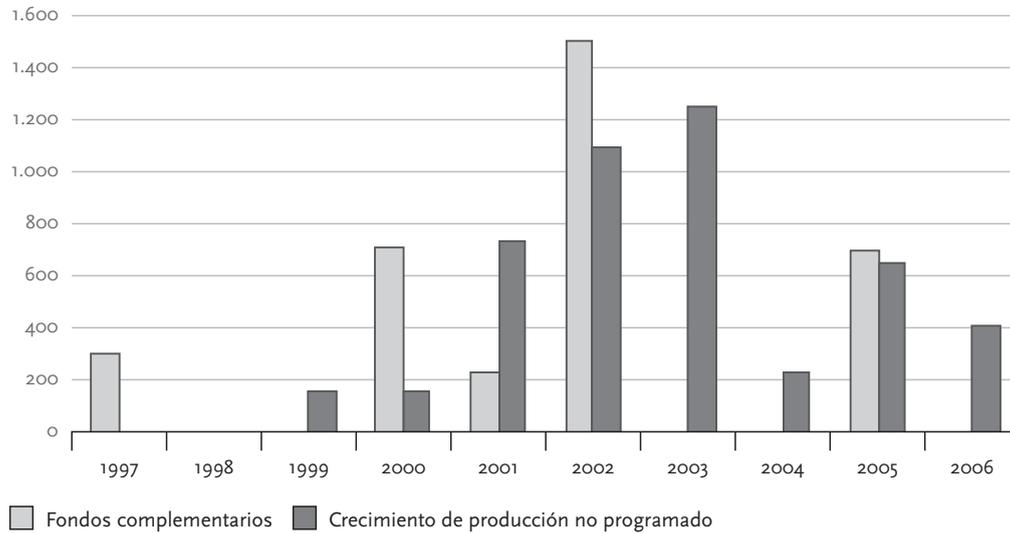
Así queda de manifiesto en el gráfico 1⁴, que muestra el aumento programado y efectivo, medido en unidades equivalentes de DRG, en los hospitales de agudos desde 1999, el primer año que se establecieron objetivos explícitos, hasta 2006.

Durante todos esos años, la actividad efectiva superó holgadamente a la programada (sobre todo, en 2001, 2002 y 2003). El gran aumento de 2001 se debió principalmente a un incremento de la actividad en la segunda mitad del año, tras la decisión de apartar a los condados del control de los hospitales y traspasarlo al Estado central (Huseby, 2004). También cabe observar incrementos de costes y actividad en el caso de los hospitales psiquiátricos, pero en este caso fueron aumentos planificados que no generaron problemas de gestión. Además del gran crecimiento de la actividad, los incrementos salariales en el sector hospitalario fueron superiores a los que se produjeron en el resto de la economía noruega en aproximadamente un 4 por cien entre 2001 y 2004 (BUS, 2006).

⁴ Los datos proceden de los informes anuales de la Comisión de Presupuestos para los servicios sanitarios especializados [BUS (2006, 2007)], así como de varios informes SAMDATA de los años anteriores a 2002 (www.sintef.no/content/page13_7678.aspx).

GRÁFICO 2

FONDOS COMPLEMENTARIOS (1997-2006) Y FONDOS ASIGNADOS POR CRECIMIENTO NO PROGRAMADO DE LA PRODUCCIÓN SANITARIA (1999-2006) EN MILLONES DE CORONAS NORUEGAS



Fuente: Fuente: BUS (2006, 2007) e Informes de SAMDATA (varios años).

Un aumento de la actividad mayor que el programado, junto a las subidas salariales, crearon déficit y una enorme necesidad de reestructuración organizativa en los hospitales (Tjerbo, 2007). Los planes de reestructuración generaron turbulencias y demandas de recursos adicionales. En el gráfico 2 se distinguen dos tipos de fondos que fueron transferidos a los condados o a las ARS, además de los fondos asignados a los hospitales tras la aprobación parlamentaria de los Presupuestos del Estado para los años fiscales 1997-2007:

- 1) fondos complementarios que implican aumento de los presupuestos generales de las ARS;
- 2) financiación basada en la actividad (FBA) que excede los objetivos de producción establecidos para cada año.

Hemos estimado los fondos FBA que excedieron los objetivos de producción como sigue:

producción en unidades equivalentes de DRG en el año t-1* (crecimiento de la actividad real medido en equivalentes en DRG desde t-1 hasta t, menos crecimien-

to programado de la actividad medido en unidades de DRG desde t-1 hasta t) * precio unitario del sistema DRG en el año t * proporción de FBA en el año t.

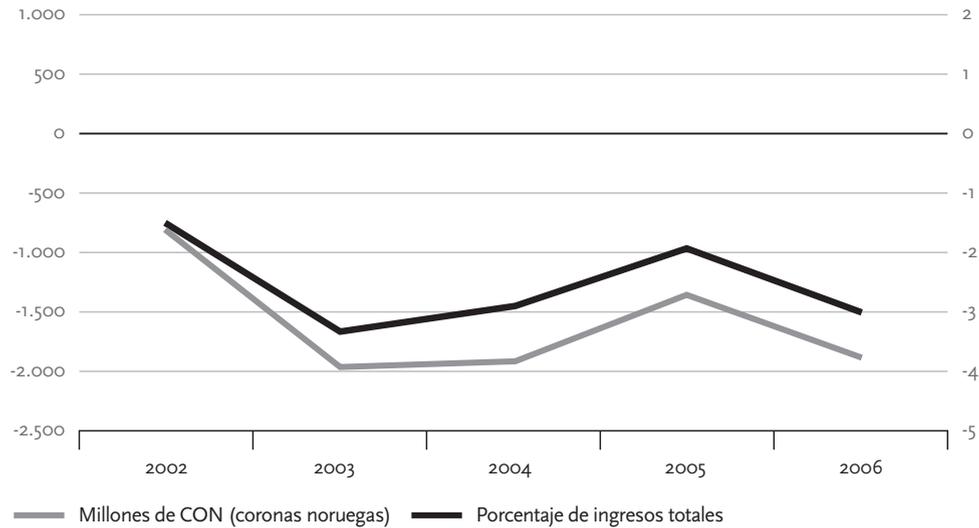
Los dos tipos de fondos no se pueden separar completamente. Por ejemplo, un aumento de fondos complementarios para mejorar la situación económica general puede afectar al crecimiento de la actividad y, por tanto, a los fondos afectos a la actividad no programada.

A consecuencia de una actividad mayor que la programada, tanto los fondos relacionados con el crecimiento de este tipo de actividad como los fondos complementarios relacionados con la situación económica general han seguido siendo altos. El segundo tipo de fondos se asignó a las ARS sobre la base de una fórmula de financiación (principalmente, factores socioeconómicos y demográficos) en todos los años salvo en 2007. En ese año, la asignación se basó en el tamaño real de los déficits corrientes (ST, Prp. n.º 44, 2006-2007).

Los fondos complementarios y los basados en la actividad no lograron que los hospitales y las

GRÁFICO 3

DÉFICIT CORRIENTE (A PRECIOS CORRIENTES) EN MILLONES DE CORONAS NORUEGAS (EJE IZQUIERDO) Y PORCENTAJE DE INGRESOS TOTALES (EJE DERECHO), 2002-2006



Fuente: BUS (2006, 2007) e Informes de SAMDATA (varios años).

ARS consiguieran el equilibrio presupuestario. Incluso después de ajustar los criterios para el equilibrio presupuestario descontando los costes de depreciación de los costes totales, los hospitales registraron déficit año tras año, como se aprecia en el gráfico 3.

El déficit fue moderado en 2002, pero se aproximó a los dos millardos de CON (3 por cien de los ingresos totales) en 2003 y 2004. La reducción del déficit entre 2004 y 2005 se quedó por debajo de la dotación complementaria concedida durante 2005 (700 millones de CON). A finales de 2006, los déficits corrientes acumulados desde 2002 ascendían aproximadamente a 8 millardos de CON. Incluidos los costes de depreciación, los déficits sumaban por esas fechas en torno a 18 millardos de CON, o el 20 por cien de los ingresos anuales (BUS, 2007). Una de las ARS, la del Este de Noruega, logró distanciarse en este punto de las demás durante todos los años posteriores a la reforma, ya que alcanzó presupuestos equilibrados⁵.

⁵ Un análisis de este caso se puede encontrar en Tjerbo y Hagen (2005).

3. PREFERENCIAS, INSTITUCIONES Y RESTRICCIONES PRESUPUESTARIAS BLANDAS

De acuerdo con Inman (2003), suponemos que el juego (*default game*) consta de dos jugadores principales: el principal, que en nuestro modelo es el Estado central, y un agente, una Autoridad Regional Sanitaria (ARS). En el primer movimiento, la naturaleza determina el tipo del principal, es decir, si el Estado central es de tipo "blando" o "duro". El principal establece entonces el presupuesto y señala de este modo el tipo al que pertenece. En el siguiente movimiento, el agente (la ARS) evalúa la señal del principal, es decir, si afronta o no una situación de restricciones presupuestarias duras y, en función de esa evaluación, adopta decisiones respecto a los niveles de costes y actividad. Si el agente considera que la señal de restricciones presupuestarias "duras" que emite el principal es creíble y decide mantener la actividad dentro de los límites presupuestarios (ALP), el juego termina. Si el principal no tiene credibilidad o señala una restricción presupuestaria "blanda", el agente elige incrementar la actividad o los costes más

allá del nivel que ha elegido el principal. Como el agente genera déficit (D), intenta presionar al principal para que aumente la financiación en la siguiente fase. En la tercera fase, el principal tiene dos opciones. O elige compensar (C) al agente con transferencias complementarias y/o posponer la demanda de equilibrio, o elige mantenerse firme (no C). El gráfico 4 ilustra el árbol del juego.

A medida que se producen las secuencias de los movimientos, la solución del juego dependerá de las preferencias de los jugadores y de la distribución de la información. Si los costes de compensar a los agentes fuesen menores que los costes de mantenerse firmes, el principal elegirá la compensación. Por consiguiente, el principal ha revelado su naturaleza y los agentes tendrán incluso incentivos más fuertes para incrementar su actividad en el futuro.

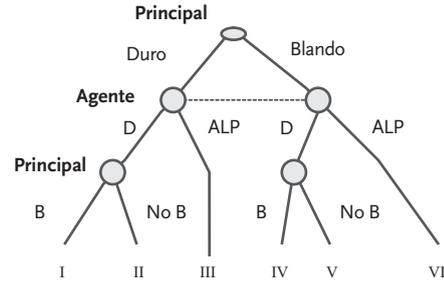
El juego, en su forma más simple, tiene seis soluciones diferentes (I-VI). Según el esquema de Inman, las soluciones que prefiere el principal son la III y la VI. En tales casos, el agente equilibra su presupuesto, no hay déficit que subsanar y el principal obtiene su mejor asignación de los recursos. En el contexto de la reforma hospitalaria, el principal no logró ni III ni VI, sino I o IV.

Varios estudios analizan los mecanismos que explican las opciones del principal en las diferentes fases de una situación de rescate financiero. En primer lugar, cabe mencionar los estudios sobre las motivaciones de los actores. Se supone que existen tres motivos generales que permiten construir explicaciones parsimoniosas (Schlesinger, 1991; Strøm, 1990): la búsqueda de cargos (*office-seeking*) (políticos y partidos intentan maximizar cargos gubernamentales y otros puestos públicos); la búsqueda de políticas (*policy-seeking*) (políticos y partidos aspiran a maximizar su influencia en las políticas públicas); y la búsqueda de votos (*vote-seeking*) (políticos y partidos pretenden maximizar su apoyo electoral en futuros comicios).

En segundo lugar, otros estudios entienden que las opciones dependerán del conjunto de información disponible a los actores. Aplicando esta tesis a nuestro caso, las ARS ignoran cuáles van a ser las respuestas del Estado central antes de efectuar su movimiento, de modo que tendrán que basar su opción en la utilidad esperada de las diferentes opciones. Pero tampoco el Estado central está seguro de cuál es la situación económica del sector hospitalario después de haber asumido el control, lo cual complica su credibilidad en la señalización de la restricción presupuestaria.

GRÁFICO 4

MODELO SECUENCIAL DEL JUEGO DEL RESCATE



Fuente: Elaboración propia.

En tercer lugar, además de las preferencias y la información disponible, la restricción presupuestaria y la opción entre rescatar o no pueden estar condicionadas por factores institucionales. Aquí despuntan dos importantes corrientes de investigación.

Una corriente de investigación institucionalista se centra en el modo en que se realizan los presupuestos. Los trabajos inscritos en esta corriente "institucionalista presupuestaria" indican que la centralización del proceso presupuestario puede incrementar la disciplina fiscal (Alesina *et al.*, 1998; Hallerberg y von Hagen, 1999). En 1997, el Parlamento noruego aprobó una reforma que centralizaba el proceso presupuestario parlamentario. Antes de 1997, los gastos se iban agregando mediante un proceso gradual por el cual las propuestas de gasto de las comisiones se sumaban al final, y el resultado consistía en el gasto presupuestario total. Era un proceso descentralizado sin límite inicial por el lado del gasto presupuestario. Aunque depende de las preferencias (Ferejohn y Krehbiel, 1987; Helland, 2000), un proceso centralizado puede conducir a presupuestos más bajos. Sin embargo, un rasgo específico de la reforma presupuestaria de 1997 fue que el procedimiento de racionalización se aplica sólo justo antes de la aprobación del presupuesto durante el otoño, y no cuando se revisa éste hacia el final de la primavera posterior. Ello sugiere que resulta más fácil incrementar el presupuesto para propósitos específicos durante la primavera⁶. Como se verá

⁶ Los cambios en el presupuesto se pueden hacer en la revisión de la primavera o en el balance de diciembre.

con claridad, esta ambigüedad en el proceso presupuestario afectó significativamente a la interpretación que el agente hizo de la señal del principal respecto al establecimiento de restricciones presupuestarias.

La otra corriente de investigación, que podría denominarse “institucionalista electoral”, se centra en los efectos de los sistemas electorales. Su principal hallazgo se sintetiza en que los sistemas mayoritarios mantienen una disciplina fiscal más estricta que los sistemas de representación proporcional (Persson y Tabellini, 2003), esencialmente debido a su mayor capacidad de formar Gobiernos mayoritarios. Strøm *et al.* (2005) describen el modo en que algunos rasgos distintivos de la democracia parlamentaria noruega, en especial la ausencia de capacidad de disolución del Gobierno y las reglas informales para su formación, han aumentado la probabilidad de los Gobiernos minoritarios, a medida que se producía la fragmentación gradual del sistema de partidos. Los Gobiernos minoritarios, cada vez más frágiles, presentan más dificultades tanto en lo que concierne a la rendición de cuentas como a la credibilidad (Strøm *et al.*, 2005). Como muestran Roubini y Sachs (1989a y 1989b) y Edin y Ohlsson (1991), los Gobiernos minoritarios también tienden a generar mayor deuda y exhiben una disciplina fiscal más “blanda”.

4. EL PRIMER MOVIMIENTO DEL ESTADO CENTRAL

Abramos ahora la “caja negra” de lo que llamamos el primer movimiento del principal en el juego que expone el gráfico 4. En este movimiento, el Estado central asigna un presupuesto al agente, establece reglas institucionales y señala su resolución en lo que atañe a las restricciones presupuestarias. El primer movimiento del principal es significativo. Señalizar una restricción presupuestaria como “dura” es una solución obvia si el objetivo fundamental consiste en aumentar los incentivos para que las ARS manifiesten disciplina presupuestaria. La señal de restricción presupuestaria “dura” procedente del Gobierno tiene que encontrar respaldo en una alianza estable en el Parlamento. Dividamos el análisis en dos: por una parte, el análisis del establecimiento de las reglas institucionales y, por otra, el análisis de las alianzas que prestan respaldo al Gobierno minoritario en el Parlamento.

Reglas institucionales: la demanda de equilibrio presupuestario

El año 2001 fue año electoral; el 10 de septiembre se celebraron elecciones generales al *Storting*. Los dos partidos que habían votado a favor de la reforma hospitalaria, el Partido Laborista y el Partido del Progreso, utilizaron la campaña electoral y el mes posterior a las elecciones para movilizar los apoyos al nuevo modelo organizativo que se debía implantar a comienzos de enero del siguiente año. El Ministro de Sanidad laborista, Tore Tønne, había anunciado que dimitiría si no era capaz de cumplir el objetivo reformista de su partido a finales de 2003. Como meta se había propuesto que “los hospitales noruegos trataran 100.000 pacientes más al año sin que ello costara ni una sola corona más” (Aftenposten Aften, 2001). Su aliado del Partido del Progreso y presidente de la Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento, Jon Alvheim, fue incluso más lejos, aunque parecía menos preocupado por la cuestión de los costes: “Los hospitales tratarán a más pacientes, al margen de lo que cueste” (Aftenposten, 2001). Como consecuencia de las señales que estaba emitiendo la clase política, los hospitales aumentaron su actividad significativamente durante la última parte de 2001. Mientras se había planificado que, entre 2001 y 2002, el aumento de la actividad en unidades equivalentes de DRG se situara en el 1,5 por cien, el incremento efectivo se calculó posteriormente en el 7,7 por cien. Además, los precios en el sector hospitalario crecieron en comparación con el sector público en general, como resultado de las subidas salariales y los incrementos en las primas de pensiones (St. prp. n.º 59, 2001-2002).

El aumento significativo de la actividad a finales de 2001 colocó al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (MSAS) en una complicada posición. En el momento de presentar el proyecto de presupuestos del Estado para 2002, a primeros de octubre de 2001, el Ministerio disponía de información incompleta acerca de la situación económica de los hospitales (St. prp. n.º 1, 2001-2002). Sin embargo, el MSAS tuvo una segunda oportunidad debido a la derrota electoral del Gobierno laborista en septiembre de 2001 y a la formación de un Gobierno minoritario de centro-derecha compuesto por liberales, democristianos y conservadores, con Kjell Magne Bondevik (democristiano) como Primer Ministro y el retorno de Dagminn Høybraten como Ministro de Sanidad y Asuntos Sociales. No obstante, en una enmienda

a los Presupuestos del Estado (St. prp. n.º 1, 2001-2002), el Gobierno hubo de admitir que había “incertidumbre respecto al nivel del coste de la atención especializada a principios de 2002” y que “reintegraría la totalidad de las ayudas a los hospitales en la revisión del Presupuesto Nacional”, que el *Storting* aprueba mediante un procedimiento regular al final de cada sesión en primavera.

La situación económica de los hospitales se consideró entonces en una proposición separada al Parlamento a primeros de mayo de 2002 (St. prp. n.º 59, 2001-2002). En ese momento, el Gobierno estimó que el déficit del sector hospitalario ascendía de 2,6 millardos de CON y propuso una partida complementaria de 1.475 millones de CON para cubrir parte de ese déficit. El Parlamento incrementó esa partida hasta 1.825 millones de CON. Ahora bien, el Gobierno emitió una señal importante al proponer que el déficit restante se cubriera a finales de 2003 a través de mejoras en la eficiencia. Ello significó que se posponía la demanda de presupuestos equilibrados explícita en la Ley de Empresa Sanitaria (Ot. prp. 66, 2000-2001). Por primera vez en la historia, a los hospitales se les permitía legalmente incurrir en déficit. Más tarde, pero todavía en 2002, el plazo para lograr el equilibrio se pospuso al período 2003-2004 por muchas de las mismas razones mencionadas antes (St. prp. n.º 1, 2002-2003). En definitiva, el Estado central empezó a perseguir su objetivo de restricción presupuestaria “dura” institucionalizando una restricción presupuestaria “blanda”.

La fallida iniciativa de establecimiento de una alianza mayoritaria estable

Con todo, las ambiguas señales del Estado central no terminaron aquí. El Gobierno minoritario de Bondevik, nombrado tras las elecciones parlamentarias de 2001, necesitaba el apoyo del Partido del Progreso o del Partido Laborista para obtener mayoría en el Parlamento⁷.

Hemos supuesto aquí que el Gobierno mueve primero y decide si negociar o no con el Partido del Progreso. Como el Partido del Progreso había contribuido al establecimiento del nuevo Gobierno de centro-derecha, el Primer Ministro decidió participar en negociaciones presupuestarias con él, tanto en 2002 como en 2003. El Partido del Progreso

⁷ También contó con el Partido de la Izquierda Socialista (SV), pero sólo en contadas ocasiones.

podía aceptar la invitación y empezar a negociar el presupuesto, o podía rechazarla. Aceptarla implicaba probablemente un margen de maniobra limitado, debido a las reglas de la limitación del gasto inicial aprobadas por el Parlamento y a tenor de anteriores experiencias en este tipo de negociaciones. Rechazarla podía llevar a que el Gobierno se orientara hacia el Partido Laborista, y el Partido del Progreso quedara en la sombra. En otras palabras, bajo el supuesto de que el Partido del Progreso guiaba sus actuaciones en función de las políticas (*policy-seeking*) o de los votos (*vote seeking*) –o de unas y otros–, en ambos casos los beneficios obtenidos serían escasos. ¿Cabía aumentarlos?

Para el Partido del Progreso, un acuerdo con el Gobierno sobre el presupuesto hubiera posibilitado la aprobación de algunas de sus políticas, pero a cambio de renunciar a los importantes incrementos del gasto en asistencia sanitaria y en hospitales que había prometido a los votantes. Con el fin de lograr incrementos considerables, el partido del Progreso y el Gobierno tuvieron que recortar otros gastos, creando así una situación en la que los votos obtenidos con el aumento de transferencias en esta área debían sopesarse con los votos perdidos con similares reducciones en otras áreas. Al final, el Partido del Progreso decidió firmar un acuerdo con el Gobierno. Sin embargo, se sintió decepcionado por el compromiso adquirido. Jon Alveim, portavoz del Partido del Progreso en materia de sanidad, indicó abiertamente que el problema estribaba en el procedimiento de centralización presupuestaria establecido en 1997: “El modo actual en que se manejan los presupuestos de la Comisión constituye un desprecio de su competencia... tras semanas de trabajo, la Comisión ha logrado gestionar sólo dieciséis milésimas partes del presupuesto” (Stortinget, 2002).

Pero inmediatamente tras la aprobación parlamentaria del presupuesto para 2003 se abrió una ventana de oportunidad para que el Partido del Progreso aumentara su recompensa. Cuando el Parlamento estaba acometiendo el ajuste del presupuesto del año 2002, el Partido del Progreso y el Partido de Centro propusieron incrementar las transferencias al sector hospitalario en dos millardos de CON. La propuesta se calificó de inusual porque no tenía visos de ser aprobada, pero el Partido del Progreso consiguió modificar la señal que acababa de enviar a los votantes y las ARS mediante el acuerdo presupuestario suscrito con el Gobierno. Aunque sin contar con el apoyo de los demás partidos, la propuesta dio a las ARS razones válidas para esperar una recompensa futura.

5. EL SEGUNDO MOVIMIENTO DEL ESTADO CENTRAL

En el invierno de 2002/2003 ya se podía vislumbrar con claridad que las ARS terminarían el siguiente año fiscal con dificultades económicas. Surgió la pregunta de si conseguirían ayudas complementarias a finales de la sesión parlamentaria de primavera, como había ocurrido en años previos y como se había discutido ya en la sesión parlamentaria el otoño anterior. La respuesta llegó extraordinariamente pronto ese año, cuando el diario noruego más importante, *Aftenposten*, informó a sus lectores el 13 de enero de que el Gobierno minoritario de Bondevik se enfrentaba a una coalición mayoritaria compuesta por el Partido Laborista y el Partido del Progreso en torno a un proyecto de ley para los hospitales. Esto ocurría menos de un mes después de que el Partido del Progreso hubiera dado su apoyo al presupuesto del Gobierno minoritario de centro-derecha para 2003.

Conscientes de la difícil situación parlamentaria y de las complicadas circunstancias económicas de los hospitales y las ARS, el Gobierno decidió seguir una estrategia en dos pasos. Primero, para paliar la difícil situación parlamentaria, optó por desviarse del presupuesto de 2003, aprobado y aceptado por el Parlamento en otoño de 2002, y proponer una partida complementaria de 265 millones de CON a finales de la sesión de primavera (Innst. S. n.º 260, 2002-2003). Y segundo, para solucionar los problemas económicos más acuciantes de los hospitales, relacionados con una producción mayor que la programada, el Gobierno resolvió presentar a las ARS un documento en el que se revisaba su planificación y se las instaba a que cumplieren las metas de producción establecidas en el presupuesto de 2003 (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2003a). Este documento de planificación revisada se envió el 25 de junio, pocos días después de que el Parlamento hubiera iniciado su período de descanso veraniego. Mientras el primero de los dos pasos puede considerarse como un éxito parcial, el segundo concluyó con una amenaza de censura y una humillación total para el Ministro de Sanidad.

La partida complementaria

Consideremos, en primer lugar, el juego que se desarrolló en el caso de la partida complementaria. El considerable desfase entre la producción

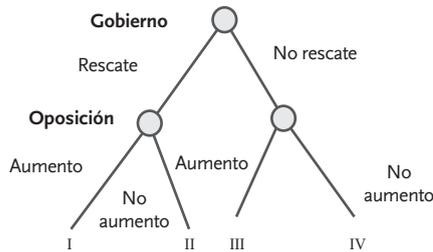
hospitalaria programada y efectiva durante el período 2001-2003 (gráfico 1) y el aumento de los salarios del personal hospitalario por encima del resto de la economía resultaron en un notable déficit y en los consiguientes planes de reestructuración del sector hospitalario destinados a reducir costes e incrementar la eficiencia. En la primavera de 2003 se publicaron esos planes de reestructuración. Las reacciones fueron llegando a medida que se extendían las protestas populares masivas, en particular en áreas en las que los planes implicaban cerrar habitaciones destinadas a urgencias o salas de maternidad. Ya se ha esbozado aquí la estrategia de los principales partidos de la oposición, el Partido del Progreso y el Partido Laborista. Los otros dos partidos de la oposición, el Partido de Izquierda Socialista y el Partido de Centro, hicieron públicas respuestas similares, de modo que a finales de la sesión de primavera se esperaba una partida complementaria para los hospitales. Si el Gobierno no tomaba la iniciativa, lo haría el Parlamento.

Por tanto, al final de la sesión parlamentaria de primavera, el Gobierno minoritario afrontaba la siguiente alternativa: 1) mantenerse firme y ajustarse al presupuesto aprobado para 2003, no rescatar a los hospitales y reconocer su responsabilidad (su "culpa") ante los votantes; o 2) rescatar a las ARS proponiendo una partida complementaria y conseguir así el favor de los votantes. Por otra parte, la oposición tenía las opciones de intentar incrementar las transferencias a los hospitales o de no incrementarlas. El gráfico 5 traza el árbol del juego bajo el supuesto de que se dispone de información perfecta y completa. Es un equilibrio de Nash subjuego perfecto, y la solución al juego se puede hallar mediante inducción hacia atrás (*backward induction*).

La oposición ya se había comprometido a rescatar a los hospitales mediante una partida complementaria. De ahí que prefiriera cualquier alternativa a la IV. Se supone que la oposición ordenará las alternativas de forma que $III > I > II > IV$, basándose en un intento de mostrar a los votantes que sí tenía la voluntad de incrementar las transferencias a los hospitales y quedar así "mejor" que el Gobierno. La estructura de pagos del Gobierno se ordenará $IV > II > I > III$. El Gobierno preferiría un rescate, pero para conseguirlo necesitaría el apoyo de la oposición. El peor resultado para el Gobierno sería III, ya que esta opción implicaría dar a la oposición la oportunidad de presentarse ante los votantes como si ella fuera la que rescata a los hospitales, mientras aquél da la impresión de intentar lo contrario.

GRÁFICO 5

ILUSTRACIÓN DEL JUEGO ENTRE LA OPOSICIÓN Y EL GOBIERNO EN LA PRIMAVERA DE 2003



Fuente: Elaboración propia.

A través de la inducción “hacia atrás” se llega a la opción I, por la que el Gobierno rescata a los hospitales y la oposición escoge incrementar esta partida. Este resultado se basa en el supuesto de que ambos jugadores quieren obtener recompensas electorales por significarse como el partido que incrementa el gasto en sanidad. El Gobierno prefiere implantar la opción I a la III porque se resiste a que la oposición sea percibida como la única interesada en elevar el nivel de ayuda a los hospitales. Convenimos en que los jugadores buscan ganancias relativas. Cada jugador está también interesado en no dejar al otro en una posición en la que los votantes puedan recompensarle con votos.

Al final, el Gobierno propuso una partida de 265 millones de CON, calculando un aumento de 300 millones de CON para la financiación de la parte basada en la actividad, de la que restó 35 millones por la disminución estimada en el tratamiento ambulatorio (St. prp. n.º 65, 2002-2003). No incrementó el presupuesto global; sin embargo, los partidos de la oposición no se pusieron de acuerdo en una sola enmienda a la propuesta del Gobierno. El Partido de Izquierda Socialista, el Partido de Centro y el Partido del Progreso propusieron diversas enmiendas a la propuesta gubernamental, pero esta última se aprobó en el Parlamento con los votos de los tres partidos gobernantes y el Partido Laborista (Innst. S. n.º 260, 2002-2003). En contra de nuestra predicción, acabamos en la solución II.

¿O no nos equivocamos? Aunque el proyecto se aprobó el 20 de junio, el último día de las sesiones parlamentarias de primavera, la partida no terminó aquí.

La revisión del documento de planificación y la amenaza de censura

Consideremos ahora la revisión de los documentos de planificación que el Ministerio (MSAS) presentó a las ARS. El documento de planificación revisado (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2003a), fechado el 25 de junio, se hizo público justo cinco días después de que el Parlamento hubiera iniciado su receso estival. Basándose en la partida aprobada el último día de la sesión de primavera, el MSAS demandó enérgicamente a las ARS que mantuvieran la actividad hospitalaria en los niveles inicialmente planificados para 2003, idénticos a los niveles de actividad de los hospitales medidos a finales de 2002. El documento de planificación hacía además hincapié en un importante rasgo del sistema de financiación que ya se había subrayado en 1997, cuando se introdujo el sistema de FBA (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2003b). Como el presupuesto global y el componente basado en la actividad, conjuntamente, componen los presupuestos hospitalarios, y los componentes basados en la actividad no cubren los costes, el presupuesto global es el que define el nivel de actividad.

El documento conmocionó y escandalizó tanto a las ARS como a la oposición política (Helse Øst, 2003). En el protocolo oficial de la junta de la ARS de Noruega Oriental se afirma: “La junta lamenta que el presupuesto revisado para 2003 suponga la introducción de cambios significativos en las condiciones externas y las reglas de juego de los hospitales”; más adelante: “La junta reconoce que esto significa que algunos servicios al paciente tendrán que cerrarse”; y concluye: “La consecuencia de todo esto es que las listas de espera van a engrosar...”. Sin embargo, la reacción más enérgica provino de la oposición política. El ex Primer Ministro, y en ese momento cabeza del Partido Laborista, Jens Stoltenberg, manifestó: “El Gobierno ha de retirar inmediatamente el documento... No nos encontraríamos en esta situación si nuestra propuesta de 500 millones adicionales [presentada en otoño del año anterior, durante el proceso de negociación presupuestaria en el Parlamento] hubiera sido aceptada” (NTB, 2003a). El líder del Partido del Progreso, Carl I. Hagen, fue incluso más lejos y amenazó al Ministro de Sanidad, Dagfinn Høybraten, con un voto de censura si el documento de planificación revisado no era retirado inmediatamente. Las respuestas del Gobierno no se hicieron esperar. El Ministro de Finanzas declaró a la prensa que su compañero Høybraten únicamente se había atendido

a lo previsto tras la aprobación parlamentaria del Presupuesto Nacional Revisado (NTB, 2003b). El Primer Ministro matizó a continuación que los comentarios de Hagen no eran más que un intento populista de orquestar una ofensiva política y que “si la cuestión era tan seria como para una amenaza de censura, él debería al menos regresar de la Costa del Sol española” (NTB, 2003c).

Sin embargo, el Gobierno minoritario de Bondevik acabó cediendo a los deseos de la oposición. El MSAS envió el 30 de junio una carta a las ARS invitándolas a reunirse con el Ministerio a principios de agosto para discutir los presupuestos y los niveles de actividad (Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, 2003b). Aunque las formulaciones eran vagas, la carta se pudo interpretar sólo de una manera, concretamente como una retirada del documento de planificación revisado. Las consecuencias fueron espectaculares desde el punto de vista de la política fiscal. Las ARS no hicieron nada por reducir el aumento de la actividad, que pasó a ser un 5 por cien mayor que el que había planificado el Parlamento hacía un año. El Estado central tuvo que incrementar la financiación basada en la actividad (FBA) aproximadamente en 1,4 millardos al final del año. Además, el Parlamento decidió no seguir al MSAS en lo concerniente a la bajada del coste unitario por DRG⁸. Ahora bien, como el precio DRG no cubría los costes marginales, la financiación extraordinaria no impidió que los hospitales incurrieran en déficit, que ese año alcanzó dos millardos de CON, o aproximadamente el 3 por cien de los ingresos totales.

Volvamos al gráfico 5. El rescate de los hospitales mediante una partida complementaria propuesta por el Gobierno fue aprobado parlamentariamente con los votos de los tres partidos gobernantes y de los socialdemócratas. Sin embargo, cuando la propuesta estaba a punto de ser implementada, los socialdemócratas se desmarcaron demandando un incremento del gasto. Hay varias razones que pueden explicar este cambio de estrategia. La más probable es que las duras reacciones de las ARS llevaran a los socialdemócratas a reevaluar el intercambio (*trade-off*) entre política y votos (es decir, el efecto electoral que tendría la defensa de esa partida complementaria) en las próximas elecciones locales, y que el Gobierno calculara desacertadamente esta reacción.

⁸ Reducir el coste unitario por DRG significa que la parte basada en unidades per cápita del sistema de financiación pasa a ser mayor. Esto también reduce los incentivos para incrementar la actividad.

6. DISCUSIÓN

Se han investigado aquí los efectos de una reforma radical de la gestión sanitaria con objetivos ambiciosos. El principal argumento que avalaba la transferencia de la propiedad de los hospitales de los condados al Estado central era el de la falta de transparencia y el recurrente “juego de la inculpación” que se desarrollaba entre los condados y el Estado central. Hasta el momento, la historia nos enseña que un nuevo juego de la inculpación ha reemplazado al antiguo y, como ha señalado el ex Ministro de Sanidad, Dagfinn Høybråten: “... la reforma hospitalaria ha proporcionado muchos de los beneficios que queríamos, pero no ha sido tan buena en lo que concierne a la gestión del presupuesto”⁹.

Dos factores institucionales cobran importancia a la hora de analizar los problemas de gobernanza que se presentaron en el caso noruego. Primero, la situación minoritaria del Gobierno dificultó la toma de decisiones en el Parlamento. Ni logró señalar como “duras” las restricciones presupuestarias, ni se mantuvo firme cuando los hospitales produjeron déficit. Segundo, la posibilidad de revisión del presupuesto en el Parlamento cada primavera facilitaba la dotación de nuevas partidas. Cualquier señal enviada por medio de los presupuestos generales en otoño estaba abierta a la revisión en la primavera siguiente. Y a estas dos debilidades estructurales se añade un problema provisional, toda vez que las señales del nivel de actividad emitidas durante y después de la campaña electoral de 2001 complicaron al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales la fase de transición.

Las experiencias del sector hospitalario noruego una vez que el Estado central asumió la propiedad de los hospitales ilustran claramente el modo en que los políticos del nivel central socavaron la disciplina presupuestaria. Parece evidente que, de una u otra manera, las restricciones presupuestarias “blandas” redundan en el interés a corto plazo de los políticos.

Una vez establecida una restricción presupuestaria “blanda”, no hay forma sencilla de endurecerla. No obstante, conviene contemplar tres tipos de reformas. La primera reforma potencial

⁹ Entrevista personal a Høybråten realizada por Trond Tjerbo el 15 de septiembre de 2006 (cinta grabada en posesión de Tjerbo).

consiste en cambiar las reglas de formación de los ejecutivos. Los Gobiernos minoritarios han prevalecido en la política noruega desde 1971 (Strøm et al., 2005). Como se apuntó antes, el argumento según el cual los Gobiernos minoritarios afectan negativamente al rendimiento fiscal encuentra respaldo en diversos estudios empíricos (Roubini y Sachs, 1989; Edin y Ohlsson, 1991). En el caso noruego, el poder de disolución del Parlamento y unas reglas más estrictas para la formación del Gobierno aumentarían la probabilidad de formación de Gobiernos mayoritarios. Bien es verdad que actualmente (2008), Noruega tiene un Gobierno mayoritario (de coalición) y los resultados no son muy diferentes: los déficits siguen existiendo y continúan siendo elevados.

Otra posible solución radica en asignar la mayor parte del riesgo del exceso de actividad a las ARS. Esta era básicamente la idea que propuso una Comisión Real que emitió su propuesta en otoño de 2002 (NOU, 2003: 1). La Comisión concluyó que el sistema actual resultaba incapaz de controlar el nivel de actividad. Para solucionar el problema, la mayoría de la Comisión sugirió un modelo de financiación basado en las directrices siguientes. En primer lugar, el Parlamento decide el presupuesto total para el sector de la asistencia sanitaria especializada. A continuación, el presupuesto total es asignado a las empresas regionales de salud (ARS), de acuerdo con un modelo impositivo basado en la necesidad. Además, se aplican los siguientes mecanismos para compartir el riesgo entre el Gobierno central y las empresas regionales de salud: si resulta que el nivel de actividad real es hasta un 2 por cien mayor que el programado, el Gobierno central cubre el 60 por cien del coste nacional estandarizado, pero todas las actividades por encima de ese nivel deben financiarse completamente por la empresa regional de salud; del mismo modo, si una empresa regional de salud no cumple el nivel de actividad requerido, su presupuesto se ajustará a la baja multiplicando por 0,6 la diferencia entre el nivel de actividad realizado y el programado. El problema de esta solución radica en que se basa en la capacidad de los Estados centrales para llevarla a cabo y, como hemos visto, contar con tal capacidad no parece muy realista.

Una posible tercera solución consiste en invertir la reforma de 2002: descentralizar el sector hospitalario, pero esta vez con elementos de autonomía fiscal (Oates, 2005). Que los residentes locales estuvieran expuestos más directamente a los costes del incremento del gasto sanitario podría proporcionar más incentivos a quienes diseñan las poli-

ticas regionales para mantener el control de los costes. Así, la descentralización de la responsabilidad tanto de la financiación como de la producción de servicios hospitalarios en una asamblea regional electa podría favorecer la disciplina presupuestaria. Ahora bien, esta solución también podría generar problemas de desigualdad horizontal, poniendo así en cuestión uno de los principales pilares ideológicos del sector sanitario noruego.

BIBLIOGRAFÍA

AARON, H. J. y W. B. SCHWARTZ (con M. Cox) (2005), *Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care*, Washington DC, Brookings Institution Press.

AASLAND, O. G.; HAGEN, T. P. y P. E. MARTINUSSEN (2007), "Sykehuslegenes syn på sykehusreformen" [*La visión de los médicos sobre la reforma hospitalaria*], *Tidsskr Nor Lægeforen*, 127: 2218-2221.

AFTENPOSTEN (2001), *Sykehusene knuser budsjettene* [*Los hospitales incumplen sus presupuestos*], 19 de noviembre: 23.

– (2003a), *Ap og FrP krever mer penger til sykehusene* [*El Partido Laborista y el Partido del Progreso demandan más dinero para los hospitales*], 13 de enero: 2.

– (2003b), *Regjeringen gjør retrett - flere syke skal behandles* [*El Gobierno da marcha atrás: más pacientes recibirán tratamientos*], 1 de julio: 4.

AFTENPOSTEN AFTEN (2001), *Tønne går om helseloftene ikke holdes* [*Tønne dimite si no se mantienen las promesas en materia sanitaria*], 23 de agosto: 20.

ADRESSEAVISEN (2000), *Sykehus mer selvstendige* [*Los hospitales, más autónomos*], 6 de julio: 11.

ALESINA, A.; PEROTTI, R. y J. TAVARES (1998), "The Political Economy of Fiscal Adjustment", *Brookings Papers*, 28(1): 197-248.

BIØRN, E.; HAGEN, T. P.; IVERSEN, T. y MAGNUSSEN, J. (2003), "The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000", *Health Care Management Science*, 6 (4): 271-283.

B. INNST. S. N.º II (1999-2000), *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2000 [Recomendación de la comisión de finanzas sobre el presupuesto nacional revisado de 2000]*.

BUS (2006), *Årsrapport. Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten [Informe anual de la Comisión de Presupuestos para los servicios sanitarios especializados]*.

– (2007), *Årsrapport. Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten [Informe anual de la Comisión de Presupuestos para los servicios sanitarios especializados]*.

DEWATRIPONT, M. y E. MASKIN (1995), "Credit and efficiency in centralized and decentralized economies", *Review of Economic Studies*, 62: 541-555.

EDIN, P. A., y H. OHLSSON (1991), "The Political Determinants of Budget Deficits: Coalition Effects versus Minority Effects", *European Economic Review*, 35: 1597-603.

FEREJOHN, J. y K. KREHBIEL (1987), "The budget process and the size of the budget", *American Journal of Political Science*, 31 (2): 296-320.

HAGEN, T. P. y O. M. KAARBØE (2006), "The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals", *Health Policy*, 76 (3): 320-333.

HALLERBERG, M. y J. VON HAGEN (1999), "Electoral institutions, cabinet negotiations, and budget deficits in the European Union", en POTERBA, J. y J. VON HAGEN (eds.), *Fiscal Institutions and Fiscal Performance*, Chicago, The University of Chicago Press: 209-32.

HALSTEINLI, V.; OSE, S.; TORVIK, H. y T. P. HAGEN (2006), "Allocation of labour to somatic and psychiatric specialist care - the effects of earmarked grants", *Health Policy*, 78: 115-127.

HELLAND, L. (2000), *Preferanser, prosedyrer og informasjon: Betingelser for budsjett disiplin [Preferencias, procedimientos e información: condiciones para la disciplina presupuestaria]*, Oslo, Departamento de Ciencia Política, Universidad de Oslo.

HELSE ØST [Autoridad Regional Sanitaria del Sureste de Noruega] (2003), *Acta de la reunión de la junta directiva*, 26 de junio.

HUSEBY, B. (2004), *Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003*

[Datos comparados para cuidados sanitarios somáticos especializados de 2003], Trondheim, SINTEF Health.

INMAN, R. P. (2003), "Transfers and bailouts: Enforcing local fiscal discipline with lessons from U.S. federalism", en RODDEN, J.; ESKELAND, G. S. y J. LITVACK (eds.), *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*, Cambridge (Mass.), MIT Press: 35-85.

INNST. O. N.º 118 (2000-2001), *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m. [Recomendación de la Comisión Social sobre la Ley de Asamblea Sanitaria]*.

INNST. S. N.º II (2002-2003), *Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2003 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16) [Recomendaciones de la Comisión Social sobre las asignaciones del presupuesto nacional para el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales]*.

INNST. S. N.º 260 (2002-2003), *Innstilling fra finanskomiteen om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003 og enkelte endringer i statsbudsjettet for 2003 i forbindelse med trygdeoppgjøret mv [Recomendación de la Comisión de Finanzas sobre ayudas adicionales y reordenamiento del presupuesto nacional para 2003, así como algunos cambios en el presupuesto nacional debidos al acuerdo sobre Seguridad Social]*.

KORNAI, J. (1979), "Resource-constrained versus demand-constrained systems", *Econometrica*, 47 (4):801-819.

– (1986), "The soft budget constraint", *Kyklos*, 39 (1): 3-30.

KORNAI, J.; MASKIN, E. y G. ROLAND (2003), "Understanding the soft budget constraint", *Journal of Economic Literature*, XLI: 1095-1136.

MASKIN, E. (1996), "Theories of the soft budget constraint", *Japan and the World Economy*, 8 (2): 125-133.

MECHANIC, D. (1995), "Dilemmas in rationing healthcare services - The case for implicit rationing", *British Medical Services*, 310 (6995): 1655-1659.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DE NORUEGA (2000), *En gjennomgang av sykehusenes*

økonomi [Investigación sobre la situación económica de los hospitales. Informe], Oslo.

– (2003a), *Styringsdokument 2003 [Documento Guía 2003]*, 25 de junio, Oslo.

– (2003b), *Revidert styringsdokument 2003 - styringskrav knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst [Revisión del Documento Guía relativo al trato al paciente y al incremento de la actividad]*, 30 de junio de 2006, Oslo.

NOU (Norwegian Official Reports) (1996), *Hvem bør eie sykehusene? [¿Quién debe tener la propiedad de los hospitales?]*, Real Comisión Noruega, Oslo.

– (2000: 22), *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommuner [Sobre la división de las tareas entre el Estado, las regiones y los municipios]*, Real Comisión Noruega, Oslo.

– (2003:1), *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten [Financiación basada en la necesidad de los servicios especializados de salud]*, Real Comisión Noruega, Oslo.

NTB (Norwegian News Agency) (2003a), “Neppe kutt i sykehussektoren” [Probablemente no habrá recortes en el sector hospitalario], 29 de junio.

– (2003b), “Helseministeren gjør bare sin plikt” [El Ministro de Sanidad está haciendo lo que debe], 30 de junio.

– (2003c), “Bondevik: Grov populisme av Carl I. Hagen” (Bondevik: una declaración extremadamente populista de Carl I. Hagen), 30 de junio.

OATES, W. E. (2005), “Toward a second-generation theory of fiscal federalism”, *International Tax and Public Finance*, 12 (4): 349-373.

OT. PRP. N.º 66 (2000-2001), *Om lov om helseforetak m.m. [Ley de la Asamblea Sanitaria]*.

PERSSON, T. y G. TABELLINI (2003), *The Economic Effects of Constitutions: What Do the Data Say*, Cambridge, Mit Press.

RATTSØ, J. (2003), “Vertical imbalance and fiscal behavior in a welfare state: Norway”, en RODDEN, J.; ESKELAND, G. S. y J. LITVACK (eds.), *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*, Cambridge (Mass.), MIT Press: 133-161.

ROBINSON, J. A. y R. TORVIK (2006), “A Political Economy Theory of the Soft Budget Constraint”, *NBER Working Paper* n.º 12133, Cambridge (Mass.), National Bureau of Economic Research.

RODDEN, J.; ESKELAND, G. S. y J. I. LITVACK (2003), *Fiscal Decentralization and the Challenge of Hard Budget Constraints*, Cambridge (Mass.), MIT Press.

ROUBINI, N. y J. D. SACHS (1989a), “Political and economic determinants of budget deficits in the industrial democracies”, *European Economic Review*, 33: 903-938.

– (1989b), “Government spending and budget deficits in the industrial countries”, *Economic Policy*, 8: 100-132.

SCHLESINGER, J. A. (1991), *Political Parties and the Winning of Office*, Ann Arbor, University of Michigan Press.

STORTINGET (2002), Acta del debate de 11 de noviembre (www.stortinget.no/stid/2002/si021211.html).

ST. PRP. N.º 1 (2001-2002), *Statsbudsjett 2001-2002 [Presupuesto Nacional 2001-2002]*, Oslo.

– (2002-2003), *Statsbudsjett 2002-2003 [Presupuesto Nacional 2002-2003]*, Oslo.

ST. PRP. N.º 1 TILLEGG N.º 4 (2001-2002) [añadido n.º 4 al St. prp. Nr 1. (2001-2002)], Oslo.

ST. PRP. N.º 44 (2006-2007), *Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet [Cambios en el Presupuesto Nacional para 2007 concernientes al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales]*, Oslo.

ST. PRP. N.º 59 (2001-2002), *Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002. Helse og omsorgsdepartementet [Economía y presupuesto para los servicios especializados sanitarios 2002]*, Oslo.

ST. PRP. N.º 65 (2002-2003), *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003 [Propuesta del Gobierno para el Presupuesto revisado de 2003]*, Oslo.

STRØM, K. (1990), “A behavioural theory of competitive political parties”, *American Political Science Review*, 34: 565-598.

STRØM, K.; NARUD, H. M. y H. VALEN (2005), "A more fragile chain of governance in Norway", *West European Politics*, 28 (4): 781-806.

TJERBO, T. (2007), "Målkonflikter og styringsdilemmaer. Utviklingen i sykehuset Innlandet etter etableringen" [Conflictos de objetivos y dilemas del Gobierno. El desarrollo en el *trust* hospitalario Innlandet tras de su establecimiento], *HORN Report 4*, Oslo, Health Management Research Program Norway.

TJERBO, T. y T. P. HAGEN (2005), "«Harde» og «myke» budsjettskranker og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling" (Las restricciones presupuestarias blandas y duras, y la actividad y el desarrollo de la eficiencia en las asambleas regionales sanitarias), en Opedal y Stigen (eds.), *Helse-Norge i Støpeskjeen [La sanidad noruega en proceso de formación]*, Bergen, Fagbokforlaget.

TØNNE, T. (2001), *Statlige sykehus er en stor operasjon [La asunción de la propiedad de los hospitales por parte del Estado central constituye una operación de envergadura]*, Sosial- og helsedepartementet [Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales], Oslo.

El debate sobre la sanidad en Portugal: entre lo público y lo privado, la solidaridad y la gestión empresarial

MARÍA ASENSIO*

RESUMEN

Durante los últimos treinta años han abundado en Portugal las iniciativas de regulación del sistema sanitario. El ímpetu inicial hacia el establecimiento de un Servicio Nacional de Salud, siguiendo el modelo clásico británico, fue debilitándose, al tiempo que iba fraguando un sistema de integración de los servicios sanitarios privados y los ofrecidos por las instituciones sociales sin ánimo de lucro. El actual Gobierno socialista ha hecho una apuesta por revitalizar algunos de los grandes principios que en su día inspiraron la creación del Servicio Nacional de Salud, diseñando un conjunto de estrategias orientadas hacia el reforzamiento de la universalidad, equidad y calidad del sistema sanitario. Sin embargo, la defensa del *statu quo* y del espacio ocupado por los proveedores privados de servicios sanitarios frena, y a la postre puede frustrar, el avance de las reformas en curso.

y se caracteriza por el predominio de propuestas de reforma basadas en el modelo del *National Health Service* británico. En realidad, este primer período supone una continuación de los rasgos que marcaron la política sanitaria portuguesa desde 1971, año en que se esbozó legalmente lo que vendría a ser el Servicio Nacional de Salud (SNS), de impronta “beveridgeana” (esto es, universalista y público). El segundo período, que se abrió en 1990, se caracterizó principalmente por las tensiones entre las iniciativas políticas dirigidas a consolidar el modelo adoptado en el período previo y un conjunto de propuestas de reforma sanitaria favorables a la penetración de la gestión privada en la prestación de servicios sanitarios, e incluso a la privatización de los servicios públicos. Esta situación de debate y confrontación ideológica se mantuvo al menos hasta 2005, año que marca el intento de abrir una nueva fase marcada por las iniciativas sociales del Partido Socialista, que accedió al Gobierno tras las elecciones celebradas en febrero de ese año.

1. INTRODUCCIÓN

La historia de las reformas sanitarias en Portugal durante los últimos veinte años pone de manifiesto un notable dinamismo y, como otras políticas sociales (por ejemplo, las pensiones), también la búsqueda permanente de un marco de funcionamiento institucional estable (Chuliá y Asensio, 2007). La evolución de las reformas sanitarias en Portugal durante el período democrático puede dividirse en tres períodos. El primero coincide con los primeros quince años de la democracia (1974-1989)

2. LA CREACIÓN DEL SNS PORTUGUÉS Y LA PRIMERA OLA DE REFORMAS SANITARIAS (1974-1989)

Pese a la notable inestabilidad política de este período de la historia portuguesa reciente, cabe afirmar que los tres primeros lustros posteriores a la Revolución de 1974 suponen el desarrollo de un modelo de organización garantista del acceso a la sanidad como un derecho social. En esta fase de expansión democrática del Estado de bienestar portugués, el principal objetivo de la política sanitaria

* Investigadora funcionaria del Instituto Nacional de Administração (INA) de Portugal y asesora del Ministro de Salud entre marzo de 2005 y enero de 2008 (Maria.Asensio@ina.pt).

CUADRO 1

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO (PÚBLICO Y PRIVADO) EN PORCENTAJE DEL PIB (1974-1989)

	Gasto público sanitario (porcentaje PIB)		Gasto privado sanitario (porcentaje PIB)	
	Portugal	Media UE	Portugal	Media UE
1974	2,5	4,6	1,5	1,3
1975	3,2	5,0	2,2	1,3
1976	3,4	5,1	1,8	1,3
1977	3,3	5,2	1,4	1,3
1978	3,3	5,4	1,6	1,3
1979	3,3	5,4	1,5	1,2
1980	3,6	5,7	2,0	1,3
1981	3,8	5,9	2,1	1,4
1982	3,3	5,9	2,6	1,4
1983	2,9	5,8	2,6	1,5
1984	2,9	5,6	2,7	1,5
1985	3,3	5,6	2,7	1,5
1986	3,5	5,6	3,2	1,6
1987	3,3	5,6	3,1	1,7
1988	3,6	5,6	3,1	1,7
1989	3,3	5,5	2,9	1,7

Fuente: OECD Health Data (2002).

consistió en disminuir las barreras en el acceso a los cuidados médicos, incrementando la oferta pública de prestaciones sanitarias.

La Constitución de la República, aprobada en 1976, estableció en su artículo 64 que "el derecho a la protección de la sanidad se realiza por la creación de un Servicio Nacional de Salud universal, general y gratuito...". Con el reconocimiento constitucional de la sanidad como derecho social, la política sanitaria adquirió un perfil mucho más destacado y se aceleró un proceso que ya se perfilaba desde el inicio de la década de los años setenta, en el período final del salazarismo. El gasto público social saltó de 1,86 por cien en 1970 al 4,27 por cien en 1980. Con todo, comparando el gasto público sanitario de Portugal a principios de los años ochenta con el de otros países de la Unión Europea, llama la atención su reducido nivel (junto con Grecia y España, el más bajo de Europa). En cambio, el gasto privado sanitario de Portugal superó a partir de 1982 en más de un punto la media del gasto privado sanitario en la Unión Europea (cuadro 1).

La organización del SNS en la década de los ochenta provocó inversiones públicas muy significativas en infraestructuras y recursos humanos.

La construcción de decenas de nuevos hospitales y centenares de centros de salud, así como la firma de convenios y acuerdos con prestadores de cuidados y servicios privados indujeron un aumento creciente de los gastos del SNS, especialmente notable en los medicamentos. Con un retraso de aproximadamente tres décadas respecto a otros ciudadanos europeos, los portugueses pasaron a tener acceso a un servicio de salud estructurado y universal, así como a un sistema de copago de los medicamentos que cubría a toda la población (Correia de Campos, 2002; Correia de Campos y Ramos, 2005).

Esta primera fase de las políticas sanitarias portuguesas desembocó en la aprobación de la Ley de Bases de la Salud por la Asamblea de la República el 24 de Agosto de 1990¹. La Ley 48/90 articula el nuevo SNS en torno a cuatro rasgos institucionales clave: la universalización de la asistencia, la financiación con cargo a impuestos, la expansión e integración de las múltiples redes sanitarias públicas y la creación de las Administraciones

¹ Sobre el proceso legislativo que concluyó con la aprobación de esta Ley de Bases, véase Pedroso de Lima *et al.* (2001).

Regionales de Salud (ARS). Los tres primeros rasgos institucionales del SNS portugués se derivan directamente del modelo británico pre-Thatcher. La adopción de este modelo, que pivota sobre un sistema nacional de salud financiado por el Estado y prestador de servicios sanitarios con carácter universal (a toda la población), general (incluyente de todas las enfermedades) y gratuito, respondió a la fuerte presión ejercida en este sentido por los partidos socialistas y comunistas, apoyada en una cultura de izquierdas, profundamente arraigada en Portugal.

Varios autores han apuntado que la construcción del SNS esbozado en la Constitución nunca llegó a completarse debidamente en su componente legislativa². Muchos de los compromisos formales de cambio institucional no se llevaron a la práctica posteriormente (Pita Barros, 1997). A pesar de las reformas legislativas aprobadas, la falta de compromiso de los Gobiernos de Portugal con los objetivos de reforma, unida a otros factores, tales como la débil capacidad de las instituciones del Estado, la inexistencia de una cultura universalista y el escaso crecimiento económico de Portugal durante esta primera fase democrática, contribuyen a explicar por qué el modelo de SNS formalmente adoptado en Portugal se aplicó de manera tan incompleta y defectuosa en la práctica.

3. LA SEGUNDA OLA DE REFORMAS SANITARIAS (1990-2004)

Mediada la década de los ochenta se comenzó a vislumbrar un cambio en el paradigma internacional de intervención en materia sanitaria, en respuesta a una transformación más general en la concepción predominante sobre el papel del Estado. Los efectos de la crisis económica que afectó a muchos países europeos y el aumento del déficit público reforzaron un nuevo paradigma emergente en materia de política económica, abiertamente desfavorable a la expansión del gasto público y al crecimiento del papel del Estado como proveedor de servicios públicos (Kanacos y McKee, 1998).

² Como refiere Correia de Campos (2002: 1080), "el SNS nunca alcanzó el atributo de gratuidad. La financiación pública de los cuidados de salud se ha complementado fuertemente por aportaciones soportadas por las familias, las empresas o los servicios (cerca del 40 por cien de los gastos totales)".

El impacto de este cambio de paradigma en Portugal fue notable. Los Gobiernos de Cavaco Silva (1985-1995) comenzaron a introducir medidas de política sanitaria favorables a la expansión de la financiación y la prestación privada. La rapidez con la que se implementaron estas reformas destaca, sobre todo, habida cuenta del atraso de varias décadas con el que se había verificado la ola de reformas previa, basada en el paradigma del SNS. Los compromisos internacionales y, en concreto, los derivados de la pertenencia a la Comunidad Europea, factor crucial del impulso económico en Portugal, ejercieron una presión política considerable sobre los Gobiernos portugueses (Abel-Smith *et al.*, 1995). En un entorno económico internacional crecientemente competitivo, Portugal optó por moderar la expansión del gasto y permitir al sector privado ampliar su peso dentro del sistema sanitario, aun cuando el discurso político siguió subrayando la adhesión al modelo del SNS.

Si en la década de los ochenta el objetivo esencial de la política de salud consistió en garantizar el acceso de todos los ciudadanos al sistema, en la década de los noventa el propósito de la universalización abrió paso a los objetivos de mejora de la calidad de los servicios y la eficiencia en la gestión de los recursos públicos destinados a financiar la sanidad (Lucena, Gouveia y Pita Barros, 1995). Estas preocupaciones por la calidad y la eficiencia se inscriben en el movimiento de iniciativas y estudios elaborados durante esa década en torno a las ideas de modernización administrativa y calidad total de los servicios públicos en el marco de los postulados generales de eficacia y eficiencia en la acción administrativa. El carácter universal y general del SNS nunca fue puesto en cuestión; sin embargo, la característica de la "gratuidad" adquirió un matiz importante, declarándose ahora la "tendencia hacia la gratuidad". Las principales reformas que se introdujeron en la década de los noventa se centraron en el reconocimiento de un mayor protagonismo al sector privado en la prestación de los servicios sanitarios, mayoritariamente de financiación pública (Antunes, 2002: 204-206). El gasto público creció a un ritmo más rápido que el gasto privado, alcanzando la media de la UE (cuadro 2).

En realidad, la Ley de Bases de la Salud de 1990 ya había alterado la filosofía del sistema, al atribuir a los ciudadanos la responsabilidad por la propia salud y el deber de promoverla y defenderla. Tanto las entidades privadas como los facultativos pasaron a ser concebidos como parte integrante del sistema de sanidad y de la red nacional de pres-

CUADRO 2

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO (PÚBLICO Y PRIVADO) EN PORCENTAJE DEL PIB (1990-2000)

	Gasto público sanitario (Porcentaje PIB)		Gasto privado sanitario (Porcentaje PIB)	
	Portugal	Media UE	Portugal	Media UE
1990	4,1	5,8	2,1	1,7
1991	4,3	6,0	2,5	1,8
1992	4,2	6,1	2,8	1,9
1993	4,6	6,2	2,7	1,9
1994	4,6	6,0	2,7	2,0
1995	5,1	6,0	3,2	2,0
1996	5,5	6,1	3,4	2,2
1997	5,6	5,9	3,0	2,1
1998	5,6	5,9	3,0	2,1
1999	5,9	6,0	2,8	2,2
2000	6,2	6,0	2,8	2,2

Fuente: OECD Health Data (2002).

tación de asistencia sanitaria. A los profesionales del SNS se les reconocía la posibilidad de ejercer una actividad privada, excepto cuando se encontraran en régimen de dedicación exclusiva. La Ley consagraba asimismo el principio de gestión empresarial en las unidades de salud, al tiempo que ofrecía respaldo a experiencias innovadoras de administración de los servicios a través de contratos de gestión.

El Estatuto del SNS, aprobado por el Decreto-Ley 11/93, estableció la separación entre "servicio" y "sistema". Conforme a esta norma, el Servicio (Nacional de Salud) es una pieza importante del Sistema de Salud, pero no exclusiva en la garantía del derecho a la salud, toda vez que de este último forman parte tanto agentes públicos como privados. Las administraciones regionales vieron reconocida en el Estatuto su importancia central en la organización administrativa de los servicios sanitarios dentro del territorio de su competencia, pero sin gestionar servicios ni prestar cuidados. El Estatuto contempló la posibilidad de delegar la gestión de las unidades de salud en empresas privadas o grupos de médicos a través de un concurso público y estableciendo una remuneración conforme a unos valores predefinidos (Correia de Campos, 2002: 1081). Permitió al personal de las unidades públicas trabajar en el sector privado, sin pérdida de vínculo, a través de una licencia sin remuneración. Y también estableció las bases, e incluso previó incentivos, para el desarrollo de seguros alternativos (*opting-out*) al público³. Al mismo tiempo

abrió la puerta a la municipalización y a la devolución de responsabilidades en la prestación de los cuidados sanitarios a través de un contrato-programa con los municipios y con las instituciones privadas de solidaridad social.

Al inicio de la década de los noventa, los programas electorales de los partidos políticos se basaban en una concepción no exclusiva del SNS, sin atender contra su naturaleza universal, su carácter predominantemente público y su utilidad social. Sin embargo, las ineficiencias que se iban acumulando, traducidas en descontrol de gastos y en desigualdades insospechadas, condujeron a los analistas a buscar medidas de corrección de las principales paradojas de la universalidad (Gouveia, 2000). Aprobado sólo con los votos de la derecha, el Estatuto del SNS, ratificado en 1993 en la Asamblea de la República, no suscitó el rechazo frontal del partido de la oposición al Gobierno, el Partido Socialista (PS). Y de este modo, sin apoyo explícito de los socialistas pero también sin oposición estimable,

³ El Decreto-Ley 401/98, de 17 de diciembre, vino a crear la posibilidad de subsistemas *opting-out*, es decir, de mecanismos de cobertura integral de la salud para segmentos de la población definidos por criterios ocupacionales, geográficos u otros. Organizaciones como el SAMS –sindicato de los bancarios del sur y de las islas–, las obras sociales de Correos –CTT– y PT (Portugal Telecom) retiraron de forma voluntaria a sus afiliados de la cobertura universal por el SNS a cambio de una subvención anual por individuo cubierto.

fueron aprobadas todas las medidas legislativas para la apertura del sistema al sector privado. El programa electoral del PS de 1995, con el que el socialista Guterres se convirtió en primer ministro, admitía la gestión sanitaria por el sector privado, la empresarialización de los hospitales públicos, la separación entre financiadores y prestadores, y la competencia entre los financiadores públicos, los mutualistas y los privados. El programa del Partido Social-Demócrata (PSD, liberal-conservador) era menos explícito, refiriéndose, en general, a la creación de alternativas al tradicional modelo público y a la transformación de la financiación exclusivamente pública en financiación mixta. El Partido Popular (a la derecha del PSD) defendía la separación entre financiación y prestación, la existencia de un seguro público de salud financiado por los Presupuestos del Estado y por los asegurados, la competencia entre los prestadores públicos y privados, y la gestión empresarial de los hospitales. Por su parte, el Partido Comunista Portugués (PCP) reivindicaba el mantenimiento del SNS en su concepción original, si bien con más autonomía para los hospitales. Abogaba igualmente por la continuidad y ampliación de la gratuidad, así como la supresión de los llamados “tickets moderadores”.

En 1996, bajo el primer Gobierno socialista de Guterres y por iniciativa de la Comisión Parlamentaria de la Salud, tuvo lugar una reunión sobre política sanitaria de donde salieron dos importantes conclusiones de consenso: (i) el SNS debía continuar y ser reforzado como pieza importante del esquema de protección social; y (ii) el SNS necesitaba introducir profundas reformas destinadas a conseguir una gestión más eficiente, un servicio más equitativo y un mayor control de los gastos. El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social para 2000-2006, al tiempo que reconoció que Portugal se hallaba entre los países de la UE con un menor peso relativo del componente público en la financiación de los gastos de salud, reafirmó la posición central del Estado en la producción y oferta de servicios de salud, si bien en estrecha colaboración con el sector privado (médicos, laboratorios farmacéuticos, servicios de diagnóstico y clínicas privadas) (Ministério do Equipamento, 2000).

4. LA TERCERA OLA DE REFORMAS SANITARIAS (2005-2008)

Como se mencionó antes, desde los años noventa el sistema sanitario portugués ha mos-

trado un considerable dinamismo en cuanto a la rapidez con la que las propuestas internacionales de reforma se han incorporado a los debates políticos internos e incluso han encontrado reflejo formal en la legislación. Ello supone una ruptura con respecto a la pauta histórica predominante en el pasado, caracterizada por el considerable retraso con el que se introducían los cambios adoptados por los países europeos occidentales. Consolidada la universalización, las garantías de eficiencia, calidad y participación social, así como la reducción de las desigualdades se han erigido en los principios fundamentales sobre los que se articulan las estrategias del SNS en el arranque del siglo XXI, con el fin de mejorar el nivel de cuidados sanitarios, motivar a los profesionales, responder adecuadamente a las nuevas necesidades de la población (envejecimiento, nuevas formas de vivir y de enfermar), atender las preferencias de las personas, tanto individual como socialmente, facilitar la innovación y, en definitiva, concretar el objetivo estratégico primordial, que no es otro que el de conseguir mayores beneficios en salud para toda la población.

Recién llegado al Gobierno a principios de 2005, el socialista José Sócrates creó en agosto el Alto Comisariado de la Salud (ACS) para articular y ordenar las políticas públicas derivadas del Plan Nacional de Salud 2004-2010, impulsado por su predecesor del PSD. Bajo el lema “Una política de salud para Portugal”, el nuevo ejecutivo socialista ha apostado por reforzar el Estado de bienestar y, en concreto, la sanidad a través de tres grandes objetivos estratégicos: mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, crear una sociedad solidaria en la que los recursos sanitarios se distribuyan según la necesidad de sus ciudadanos, y promover la cohesión del Sistema de Salud. Aparte de coordinar la ejecución del PNS en su conjunto, el ACS ha venido dedicando una especial atención a cuatro áreas que el actual Gobierno eligió como prioritarias: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades oncológicas, la infección HIV/SIDA y la salud de las personas mayores y de los ciudadanos en situación de dependencia⁴. Estas prioridades resultan de las investigaciones en salud pública realizadas recientemente y que han revelado la gran importancia que el contexto social y económico adquiere en la explicación de las desigualdades en salud.

⁴ El Plan establece metas para el 2010 relativas a la incidencia de enfermedades neoplásicas, infecciosas y cardiovasculares, así como también relacionadas con el objetivo de envejecimiento activo. Puede consultarse en: www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf

Por otro lado, la estructura de líneas estratégicas y prioridades en la política sanitaria del Gobierno de Sócrates remarca una perspectiva orientada hacia los resultados, permitiendo mayor transparencia y favoreciendo el rendimiento de cuentas por parte de los actores públicos. La eficiente gestión de los programas de sanidad, la mejor coordinación vertical de las instituciones involucradas y una eficaz horizontalización de las acciones de promoción de la salud se conciben como instrumentos fundamentales para mejorar las condiciones sanitarias de la sociedad portuguesa.

La primera línea estratégica: mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los portugueses

La apuesta por un SNS más solidario, capaz de diseñar políticas de salud más progresistas y comprometidas con el desarrollo de los servicios públicos de bienestar y, en particular, con una perspectiva integral en los cuidados de salud primarios vertebrada esta primera línea estratégica de la política sanitaria desde 2005. Invertir en salud, no sólo en el tratamiento de la enfermedad: así quedó definido uno de los puntos fundamentales del programa del XVII Gobierno constitucional, que inició su andadura en marzo de ese año⁵. Promover la salud se considera una inversión social estratégica porque de ella depende el futuro del país y su capacidad de desarrollo social y económico.

Así pues, mientras los Gobiernos de Durão Barroso y Santana Lopes (PSD) prestaron más atención a las reformas de gestión, y, entre los servicios públicos de salud, a los de gestión hospitalaria, identificando como objetivo prioritario la mejora de la eficiencia y el correspondiente control del crecimiento del gasto, el Gobierno de Sócrates se ha centrado en la promoción de la salud pública. Sin pretender en modo alguno minimizar la importancia de las reformas de gestión –cuyos objetivos intermedios son muchas veces una garantía de la sostenibilidad del propio sistema de salud–, el Gobierno socialista las ha situado en un contexto más amplio y surcado no tanto por premisas instrumentales como por preocupaciones sociales. En este sentido, el Gobierno ha hecho suya la preocupación expresada por Maynard (2005) al indicar que los sistemas de salud europeos que se caracterizan por décadas

⁵ Véase el *Programa do XVII Governo Constitucional, 2005-2009* (2005: 75-81) (www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/Programa-GovernoXVII.pdf).

de sucesivas reformas, dejan un manantial de asuntos por resolver, habiendo poca evidencia sobre el impacto que las reformas tienen en la mejora efectiva de la salud de las poblaciones, en las desigualdades sanitarias o en los problemas de acceso e incluso en la eficiencia global de los sistemas.

La segunda línea estratégica: garantizar los derechos y deberes sanitarios de los ciudadanos

La segunda línea estratégica de la nueva política de salud del actual Gobierno ha consistido en promover las garantías de los derechos y deberes ciudadanos en relación con la salud, unos y otros basados en un conjunto de valores fundamentales como la dignidad humana, la equidad, la ética y la solidaridad. El reconocimiento de que, a pesar de haber alcanzado un elevado nivel de equidad, el SNS presenta todavía desigualdades visibles, se ha convertido en un desafío para el ejecutivo de Sócrates, que adoptó el compromiso de fomentar un sistema más solidario y más equitativo, con una oferta de servicios de mayor calidad técnica y más humanizados.

La tercera línea estratégica: fomentar la cohesión y calidad del Sistema de Salud

En el centro del discurso sobre cómo potenciar la cohesión y la calidad del Sistema de Salud se sitúa el concepto de “gobernación en salud”, bajo el cual se entiende la conducción ética del sistema, con el objetivo de garantizar beneficios en salud medibles y evaluables, más equidad en los resultados, más transparencia para todos los actores, más eficiencia y flexibilidad a la hora de responder a las necesidades de pacientes y de usuarios y más excelencia clínica. Concretamente, una buena “gobernación en salud” de calidad pasa por:

1) garantizar la centralidad del ciudadano en el sistema, tomando como punto de partida los valores democráticos (servicio público, participación, equidad) y promoviendo la inclusión social. Esta preocupación se evidencia en el impulso dado al desarrollo de una red de cuidados continuados, intersectorial y con apoyo de las entidades de la sociedad civil, dedicada primordialmente a las necesidades de los ancianos y los ciudadanos en situación de dependencia;

2) planificar la organización y la re-organización del Sistema de Salud de modo estratégico e

integrado, en función de las necesidades de salud de la población y de la mejor evidencia disponible sobre "lo que funciona". El Plan Nacional de Salud 2004-2010 es el instrumento estratégico de esta planificación encomendada al Alto Comisariado para la Salud, en colaboración con el SNS y otros prestadores y actores públicos, sociales y privados;

3) promover la descentralización en la gestión del sistema, de acuerdo con los principios de autonomía y responsabilidad, así como también impulsar reformas organizacionales que permitan la mejora de la gestión en la prestación de asistencia sanitaria. La reforma de la gestión regional del SNS, con la redefinición del papel de las ARS y la extinción de las 18 sub-regiones de sanidad, forma parte de este proyecto. También la reforma, en curso, del nivel de sanidad primaria, o la generalización de la empresarialización en el sector hospitalario (según un modelo que no cree incentivos perversos) representan ejemplos de cómo se pretende avanzar en este ámbito;

4) invertir estratégicamente en los sistemas de información de la salud, facilitando la modernización de la gestión de los servicios prestadores y, en definitiva, la vida de los ciudadanos que los utilizan. Se pretende desarrollar competencias y contenidos, promover la diseminación de las tecnologías de la información y la comunicación y combatir la denominada "info-exclusión";

5) ejercer una influencia intersectorial (con otros ministerios y entidades públicas) junto a los diversos actores sociales (ONG, Institutos de Solidaridad Social⁶, sector privado, medios de comunicación, asociaciones de pacientes, usuarios y profesionales) que permita actuar sobre los determinantes de la salud que escapan del alcance exclusivo del Ministerio de Salud, puesto que están relacionados con la adopción de estilos de vida saludables. Este objetivo se articula sobre el supuesto de que, entre los determinantes globales de la salud, el peso del factor "organización del sistema" es muy reducido, por lo que una gobernanación de calidad no puede circunscribirse a las reformas de la gestión sanitaria.

En definitiva, en la línea de lo que propone Braithwaite (2005: 1032), el Gobierno ha perseguido desde el inicio de la legislatura la aproximación del SNS a los ciudadanos; el desarrollo de una planificación estratégica determinada por las necesi-

⁶ IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social.

dades de salud de los portugueses; la prestación de un mejor servicio en un contexto de humanización de la relación con los usuarios de la sanidad; la mejora de la equidad, lo que implica la garantía de que el acceso a los servicios y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva, así como el incremento de la eficiencia del sistema con el recurso creciente a las nuevas tecnologías de información. Todas estas estrategias integran una apuesta decidida por la consecución de mayores niveles de legitimidad y de sostenibilidad social del SNS, tanto entre los demandantes como entre los oferentes de servicios sanitarios.

5. ¿PUNTO FINAL?

La reforma del SNS, tal y como ha sido concebida y desarrollada desde 2005, ha suscitado no poca resistencia ideológica y política. El avance de esta reforma en el marco de la reconfiguración del Estado del bienestar portugués puede convertirse en un test decisivo para mostrar la efectiva capacidad reformadora del Gobierno de Sócrates; no sólo por el empeño y la voluntad política que la reforma exige, sino, sobre todo, porque, más que cualquier otro sector, la política sanitaria puede revelar hasta qué punto es posible "rescatar" en Portugal, a principios del siglo XXI, un proyecto de Estado social basado en la universalidad, la equidad y la calidad de los servicios públicos política y financieramente viables. La reforma se percibe por algunos analistas como la última oportunidad de salvación del SNS; y en consecuencia, el abandono o el posible fracaso de la reforma que se ha venido desplegando en estos tres últimos años tiende a entenderse como un triunfo de la derecha liberal y, en general, de quienes apuestan por el debilitamiento del Estado social.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL-SMITH, B.; FIGUERAS, J.; HOLLAND, W.; MCKEE, M. y E. MOSSIALOS (1995), *Choices for Health Policy: An Agenda for the European Union*, Dartmouth, Aldershot.

ANTUNES, M. (2002), "Saúde: Eficiência e Qualidade", en: L. VALADARES TAVARES y A. MATEUS, *Reformar Portugal. 17 Estratégias de Mudança*, Lisboa, Oficina do Livro: 197-213.

BRAITHWAITE, J. (2005), "Axioms for governing health systems", *British Medical Journal*, n.º 330: 1032.

CHULIÁ, E. y M. ASENSIO (2007), "Portugal: in search of a stable framework", en: IMMERGUT, E. M.; ANDERSON, K. M. e I. SCHULZE (eds.), *The Handbook of West European Pension Politics*, Oxford, Oxford University Press: 605-659.

CORREIA DE CAMPOS, A. (2002), "Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública", *Análise Social*, XXXVI (161).

CORREIA DE CAMPOS, A. y F. RAMOS (2005), "Contas e Ganhos na Saúde em Portugal. Dez Anos de Percurso", *Desafios para Portugal*, Lisboa, Casa das Letras.

KANACOS, P. y M. MCKEE (1998), "Macroeconomic Constraints and Health Challenges facing European Health Systems", en SALTMAN, R.; FIGUERAS, J. y C. SAKELLARIDES (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Londres, Open University Press: 21-52.

LUCENA, D.; GOUVEIA, M. y P. PITA BARROS (1995), *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*, Ministério da Saúde, Lisboa.

MAYNARD, A. (2005), "European health policy challenges", *Health Economics*, 14: 255-263.

MINISTÉRIO DO EQUIPAMENTO, DO PLANO E DA ADMINISTRAÇÃO DO TERRITÓRIO (2000), *Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social para 2000-2006*, Lisboa.

OECD (2002), *OECD Health data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries*, París, OECD.

PEDROSO DE LIMA, P.; ALMEIDA MACHADO, A.; MARTINS CARDOSO, R. y J. CALDAS RIBEIRO (2001), *Direito da Saúde. Regime, Organização e Funcionamento do Sistema de Saúde. Colectânea de legislação*, Lisboa, ARS Norte/Ministério da Saúde.

PITA BARROS, P. (1997), *As Políticas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década de 1987-1996* (manuscrito).

La reforma neoliberal de la sanidad chilena: una valoración y una crítica*

JEAN-PIERRE UNGER, PIERRE DE PAEPE**, GIORGIO SOLIMANO Y ÓSCAR ARTEAGA***

RESUMEN¹

Con las medidas de privatización de la sanidad que el régimen de Pinochet introdujo en los años setenta, Chile se convirtió en precursor de la reforma neoliberal, consistente en permitir a los ciudadanos la elección entre aseguradoras privadas y la seguridad social pública para acceder a los servicios sanitarios. En este artículo se presentan los principales componentes de esta reforma y las consecuencias sobre la equidad y la eficiencia que ha tenido. Se subraya que, a pesar de los incentivos a la expansión del sector privado como agente financiador y proveedor de asistencia sanitaria, éste nunca ha llegado a cubrir a más de una cuarta parte de la población chilena. Los autores defienden que los relativamente satisfactorios indicadores de salud que, en comparación con otros países de la región, registra Chile actualmente se explican en virtud del considerable protagonismo que el sistema público de salud ha logrado mantener durante todo este tiempo.

* Este artículo fue publicado en *PLOS Medicine*, revista de acceso público y contenidos revisados por pares, que edita la Public Library of Science, en su número 5,4 (1 de abril de 2008). Los autores concedieron el permiso para su traducción al castellano y su publicación en *Panorama Social*.

Traducción del original en inglés de Elisa Chuliá.

** Investigadores del Departamento de Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes (Bélgica) (jpunger@itg.be).

*** Profesores de la Escuela de Salud Pública (Facultad de Medicina) de la Universidad de Chile.

¹ Los autores desean agradecer a la Dirección General de Cooperación al Desarrollo (Gobierno de Bélgica) la financiación recibida para realizar este trabajo.

1. INTRODUCCIÓN

El sistema chileno de sanidad ha sido objeto de múltiples análisis (Jack, 2000). Su configuración actual es el resultado de una reforma emprendida por el Gobierno de Pinochet tras el golpe de Estado de 1973. Esta reforma estableció la competencia entre los sistemas de aseguramiento público y privado, impulsando la expansión de los servicios sanitarios privados conforme a los principios neoliberales. Como es sabido, el neoliberalismo da nombre a un movimiento económico y político que suscitó amplio respaldo en los años ochenta entre organizaciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Este movimiento postula la introducción de reformas que avancen el libre comercio, la privatización de empresas, bienes y servicios de propiedad pública, la eliminación de distorsiones a los precios fijados por el mercado y una limitada intervención gubernamental. Tras la publicación del Informe del BM *Invirtiendo en Salud* (1993), Chile se convirtió en un modelo de reforma neoliberal de los servicios sanitarios.

En este artículo valoramos los efectos de la reforma chilena de Pinochet hasta 2005, incluyendo, por tanto, el período de la transición a la democracia en 1990. Sugerimos que la referencia a Chile para ilustrar los beneficios del modelo neoliberal de sanidad es desacertada. Mientras que otros estudios han prestado atención prioritaria al avance del sector asegurador privado como componente esencial de la reforma neoliberal, nuestro foco de interés reside en el papel dominante del sistema público. Una revisión de la reforma sanitaria chilena 25 años después de que comenzara

a implantarse permite llegar a nuevas conclusiones potencialmente importantes para países como Ecuador y Bolivia, embarcados actualmente en procesos de reforma de la sanidad, e incluso para Estados Unidos, país también inmerso en un debate sobre el seguro de salud universal.

2. LA REFORMA DE PINOCHET Y SU CONTEXTO

Chile ha representado una suerte de laboratorio social en los últimos cincuenta años: ha conocido un régimen liberal democrático (1958-1964), una etapa de reformismo democristiano (1964-1970), otra de socialismo democrático (1970-1973), un largo período de autoritarismo neoliberal (1973-1989) y tres Gobiernos democráticos de coalición desde 1990 hasta el momento presente (Silva, 2005). Las reformas neoliberales iniciadas en los años setenta no se limitaron al sistema sanitario, sino que también se aplicaron al sistema de pensiones, a la educación y el sector de la industria estatal, en el que se impulsaron las privatizaciones. Muchos de los cambios del sistema de salud cobraron posteriormente solidez conceptual en documentos auspiciados por el BM (Titelman y Uthoff, 2000).

Tras haber reprimido brutalmente la oposición al golpe de 1973 contra el presidente socialista Salvador Allende, a finales de los años setenta el régimen de Pinochet se aprestó a iniciar una reforma radical del sector sanitario basada en las doctrinas neoliberales². Paralelamente al sistema público de sanidad se desarrolló un sistema de aseguramiento privado, ISAPRES, con voluntad de convertirlo en el dominante. Los dos sistemas seguían lógicas absolutamente distintas: el sistema público –conforme al modelo de seguridad social típicamente bismarckiano (los afiliados contribuyen con una proporción de sus salarios y reciben prestaciones y servicios en función de sus necesidades)– promovía la solidaridad a través de medidas orientadas a compartir el riesgo y redistribuir internamente los recursos sanitarios; el sistema privado, en cambio, ofrecía pólizas de aseguramiento sanitario ajustadas a las aportaciones de cada individuo asegurado.

En 1979 se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), organismo público encargado de recaudar y gestionar los recursos financieros provenientes

² Véanse, por ejemplo, Reichard (1996), Arteaga (2003) y Borzutzky (2003).

de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que optaban por permanecer en el sistema público (o que no podían permitirse suscribir un plan de seguro apropiado con una de las empresas de ISAPRES), así como también de las partidas destinadas a sanidad por el Gobierno nacional. FONASA reconoce cuatro categorías de asegurados: A, indigentes; B, ciudadanos con muy bajos ingresos; C, ciudadanos con ingresos medios-bajos; D, ciudadanos con ingresos medios-altos. Quienes se hallan incluidos en las categorías B, C y D tienen derecho a elegir la provisión de servicios sanitarios fuera del sistema público, con niveles variados de copago. Los ciudadanos englobados bajo la categoría A sólo pueden acceder a los servicios públicos, tanto de atención primaria como especializada.

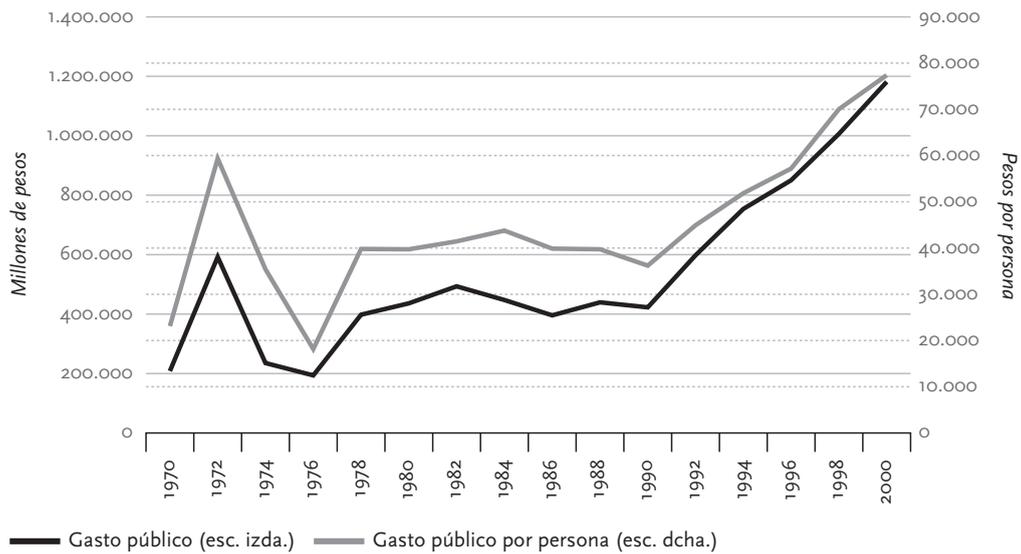
El sistema privado, ISAPRES, se creó en 1981 para gestionar las contribuciones sobre el salario asignadas a la sanidad de aquellos que optaran por salirse del sistema de salud público (*opting-out*). Las compañías aseguradoras adscritas a ISAPRES compraron la mayor parte de los servicios sanitarios al sector privado, que recibió así un fuerte impulso (Barrientos, 2002). El mercado de ISAPRES ofrecía no menos de 8.000 planes individuales diferentes, diseñados conforme a criterios de sexo, edad, riesgo sanitario, primas complementarias y copagos. El mercado se concentró en clientes relativamente ricos, con riesgos de salud más bajos; los ingresos medios de los afiliados a ISAPRES en 2003 eran más de cuatro veces superiores a los de los afiliados a FONASA (Cid *et al.*, 2006). Los márgenes de beneficios de ISAPRES excedían el 20 por cien (Homedes y Ugalde, 2002).

El Servicio Nacional de Salud se descentralizó en 26 autoridades territoriales sanitarias. Estas entidades asumieron la responsabilidad de la atención hospitalaria, mientras que los servicios de atención primaria se transfirieron a los municipios. La financiación de los servicios sanitarios públicos se redujo drásticamente (Vergara y Martínez, 2005); en consecuencia, también se restringió la oferta pública de prestaciones sanitarias.

En marzo de 1990, con la transición a la democracia, accedió al Gobierno una coalición de partidos de centro, que desde entonces ha ganado todas las elecciones parlamentarias. Su política social ha sido en general “socialdemócrata”, tratando de asociar un Estado del bienestar de corte occidental a una economía emergente y dinámica de mercado (Hiscock y Hojman, 1997). En ese mismo año (1990) se creó una agencia regulatoria gubernamental, conocida como la Superintendencia de ISAPRES, con

GRÁFICO 1

GASTO PÚBLICO EN SANIDAD DE CHILE, 1970-2000 (EN PESOS DE 2000)



Fuente: United Nations Development Programme (2002).

el fin de establecer algún tipo de regulación sobre el sistema de aseguramiento privado. Como muestran los gráficos 1 y 2, el gasto público sanitario aumentó significativamente a partir de 1990, casi tres veces más en pesos constantes (UNDP, 2002). Mientras la proporción de gasto público en sanidad permaneció bastante estable alrededor del 3 por cien, desde un escaso 2 por cien en 1976, el crecimiento económico explica el aumento del gasto en términos absolutos. El gasto sanitario privado se mantuvo en proporción al PIB, pero también registró un fuerte aumento en términos absolutos. Para financiar este creciente gasto público se aprobó una reforma fiscal que revocó las deducciones fiscales de la época de Pinochet³.

No obstante, ninguna de las características principales de las reformas de Pinochet descritas arriba se modificó de manera sustancial. Más recientemente, el Gobierno del Presidente Lago (2000-2006) inició un nuevo programa de reforma sanitaria (el denominado Plan AUGE), destinado a mejorar la calidad y acortar los tiempos de espera en el sector

³ Sobre estas cuestiones véanse Reichard (1996), French-Davis (2003) y Vergara (1996).

público, así como también a implantar un programa de cobertura mínima en ISAPRES; pero, una vez más, esta política ha resultado ampliamente compatible con los principios de la reforma neoliberal.

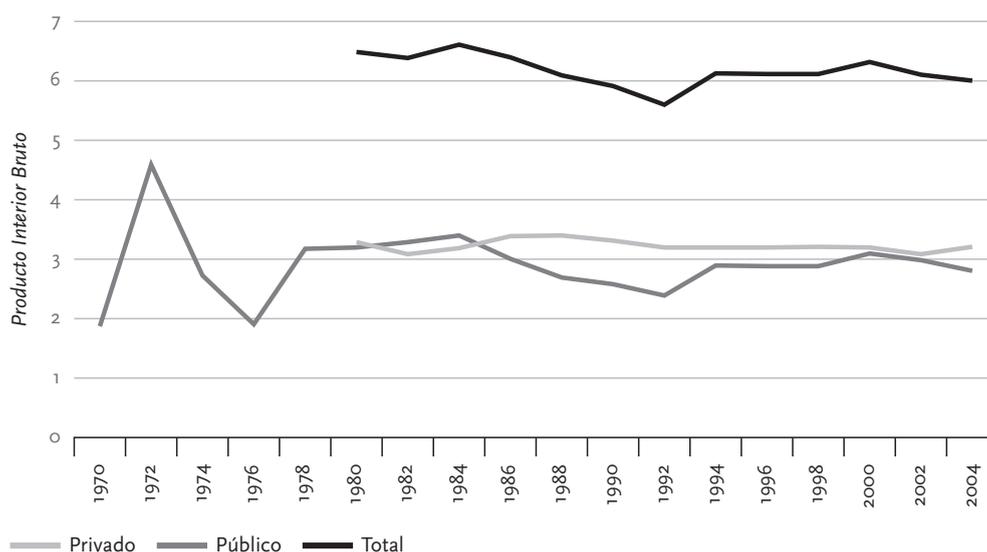
3. LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA REFORMA SANITARIA NEOLIBERAL DE CHILE

La privatización parcial de la seguridad social

El sistema de salud chileno prevé que las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleados se destinen bien al sistema público FONASA, bien a una de las aseguradoras privadas de ISAPRES. Durante el régimen de Pinochet, los empresarios fueron liberados del requisito de cotizar por sus empleados. El cuadro 1 presenta las fuentes de financiación del gasto sanitario para el año 2003 (Vergara y Martínez, 2005).

GRÁFICO 2

GASTO EN SANIDAD DE CHILE, 1970-2004 (EN PORCENTAJE DE PIB)



Fuente: United Nations Development Programme (2002).

En 1995, de los aproximadamente 16 millones de población chilena, dos millones y medio de sus ciudadanos más acomodados estaban afiliados a compañías aseguradoras de ISAPRES (este fue el año en el cual la afiliación a ISAPRES alcanzó su máximo histórico, después del cual ha experimentado un descenso). ISAPRES estaba autorizada legalmente a establecer primas basadas en factores de riesgo individuales. Aunque el control sobre ISAPRES se endureció con la creación de la Superintendencia, persistieron los problemas

de financiación por causa de accidentes, que afectaban fundamentalmente a los afiliados a ISAPRES con ingresos más bajos. Bajo presión de la Superintendencia, ISAPRES decidió en 2001 cubrir algunas contingencias provocadas por accidentes, pero el nivel del "deducible" (la cantidad que debía ser sufragada por el paciente) se mantuvo muy elevado.

La afiliación a ISAPRES, que en 1995 se situaba en un 26 por cien de la población, cayó

CUADRO 1

FUENTES DE GASTO SANITARIO EN CHILE, 2003 (EN MILLONES DE PESOS CHILENOS)

	Contribuciones s/ salario	Financiación pública	Gasto privado (individuos y familias)
ISAPRES	737.160	*	515.129
FONASA	477.142	706.518	202.530
Total	1.214.302	706.518	717.659

* Subsidio por maternidad, importe desconocido.
Fuente: Vergara y Martínez (2005).

hasta el 16 por cien en 2006, cubriendo a una proporción pequeña de la población, y no precisamente a la más necesitada de servicios sanitarios. El descenso se debió al mejor funcionamiento del sector público, al desempleo causado por la crisis asiática de los noventa, al plan AUGE y al coste creciente de los planes privados de sanidad. Algunos expertos han estimado que en 2010 ISAPRES quizá no cubra a más del 10 por cien de la población (Altura Management-Diario Estrategia, 2004).

Segmentación y ausencia de solidaridad entre dos sistemas de aseguramiento paralelos

El sistema ISAPRES atrae a los varones acomodados, jóvenes y urbanos. En el quintil más pobre de la población, sólo el 1,6 por cien son afiliados a ISAPRES, en comparación con el 50,5 por cien en el quintil más rico (Vergara y Martínez, 2005). Las mujeres adultas pagan hasta cuatro veces más que los hombres por sus planes de salud, mientras que la proporción de afiliados a ISAPRES de más de 60 años desciende abruptamente, ya que han de afrontar primas hasta ocho veces más elevadas que los adultos jóvenes. Los adultos de más de 60 años están obligados a incorporarse a FONASA. Algunas compañías de ISAPRES disfrutan de una posición de oligopolio: las tres principales empresas comparten cerca del 80 por cien del mercado (Arteaga, 2003).

El Estado ha subsidiado a ISAPRES de distintos modos. En primer lugar, hasta hace poco la subsidiaba con aproximadamente el 2 por cien del salario de aquellos que cambiaban de FONASA a ISAPRES. En segundo lugar, paga la baja por maternidad de los afiliados a ISAPRES. En tercer lugar, el 25 por cien de los pacientes cubiertos por ISAPRES reciben prestaciones en establecimientos públicos porque no pueden afrontar los copagos. En hospitales públicos se presta también asistencia a casi la mitad de todos los accidentes que se producen entre los hijos de afiliados a ISAPRES (World Bank, 2000).

Además, FONASA financia al sector sanitario privado, ya que los pacientes encuadrados en las categorías B, C y D pueden escoger tratamiento por proveedores privados a través del sistema de bonos o *vouchers*. El dinero transferido de esta manera al sector privado es cuantioso, superando el monto del que se gasta en la asistencia sanitaria primaria municipal.

El retorno de la democracia: el restablecimiento de un sector público infrafinanciado

El Gobierno de transición heredó del régimen de Pinochet una serie de problemas relacionados con los servicios públicos de salud, entre ellos un sustancial deterioro de las infraestructuras públicas y una gestión ineficiente de las organizaciones descentralizadas (Annick, 2002). Los servicios de atención primaria adolecían de escasa coordinación entre las autoridades sanitarias regionales y las autoridades municipales. Las condiciones de trabajo y los salarios habían empeorado visiblemente. Las áreas rurales y los distritos urbanos más deprimidos fueron los más afectados en cuanto a la cantidad y calidad de los servicios provistos, marcando diferencias regionales hasta entonces desconocidas.

Sin embargo, desde 1990 a 2002 los ingresos fiscales se doblaron, permitiendo así un incremento del gasto social de 240 por cien en ese mismo período. En el año 2000, el gasto en sanidad ascendía al 7,3 por cien del PIB: 3,1 por cien en sanidad de provisión pública, y 4,2 por cien en asistencia sanitaria privada. En 2004, el gasto que desembolsaban directamente las familias ascendía al 27 por cien del gasto sanitario total.

Pasemos ahora a valorar el impacto de la reforma centrando la atención en la equidad (respecto a la financiación, el acceso a los servicios y el estado de salud) y en la eficiencia.

4. EL IMPACTO DE LA REFORMA: LA EQUIDAD

Equidad financiera

Chile comparte con Brasil la dudosa distinción de tener una de las pautas de distribución de la renta más regresivas de Latinoamérica. La distribución del gasto en sanidad no supone una excepción. El sector privado absorbe una proporción excesiva del gasto sanitario total (en 2004, 38 por cien del gasto sanitario total se gastó en el 21 por cien de la población). Esta es una inequidad básica; denota una quiebra de la solidaridad social, dado que FONASA e ISAPRES disponen de financiación separada.

Dentro del sistema de FONASA se produce alguna redistribución interna entre las categorías A-B y C-D, toda vez que las últimas ayudan a financiar la atención sanitaria de las primeras (Bitrán *et al.*, 2000). Entre FONASA e ISAPRES también existe una redistribución limitada e indirecta: los afiliados a ISAPRES contribuyen directamente a sus planes de salud individuales, pero indirectamente efectúan algunas aportaciones a la sanidad pública a través de la financiación basada en impuestos generales que recibe FONASA, aproximadamente la mitad de sus ingresos (Savedoff, 2000).

Otras dimensiones de la equidad también resultan problemáticas. El sistema ISAPRES discrimina a las mujeres, cuya participación en 2001 era sólo del 34,4 por cien, con planes de salud de más baja calidad que los de los hombres (Arteaga, 2003). El acceso a los planes de ISAPRES depende de las rentas, y las mujeres, por lo general, cuentan con ingresos más bajos o se hallan fuera de la población empleada en el mercado de trabajo. Las primas de aseguramiento para las mujeres en edad fértil pueden costar cuatro veces más que las de los hombres de la misma edad (Pollack, 2002).

Equidad de acceso a la sanidad

Partiendo de la desigualdad básica de la sociedad chilena y la inequidad de la financiación de su sector sanitario, cabría esperar un acceso también desigual a la sanidad por parte de quienes disponen de menos recursos. Ahora bien, la evidencia es ambigua: el acceso a la sanidad es bastante equitativo, aunque no lo es a servicios sanitarios de calidad.

En efecto, algunos datos indican un acceso relativamente equitativo. En 1999, la tasa de utilización (consultas por persona por año) entre los pacientes de FONASA era 3,85 por cien y entre los pacientes de ISAPRES, 4,12 por cien. Una encuesta nacional de salud efectuada en 2003 (encuesta CASEN) mostró que entre aquellos que afirmaban haberse sentido mal durante el último mes, 73,9 por cien del quintil más pobre consultó con personal médico, mientras el porcentaje registrado en el quintil más rico ascendió a 79,7 por cien (Mideplan, 2004).

Pero las pautas de inequidad pueden surgir en la calidad de los servicios sanitarios. La frecuencia de las pruebas quirúrgicas y de laboratorio se hallaba positivamente correlacionada con la renta; y lo que es más importante, las consultas con los

especialistas eran al menos tres veces más frecuentes entre los pacientes incluidos en la décima decila que entre los incluidos en la primera decila (Mideplan, 2004). El acceso a los especialistas se reveló como deficiente en el servicio público, con listas de espera de hasta cuatro años en algunas especialidades, como oftalmología. En cambio, las urgencias eran dos veces más frecuentes en el grupo de ingresos más bajos.

Otras evidencias sugieren un acceso inequitativo a la sanidad. Así, las ratios de utilización difieren sustancialmente entre los municipios ricos y pobres: en la atención primaria, el factor se sitúa en 2,8; en las urgencias, en 3,9, mientras que en cuanto a pacientes ingresados, el factor es 2,0 (Pan American Health Organization, 2001).

Según los datos arrojados por la ya mencionada encuesta CASEN de 2003, sólo el 57,5 por cien de los afiliados a FONASA describieron su salud como "buena" o "muy buena", mientras que entre los afiliados de ISAPRES el porcentaje ascendía a 80,6 por cien. Esto debería reflejarse en tasas de utilización más altas entre los afiliados a FONASA. Sin embargo, como se ha mostrado ya, se da justo el fenómeno contrario.

Equidad del estado de salud

El modelo chileno de desarrollo se ha asociado con un rápido crecimiento económico: el PNB experimentó un crecimiento medio de 7,9 por cien en los años noventa (Annick, 2002). El país ocupa el vigésimo segundo lugar en el Índice de Competitividad Global (World Economic Forum, 2005), muy por delante de cualquier otro país latinoamericano, y el trigésimo séptimo en el Informe de Desarrollo Humano. Ahora bien, el modelo de desarrollo chileno ha creado una desigualdad social elevada. De hecho, la desigualdad ha continuado aumentando incluso bajo el régimen democrático post-Pinochet (cuadro 2).

Ciertamente, la pobreza (definida como la proporción de individuos y de familias que se encuentran por debajo de la línea de pobreza) se redujo drásticamente bajo los Gobiernos democráticos, cayendo del 45 por cien en 1985 al 21,7 por cien en 1998 y al 13,7 por cien en 2006 (Mideplan, 2006; Raczynski y Serrano, 2000). No obstante, la desigualdad de renta creció, convirtiendo a Chile en el "paladín de la desigualdad", en las duras palabras de Parada (2005). Antes de 1970, el índice de Gini de Chile (una medida de

CUADRO 2

PORCENTAJE DE RENTA TOTAL POR DECILAS (1969-2000)

	1969	1989	2000
Decila más pobre	1,3	1,2	1,2
Decila más rica	39	41,6	47

Fuente: United Nations Development Programme (2002).

desigualdad de la renta expresada en una escala de 0 a 100, en la que 0 equivale a perfecta igualdad de renta y 100 a completa desigualdad) se situaba en 45; en los años ochenta saltó hasta 65. En 2003 ascendía a 57,5, una cifra muy desfavorable comparada, por ejemplo, con la de Costa Rica (45,9). El 20 por cien (quintil) más rico obtenía 17 veces más renta que el 20 por cien más pobre; para poder contrastar mejor estos datos, cabe mencionar el caso de Estados Unidos, donde por entonces el quintil más rico registraba 8,9 veces más renta que el más pobre, o el caso de Perú, país en el que el quintil más rico contaba con 10,5 veces más renta que el más pobre.

A pesar de esta desigualdad, los indicadores de salud medios de Chile son buenos, con una esperanza de vida elevada y una baja mortalidad infantil y maternal, incluso teniendo en cuenta que el 27,3 por cien de los niños de menos de diez años vivía en la pobreza en 2003. El relativamente equitativo acceso a la sanidad ha desempeñado probablemente un papel en este logro, como también los programas de protección materno-infantil que ha desarrollado el sector público. No obstante, el número de años de vida potencialmente productivos perdidos resulta —en el grupo de edad entre 20 y 79 años residente en la capital, Santiago— mucho más alto en el quintil más pobre, concretamente 35 por cien más elevado, que en el quintil más rico (Sánchez, Albala y Lera, 2005).

Otro estudio apunta desigualdades sanitarias entre los municipios: la ratio máximo/mínimo de incidencia de tuberculosis entre municipios ascendía a 5,53, y la de desnutrición infantil a 5,00 (Pan American Health Organization, 2001). Según el Departamento Nacional de Epidemiología, la mortalidad ajustada se sitúa en 6 por mil en la decila más pobre, frente a 4,8 en la decila más rica (Paz, 1998).

5. LA EFICIENCIA

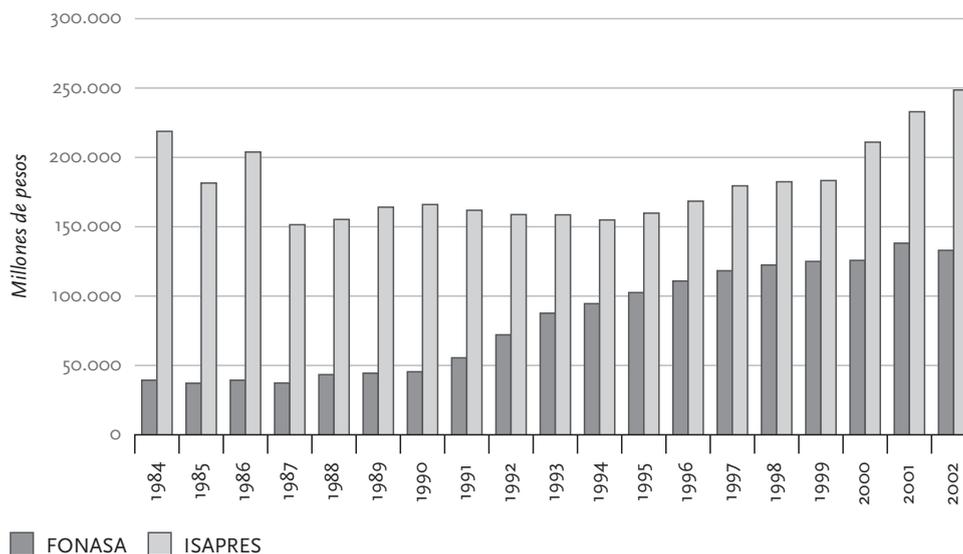
La evidencia respecto a la eficiencia conseguida mediante la reforma sanitaria es menos ambigua. ISAPRES apenas ha logrado contener los costes. Las compañías adscritas tampoco lo intentaron nunca: disponen de escasos incentivos para convertirse en compradores eficientes de servicios sanitarios para sus clientes. Sí son, en cambio, eficientes en la selección de sus usuarios (están autorizados a rechazar a clientes). Enfocan su interés hacia los usuarios de bajo riesgo y elevados ingresos, con la voluntad de conseguir beneficios. Gastan por cada afiliado diez veces más en administración y aproximadamente dos veces más en servicios sanitarios que FONASA (gráfico 3), aun cuando los afiliados a ISAPRES gozan de mejor salud y tienen, por tanto, menor necesidad de atención. ISAPRES confía a un floreciente sector privado la provisión de servicios sanitarios, reembolsándolos sobre la base de pago por acto, lo cual induce una oferta elevada de servicios de dudosa utilidad, pero rentables.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los indicadores de salud de Chile son buenos comparados con los de otros países que disfrutan de un nivel de riqueza nacional similar, como Colombia y Argentina. Estos resultados se deben, en parte, al elevado crecimiento económico de Chile y a su espectacular reducción de la pobreza (Hiscock y Hojean, 1997; Mideplan, 2006; Arellano, 2004). La amplia proporción de población que tiene acceso a agua potable y alcantarillado, así como las altas tasas de alfabetización entre los adultos y los elevados niveles educativos apuntan también en la misma dirección. A la consecución de estos

GRÁFICO 3

GASTO POR AFILIADO DE FONASA Y DE ISAPRES (1984-2002)



Fuente: United Nations Development Programme (2002).

índices han contribuido decisivamente el acceso relativamente equitativo a la atención sanitaria –sobre todo, a través de la sanidad pública, que cubre al 80 por cien de la población– y los programas de protección materno-infantil implantados en la red sanitaria pública.

El régimen democrático no alteró la esencia de la reforma sanitaria de Pinochet. Mantuvo características básicas de ésta, tales como la privatización parcial de la seguridad social y la disociación comprador-proveedor. Pero el gasto público en sanidad ha aumentado muy significativamente, destinándose a mejorar la infraestructura, contratar a más personal y proporcionar mejor equipamiento y salarios. Por otra parte, las compañías de ISAPRES se pusieron bajo el control de una agencia regulatoria del Gobierno para evitar abusos comerciales.

En cuanto a la contribución de la sanidad a la consecución de los favorables indicadores de salud que presenta Chile, del análisis presentado se desprende una conclusión clave: estos resultados comparativamente propicios descansan sobre la columna vertebral del sistema público que las reformas neoliberales quisieron, infructuosamente, quebrar. Es claro que los indicadores de salud del país

no responden al hecho de que una minoría más acomodada haya gozado de un mayor acceso a la sanidad; una minoría que, en cualquier caso, ha continuado confiando de manera significativa en el sistema público a la hora de acceder a no pocas prestaciones y servicios sanitarios. Los seguros de ISAPRES nunca cubrieron a más de una cuarta parte de la población, proporción que ahora se está reduciendo gracias a una notable mejora de los servicios sanitarios públicos. Incluso durante el régimen de Pinochet, el sistema chileno fue básicamente un sistema público, accesible al 75 por cien de los chilenos que no se podían permitir los seguros privados de ISAPRES. Por tanto, a los efectos de la salud pública, el impacto de la reforma sanitaria neoliberal de Chile ha sido marginal.

La reforma chilena creó un sistema de salud dual e inequitativo: FONASA y los servicios públicos, para la población económicamente más desfavorecida; ISAPRES y los servicios privados, para los más acomodados. ISAPRES absorbe actualmente el 40 por cien del gasto sanitario total, cubriendo al 16 por cien de la población. La reforma ha aumentado los ingresos de los proveedores del sector privado y disminuido la eficiencia del sistema sanitario (tanto a través del incentivo de sobretreatmento,

inherente al método de pago por acto, como a través de los costes mucho más elevados de administración y marketing, así como de la fragmentación en la provisión de los servicios).

Presentar la reforma chilena como un modelo que debe servir de referencia a otros países, como han hecho el Banco Mundial y otros organismos internacionales, supone ignorar la evidencia de que el relativo éxito en la provisión de servicios sanitarios se ha producido a pesar de la reforma, y no por ella, o porque la reforma neoliberal no pudo ser implementada como se previó inicialmente. Otra reforma neoliberal está avanzando en Colombia –aunque modificada, para evitar la segmentación que se produjo en Chile– con un resultado no precisamente alentador⁴.

A la luz de la experiencia de Costa Rica, una recomendación lógica para emprender una contra-reforma sanitaria en Chile consistiría en transitar desde un esquema multi-asegurador a un único esquema de aseguramiento público. Este único pagador (y sus afiliados) tendrían capacidad para elegir entre proveedores públicos y privados, pero adquirirían un poder de negociación acrecentado. Ello pondría fin a la inequidad derivada de que ISAPRES gaste dos veces más en sus afiliados que FONASA, aunque los afiliados de FONASA pertenezcan a una población de mayor riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

ALTURA MANAGEMENT-DIARIO ESTRATEGIA (2004), "700 mil personas saldrán del sistema de Isapres en seis años", *Diario Estrategia*.

ANNICK, M. (2002), "The Chilean health system: 20 years of reforms", *Salud Pública Mexicana*, 44: 60-68.

ARELLANO, J. P. (2004), *Políticas sociales para el crecimiento con equidad, Chile 1990-2002* (Serie de Estudios Socio/Económicos 26), Santiago de Chile, CIEPLAN.

ARTEAGA, A. M. (2003), *The Brutal Rationale of Privatisation*, Montevideo, The Third World Institute Social Watch (www.socialwatch.org/en/informesNacionales/68.html).

⁴ Sobre la reforma colombiana cabe consultar Homedes y Ugalde (2002) y De Groot, De Paepe y Unger (2005).

BITRÁN, R.; MUÑOZ, J.; AGUAD, P.; NAVARRETE, M. y G. UBILLA (2000), "Equity in the financing of social security for health in Chile", *Health Policy*, 50: 171-196.

BORZUTZKY, S. (2003), "Social security privatization: the lessons from the Chilean experience for other Latin American countries and the USA", *International Journal of Social Welfare*, 12: 86-96.

CID, C.; MUÑOZ, A.; RIESCO, X. y M. INOSTROZA (2006), "Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general", *Cuadernos Médico Sociales*, 46: 5-12.

DE GROOTE, T.; DE PAEPE, P. y J. P. UNGER (2005), "Colombia: in vivo test of health sector privatization in the development world", *International Journal of Health Services*, 35: 125-141.

FFRENCH-DAVIS, R. (2003), "Distribución del ingreso y pobreza en Chile", en: SÁEZ, J. C. (ed.), *Entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad: tres décadas de política económica en Chile*, Santiago de Chile, Lom.

HISCOCK, J. y D. HOJMAN (1997), "Social policy in a fast-growing economy: the case of Chile", *Social Policy Administration*, 31: 354-370.

HOMEDES, N. y A. UGALDE (2002), "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica", *Gaceta Sanitaria*, 16: 54-62.

JACK, W. (2000), *The evolution of health insurance institutions: Theory and four examples from Latin America*, Documento del Banco Mundial [World Bank Group] (<http://wbi018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/27cc98c623e2d29b8525694c007202d7/5e9fe5ff76cd8f218525694b0065ce68?OpenDocument>).

LARRAÑAGA, O. (1997), "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno", CEPAL, 49: 1-45.

MIDEPLAN-GOBIERNO DE CHILE (2004), *CASEN 2003, Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Principales resultados en salud*, Santiago de Chile, Gobierno de Chile.

– (2006), *CASEN 2006, Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Principales resultados en salud*, Santiago de Chile, Gobierno de Chile.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2001), *Información para la equidad en salud en Chile*, Washington DC, OPS.

PARADA LEZCANO, M. (2005), "Reseña de «La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990»", *Cuadernos Médico Sociales*, 44: 138-143.

PAZ, X. (1998), "Mortalidad y pobreza, análisis de comunas seleccionadas", *El Vigía - Boletín de Vigilancia Epidemiológica de Chile* (Ministerio de Salud de Chile), 2: 6-8.

POLLACK, M. (2002), *Equidad de género en el sistema de salud chileno* (Serie Financiamiento del Desarrollo, 123), Santiago de Chile, CEPAL.

RACZYNSKI, D. y C. SERRANO (2000), *Nuevos y viejos problemas en la lucha contra la pobreza en Chile*, Santiago de Chile, Asesorías para el desarrollo.

REICHARD, S. (1996), "Ideology drives health care reforms in Chile", *Journal of Public Health Policy*, 17: 83-98.

RODRÍGUEZ, C. y M. R. TOKMAN (2000), *Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999* (Serie Financiamiento del Desarrollo, 106), Santiago de Chile, CEPAL.

SÁNCHEZ, H. R.; ALBALA, C. B. y L. M. LERA (2005), "Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago. ¿Hemos ganado con equidad?", *Revista Médica Chile*, 133: 575-582.

SAVEDOFF, W. D. (2000), "Is anybody listening? Ignoring evidence in the Latin American health reform debates", *SDS/SOC- Health Note No. 2*, Washington DC, Inter-American Development Bank (www.iadb.org/SDS/doc/AnyoneListening.pdf).

SILVA, P. (2005), "Intellectuals, technocrats and social change in Chile: past, present and future perspectives", en: ANGELL, A. y B. POLLACK (eds.), *The Legacy of Dictatorship: Political, Economic and Social Change in Pinochet's Chile*, Liverpool, Institute of Latin American Studies: 198-223.

TITELMAN, D. y A. UTHOFF (2000), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*, Santiago, CEPAL-ECLAC/Fondo de Cultura Económica.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP) (2002), *Chile: 20 años de esquemas liberales en protección social* (Taller interregional).

VERGARA, P. (1996), "In pursuit of 'Growth with Equity': the limits of Chile's free-market social reforms", *NACLA Report on the Americas*, 29.

VERGARA ITURRIAGA, M. y M. S. MARTÍNEZ GUTIÉRREZ (2005), "Financiamiento del sistema de salud chileno", *Salud Pública Mexicana*, 48: 1-36.

WORLD BANK [Banco Mundial] (1993), *World Development Report 1993, Investing in Health* (<http://www-wds.worldbank.org/>).

– (2000), *Health Insurance Issues. Old Age and Catastrophic Costs in Chile* ([http://wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfodient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/725faf9bdb5f1c9f8525696000710527/\\$FILE/Chile%20Old%20Age%20full%20report.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfodient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/725faf9bdb5f1c9f8525696000710527/$FILE/Chile%20Old%20Age%20full%20report.pdf)).

WORLD ECONOMIC FORUM (2005), *Global Competitiveness Report 2005-2006*, Houndmills (Basingstoke), Palgrave Macmillan (www.weforum.org/pdf/Global_Competitiveness_Reports/Reports/GCR_05_06/GCI_Rankings_pdf.pdf).

El sistema de financiación del gasto en sanidad: análisis del caso español

JUAN MANUEL CABASÉS* Y DAVID CANTARERO**

RESUMEN

El rápido aumento de la población (como consecuencia de la inmigración), el envejecimiento demográfico, los crecientes costes de los servicios sanitarios por la mayor medicalización de la sociedad y las altas tasas de innovación y difusión tecnológica presionan al alza, entre otros factores, el gasto sanitario. Así lo ponen de manifiesto los datos de la evolución reciente del gasto en las comunidades autónomas, si bien en este punto se aprecian diferencias entre ellas. Tras presentar las liquidaciones del modelo de financiación autonómica en 2002-2005, se expone y analiza críticamente el desarrollo del acuerdo suscrito en 2005 para mejorar ese modelo.

y su desarrollo posterior. Finalmente, el artículo resume las principales conclusiones que se extraen del análisis de la evidencia.

2. LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO

Los estudios que pretendan analizar la evolución reciente del gasto sanitario en nuestro país tienen que partir del contexto comparado en el cual nos encontramos (Banting y Corbett, 2002). En general, según el último informe disponible de la OCDE sobre los sistemas sanitarios (2007), la evolución demográfica en los países de la OCDE muestra una clara tendencia al envejecimiento, mayor en el caso de los países europeos. La OCDE estima que el consumo de servicios sanitarios de los mayores de 65 años es superior al de la población por debajo de esa edad, con el consiguiente efecto *crowding-out* sobre el resto de gastos públicos (Cantarero, 2003).

Centrándonos en el caso español, el cuadro 1, basado en el Informe de Gasto Sanitario elaborado en 2007 por la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) con la participación de las comunidades autónomas, muestra que el importe del total de gasto consolidado (para el conjunto de las administraciones públicas) ha sido de 50.053 millones de euros en el año 2005, es decir, un 15,19 por cien del gasto de las administraciones públicas, y supone la segunda política de gasto cuantitativamente más importante después de la política de protección social.

1. INTRODUCCIÓN

En este artículo se analizan la situación actual y las perspectivas del modelo de financiación sanitaria autonómica vigente en España. Para ello, en primer lugar se repasa la evolución del gasto sanitario regional en el marco de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). A continuación se realiza un análisis de los datos definitivos del sistema de financiación a partir de la liquidación de sus cuatro primeros años de funcionamiento (2002 a 2005), así como una valoración del mismo. También se explican los acuerdos de mejora de la financiación sanitaria alcanzados en septiembre de 2005

* Catedrático de Economía de la Universidad Pública de Navarra (jmcabases@unavarra.es).

** Profesor Titular del Departamento de Economía de la Universidad de Cantabria (david.cantarero@unican.es).

CUADRO 1

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA (MILLONES DE EUROS CORRIENTES)

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto total consolidado AA.PP.	30.635,60	33.090,25	35.501,28	38.360,35	42.723,15	46.182,25	50.053,25
Porcentaje sobre el PIB	5,28	5,25	5,22	5,26	5,46	5,50	5,53
Porcentaje sobre gasto de las AA.PP.	13,30	13,47	13,56	13,60	14,29	14,19	15,19
Porcentaje de crecimiento interanual AA.PP.		8,67	7,99	8,05	11,37	8,10	8,38
Porcentaje s/renta bruta disponible de hogares	8,28	7,96	8,00	8,13	8,49	8,55	8,68

Fuente: Elaborado a partir de Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (2005 y 2007).

En cuanto al Producto Interior Bruto (PIB), el gasto sanitario público consolidado llevado a cabo por todas las administraciones públicas en el año 2005 ha pasado a ser del 5,53 frente al 5,28 por cien de 1999. Puede observarse cómo en 2002 y 2003 registra valores de 5,26 y 5,46 por cien, respectivamente, creciendo en relación a los valores de años anteriores (fue precisamente en 2002 cuando todas las comunidades autónomas pasaron a disponer de la gestión de competencias sanitarias). A pesar de su importancia en relación con otras políticas públicas, la clásica comparación con los Estados miembros de la Unión Europea indica que el gasto sanitario público total en porcentaje del PIB es en España relativamente bajo con respecto a la media europea (OECD, 2007).

Si nos fijamos específicamente en el sector de las comunidades autónomas (cuadro 2), el gasto sanitario con relación al PIB ha pasado de representar un 4,72 por cien en el año 1999 a un 5,05 por cien en 2005. En este último año, la comunidad autónoma que registra un mayor porcentaje de gasto es Extremadura (8,05 por cien) y la que presenta un porcentaje menor, Madrid (3,55 por cien). Se sitúan por encima de la media Andalucía (6,01 por cien), Aragón (5,18 por cien), Asturias (6,44 por cien), Canarias (5,89 por cien), Cantabria (6,34 por cien), Castilla y León (5,65 por cien), Castilla-La Mancha (6,80 por cien), la Comunidad Valenciana (5,29 por cien), Galicia (6,37 por cien), Murcia (6,09 por cien) y La Rioja (5,32 por cien). Por debajo de

la media se encuentran Baleares (4,69 por cien), Cataluña (4,25 por cien), Navarra (4,53 por cien) y el País Vasco (4,46 por cien).

En este período de tiempo, el gasto por persona protegida ha pasado de 465 euros en 1992 a 1094 euros en 2005 (cuadro 3). En cuanto a la distribución autonómica de este gasto en España, en 2005 el valor mínimo se alcanza en la Comunidad Valenciana (924 euros), y el máximo en La Rioja (1240 euros). El coeficiente de variación alcanza en ese año el 7,88 por cien, lo que indica que, desde el año 2000, la dispersión del gasto sanitario por persona protegida ha crecido, aunque se halla lejos de los valores de 1992-1994, motivados por problemas de deuda sanitaria. Este crecimiento en la dispersión del gasto puede verse influido por la diferente composición etaria de las comunidades —a lo que respondería la nueva medida de necesidad relativa utilizada en el modelo de financiación sanitaria, que pondera la población mayor de 65 años en un 24,5 por cien— y también por las decisiones de gasto de cada comunidad autónoma.

En el cuadro 4, que ofrece los datos relativos a los presupuestos iniciales absolutos en el período 2003-2007, puede observarse cómo las comunidades autónomas han presupuestado en sanidad en el pasado año 2007 52.793,5 millones de euros, con un incremento del 8,25 por cien respecto al año anterior, destacando los casos de

CUADRO 2

GASTO CONSOLIDADO EN SANIDAD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN PORCENTAJE DEL PIB

Comunidades Autónomas	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	6,02	6,27	6,05	6,00	6,05	6,08	6,01
Aragón	4,75	4,67	4,80	4,79	5,07	5,28	5,18
Asturias	6,09	6,06	6,06	6,18	6,54	6,56	6,44
Baleares	3,37	3,18	3,27	3,72	4,06	4,13	4,69
Canarias	5,21	5,28	5,14	5,36	5,62	5,58	5,89
Cantabria	5,38	5,45	5,59	5,76	6,29	6,30	6,34
Castilla y León	5,04	5,21	5,21	5,21	5,60	5,56	5,65
Castilla-La Mancha	5,47	5,55	5,60	6,04	6,08	5,70	6,80
Cataluña	4,01	3,96	3,92	4,00	4,25	4,20	4,25
Comunidad Valenciana	4,79	4,85	4,78	4,91	5,25	5,27	5,29
Extremadura	7,27	7,45	7,34	8,03	8,17	8,06	8,05
Galicia	6,12	6,28	6,38	6,26	6,39	6,60	6,37
Madrid	3,42	3,23	3,23	3,27	3,33	3,55	3,55
Murcia	5,47	5,39	5,39	5,46	5,74	5,95	6,09
Navarra	4,68	4,50	4,45	4,50	4,60	4,65	4,53
País Vasco	4,34	4,30	4,30	4,35	4,41	4,40	4,46
La Rioja	4,14	4,14	4,18	4,50	4,64	5,00	5,32
Total	4,72	4,71	4,68	4,76	4,95	4,99	5,05

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Canarias (8,50 por cien), Castilla-La Mancha (10,31 por cien), Cataluña (9,19 por cien), la Comunidad Valenciana (10,43 por cien), Extremadura (11,21 por cien), Murcia (13,63 por cien), Navarra (10,17 por cien), el País Vasco (10,00 por cien) y La Rioja (10,57 por cien).

Este aumento de los niveles de gasto sanitario, tanto en forma de presupuestos iniciales como en sus liquidaciones posteriores, se explica en virtud de los siguientes factores:

a) el componente demográfico, que incluye la evolución de la población total y su distribución por grupos de edad, y que pone de relieve el progresivo envejecimiento de la población (Borraz y Pou, 2005). Recientemente, el incremento poblacional debido a la inmigración y su desigual distribución a nivel regional ha generado mayores necesidades de gasto que no habían sido previstas, lo cual ha provocado importantes tensiones. Esta tendencia alcista de la población total se ha trasladado a los datos de población protegida, variable relevante al determinar el gasto sanitario. Así, como puede apreciarse en el cuadro 5, mien-

tras en 1999-2001 la población protegida se incrementó en un 1,7 por cien a nivel nacional, en el período 1999-2005 el aumento fue del 10,39 por cien siendo especialmente significativo en algunas comunidades autónomas, tales como Baleares (20,54 por cien), Murcia (19,54 por cien), Melilla (18,93 por cien), Canarias (18,21 por cien) y Madrid (17,98 por cien);

b) las variaciones en el índice de precios de los servicios sanitarios, dada la tendencia a la medicalización de la sociedad y las elevadas tasas de innovación y difusión tecnológica;

c) los cambios en la prestación sanitaria real media por persona, que incluyen tanto los cambios en la cantidad de los servicios prestados como las variaciones en la calidad, motivadas en parte por los cambios en las altas de morbi-mortalidad;

d) las modificaciones en la tasa de cobertura. En este caso, dicha tasa abarca prácticamente al total de la población en este momento, por lo cual no es un elemento relevante en la explicación del incremento del gasto en sanidad.

CUADRO 3

GASTO PER CÁPITA EN SANIDAD LIQUIDADO Y TERRITORIALIZADO (EN EUROS CORRIENTES)

Comunidades Autónomas	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	449	503	527	543	567	583	618	680	766	791	837	903	964	978
Aragón	529	521	559	569	622	628	684	776	824	899	955	1.069	1.104	1.121
Asturias	521	535	564	576	613	612	664	757	810	872	946	1.061	1.121	1.174
Baleares	427	420	460	470	506	526	552	614	637	677	800	908	952	1.033
Canarias	479	498	520	550	579	587	613	770	820	840	910	1.000	1.139	1.075
Cantabria	508	528	562	576	584	631	672	773	833	921	1.014	1.073	1.228	1.185
Castilla y León	467	464	500	513	548	565	611	726	787	840	898	1.029	1.047	1.116
Castilla-La Mancha	433	447	487	501	557	560	588	675	721	774	879	936	963	1.085
Cataluña	455	487	525	547	576	591	642	722	777	817	869	958	1.039	1.060
C. Valenciana	462	497	536	540	573	585	616	689	750	790	846	934	964	924
Extremadura	470	487	504	526	581	588	630	725	786	826	969	1.026	1.087	1.209
Galicia	402	437	479	511	566	585	623	754	797	864	902	980	1.023	1.097
Madrid	528	522	590	570	598	598	633	725	752	788	815	870	946	994
Murcia	441	450	466	504	576	589	606	709	768	806	861	951	1.061	1.024
Navarra	420	424	437	483	542	570	615	878	933	961	1.014	1.089	1.167	1.165
País Vasco	459	467	513	539	576	589	613	791	836	894	957	1.028	1.118	1.123
La Rioja	444	451	501	515	514	549	585	720	791	834	910	994	1.114	1.240
Promedio CC.AA.	465	478	513	531	569	584	621	734	787	834	904	988	1.061	1.094
Coefficiente	8,36	7,63	8,04	6,09	4,78	4,32	5,10	5,80	5,04	5,58	5,77	6,23	7,92	7,88
Variación (porcentaje)														

Nota: El gasto liquidado por el INSALUD-Gestión Directa comienza desde 1993 a ser cada vez más fiel al gasto real, ya que contempla la periodificación de la deuda.

Fuente: Elaborado a partir de INE, INSALUD y Ministerio de Sanidad y Consumo.

En resumen, la descentralización sanitaria en 2003-2007 parece haber supuesto presupuestos con mayor cautela y menos eufóricos que en el ejercicio 2002, debido a que muchas comunidades autónomas (especialmente las que pertenecían al antiguo INSALUD Gestión Transferida) han experimentado las primeras dificultades financieras, sobre todo, por el aumento descontrolado de la factura farmacéutica y el impulso al gasto en personal. Precisamente, ello puede condicionar las inversiones públicas en un contexto de estabilidad presupuestaria y facilitar en parte la penetración del sector privado.

similares, como la educación o la vivienda, se ha venido manteniendo al margen de la financiación autonómica general del sistema de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) (Cabasés, 1998 y 2006). Ello no implica que, a la luz de lo acordado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) en julio de 2001 y ratificado posteriormente por Ley, se fuera a pasar por alto la importancia de este modelo como referente de financiación de recursos para la mayoría de competencias gestionadas por las regiones y como posible vía de reforma por la cual la sanidad podría integrarse dentro de su funcionamiento.

3. LA FINANCIACIÓN DEL GASTO EN SANIDAD

El sistema actual

La sanidad, en calidad de bien preferente con características que lo distinguen del resto de bienes

Partiendo de las características del modelo de financiación finalmente acordado en 2001 (y vigente entre el año 2002 y el 2005), el aumento de la corresponsabilidad fiscal, la integración de los

CUADRO 4

PRESUPUESTOS INICIALES EN SANIDAD (EN MILLONES DE EUROS) Y CRECIMIENTO INTERANUAL

Comunidades Autónomas	Millones de euros					Variaciones interanuales			
	2003	2004	2005	2006	2007	04/03	05/04	06/05	07/06
Andalucía	61.57,6	6.643,7	7.215,4	8.444,3	9.018,5	7,89	8,60	17,03	6,80
Aragón	1.150,0	1.227,0	1.337,9	1.526,1	1.638,1	6,69	9,05	14,06	7,34
Asturias	1.026,2	1.111,8	1.223,8	1.314,9	1.387,2	8,34	10,07	7,44	5,50
Baleares	682,2	696,4	977,5	1.037,7	1.094,7	2,09	40,35	6,16	5,50
Canarias	1.561,9	1.745,0	2.019,4	2.330,1	2.528,1	11,72	15,73	15,38	8,50
Cantabria	568,7	599,2	639,8	691,9	735,6	5,36	6,76	8,14	6,33
C. León	2.230,1	2.424,2	2.612,9	2.848,5	3.047,9	8,70	7,78	9,02	7,00
C.-La Mancha	1.635,8	1.767,2	1.954,1	2.188,4	2.414,0	8,03	10,58	11,99	10,31
Cataluña	5.594,2	6.618,1	7.231,3	7.952,8	8.683,9	18,30	9,27	9,98	9,19
C. Valenciana	3.259,5	3.713,2	4.164,0	4.609,3	5.090,1	13,92	12,14	10,69	10,43
Extremadura	1.002,7	1.091,3	1.225,8	1.334,6	1.484,2	8,83	12,33	8,87	11,21
Galicia	2.381,8	2.594,0	2.869,5	3.174,4	3.406,1	8,91	10,62	10,62	7,30
Madrid	4.568,1	5.069,7	5.525,0	6.071,4	6.570,9	10,98	8,98	9,89	8,23
Murcia	1.043,6	1.131,6	1.286,0	1.418,8	1.612,1	8,43	13,65	10,32	13,63
Navarra	600,3	639,5	673,7	731,8	806,2	6,53	5,35	8,62	10,17
País Vasco	2.005,0	2.191,6	2.333,8	2.553,6	2.808,9	9,31	6,49	9,42	10,00
Rioja	287,5	325,9	356,6	422,5	467,1	13,38	9,40	18,47	10,57
Total	35.755,2	39.589,5	43.646,6	48.650,9	52.793,5	10,72	10,25	11,47	8,25

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo (2006 y 2007).

distintos sistemas hasta ahora existentes y la desaparición de las garantías financieras que operaban en el modelo anterior representaron las principales novedades (Pou y Borraz, 2006; Puig, 2006; Cantarero, 2003). En el bloque del modelo referente a sanidad se utilizó como criterio de distribución el usuario (a diferencia del período anterior). En consecuencia, en 2002 (año en el que la evolución de los ingresos tributarios del Estado [ITE] no fue irregular, a diferencia de lo que ocurrió en 2003 con la reforma del IRPF), la financiación sanitaria experimentó índices de crecimiento por encima del de evolución del PIB nominal a precios de mercado 1999-2002 (1,2263) en comunidades autónomas como Cantabria, con 492,41 millones de euros (1,2320); Murcia, con 835,60 millones de euros (1,2396); Canarias, con 1.274,10 millones de euros (1,2317); y Madrid, con 3.788,04 millones de euros (1,2666).

Esta tendencia perduró relativamente en 2003, año en el que entre las comunidades autónomas con crecimientos de su financiación sanitaria por encima del PIB nominal a precios de mercado en 1999-2003

(con un índice de incremento acumulado del 1,3184) se encuentran Andalucía, con 5.811,06 millones de euros (1,3200); Cantabria, con 572,81 millones de euros (1,3206); Murcia, con 898,51 millones de euros (1,3330); la Comunidad Valenciana, con 3.277,49 millones de euros (1,3240), y Madrid, con 4.043,99 millones de euros (1,3522). Por tanto, se mantuvieron respecto a 2002 en el grupo con crecimientos por encima del PIB Cantabria, Murcia y Madrid, salió Canarias y se unieron Andalucía y la Comunidad Valenciana. En 2004 disminuyó el número de comunidades autónomas con crecimientos de su financiación sanitaria por encima del PIB nominal a precios de mercado en el período 1999-2004 (1,4143), siendo éstas únicamente Murcia, con 962,77 millones de euros (1,4283) y Madrid, con 4.325,71 millones de euros (1,4464). Salieron así del grupo con crecimientos por encima del PIB Cantabria, Andalucía y la Comunidad Valenciana. En cambio, en 2005 aumentaron las comunidades autónomas con incrementos de su financiación sanitaria por encima de dicho PIB nominal a precios de mercado en el período 1999-2005 (1,5293): Cataluña, con 6.187,43 millones de euros (1,5562); Andalucía, con 6.929,66

CUADRO 5

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA (1999-2005)

Comunidades Autónomas	1999	Porcen. s/total	2000	Por- cen. s/ total	TVI 00/99	Por- cen. s/ total	2001	TVI 01/00	Por- cen. s/ total	2002	TVI 02/01	Por- cen. s/ total	2003	TVI 03/02	Por- cen. s/ total	2004	TVI 04/03	Por- cen. s/ total	2005	TVI 05/04	TAM 05/99	
																						TAM
Andalucía	6.830.285	17,98	6.862.013	17,93	0,46	6.931.651	17,82	1,01	7.001.587	17,67	1,01	7.127.957	17,60	1,80	7.206.333	17,58	1,10	7.372.398	17,58	2,30	7,94	1,28
Aragón	1.108.096	2,92	1.110.880	2,90	0,25	1.120.590	2,88	0,87	1.138.477	2,87	1,60	1.152.409	2,85	1,22	1.172.814	2,86	1,77	1.193.252	2,85	1,74	7,68	1,24
Asturias	1.047.945	2,76	1.040.341	2,72	-0,73	1.038.965	2,67	-0,13	1.037.966	2,62	-0,10	1.039.473	2,57	0,15	1.038.355	2,53	-0,11	1.041.621	2,48	0,31	-0,60	-0,10
Baleares	784.636	2,07	807.868	2,11	2,96	840.490	2,16	4,04	879.096	2,22	4,59	909.616	2,25	3,47	917.294	2,24	0,84	945.823	2,26	3,11	20,54	3,16
Canarias	1.588.055	4,18	1.629.975	4,26	2,64	1.692.825	4,35	3,86	1.753.923	4,43	3,61	1.803.383	4,45	2,82	1.823.136	4,45	1,10	1.877.169	4,48	2,96	18,21	2,83
Cantabria	505.702	1,33	508.477	1,33	0,55	514.843	1,32	1,25	519.385	1,31	0,88	526.783	1,30	1,42	532.003	1,30	0,99	539.710	1,29	1,45	6,72	1,09
C. León	2.316.792	6,10	2.307.639	6,03	-0,40	2.306.748	5,93	-0,04	2.308.410	5,83	0,07	2.316.723	5,72	0,36	2.322.408	5,67	0,25	2.340.502	5,58	0,78	1,02	0,17
C.-La Mancha	1.634.162	4,30	1.642.353	4,29	0,51	1.662.521	4,27	1,22	1.688.006	4,26	1,53	1.720.935	4,25	1,95	1.754.332	4,28	1,94	1.801.002	4,30	2,66	10,21	1,63
Cataluña	6.021.109	15,85	6.079.705	15,88	0,97	6.179.951	15,88	1,65	6.325.613	15,97	2,36	6.522.999	16,11	3,12	6.634.724	16,19	1,71	6.818.468	16,26	2,77	13,24	2,09
C. Valenciana	3.884.525	10,23	3.938.806	10,29	1,40	4.019.327	10,33	2,04	4.140.459	10,45	3,01	4.283.038	10,58	3,44	4.354.840	10,63	1,68	4.506.448	10,75	3,48	16,01	2,51
Extremadura	1.004.837	2,65	999.343	2,61	-0,55	1.002.907	2,58	0,36	1.002.061	2,53	-0,08	1.002.666	2,48	0,06	1.004.144	2,45	0,15	1.013.125	2,42	0,89	0,82	0,14
Galicia	2.574.293	6,78	2.577.402	6,73	0,12	2.580.447	6,63	0,12	2.584.625	6,52	0,16	2.598.943	6,42	0,55	2.599.841	6,34	0,03	2.613.836	6,23	0,54	1,54	0,25
Madrid	4.709.391	12,40	4.775.061	12,47	1,39	4.947.132	12,72	3,60	5.101.101	12,88	3,11	5.295.677	13,08	3,81	5.383.018	13,13	1,65	5.555.935	13,25	3,21	17,98	2,79
Murcia	1.049.676	2,76	1.067.336	2,79	1,68	1.108.461	2,85	3,85	1.145.055	2,89	3,30	1.187.034	2,93	3,67	1.212.237	2,96	2,12	1.254.811	2,99	3,51	19,54	3,02
Navarra	521.377	1,37	527.455	1,38	1,17	539.748	1,39	2,33	553.228	1,40	2,50	562.126	1,39	1,61	568.997	1,39	1,22	578.130	1,38	1,61	10,89	1,74
País Vasco	2.045.932	5,39	2.045.579	5,34	-0,02	2.048.512	5,27	0,14	2.056.240	5,19	0,38	2.061.361	5,09	0,25	2.066.215	5,04	0,24	2.077.143	4,95	0,53	1,53	0,25
La Rioja	232.220	0,66	230.821	0,66	-0,55	236.815	0,66	2,39	267.933	0,68	4,33	273.645	0,68	2,13	279.837	0,68	2,26	287.468	0,69	2,73	13,98	2,20
Ceuta	58.354	0,15	58.898	0,15	0,93	59.588	0,15	1,17	60.506	0,15	1,54	59.184	0,15	-2,18	59.129	0,14	-0,09	60.189	0,14	1,79	3,14	0,52
Melilla	43.050	0,11	51.335	0,13	19,25	53.874	0,14	4,95	54.605	0,14	1,36	53.799	0,13	-1,48	53.450	0,13	-0,65	51.198	0,12	-4,21	18,93	2,93
Total	37.980.437	100,00	38.281.497	100,00	0,79	38.905.395	100,00	1,63	39.618.276	100,00	1,83	40.497.751	100,00	2,22	40.983.107	100,00	1,20	41.928.228	100,00	2,31	10,39	1,66

TVI: Tasa de variación interanual. TAM: Tasa anual media.
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboración propia.

CUADRO 6

FINANCIACIÓN SANITARIA EN EL MODELO ACTUAL (1999-2005, EN MILLONES DE EUROS)

Comunidades Autónomas	1999	2002	Garant. porcen- teje s/fin. sanidad	2003	Garant. 2003	Garant. porcen- teje s/fin. sanidad	2004	Garant. 2004	Garant. porcen- teje s/fin. sanidad	2005	Garant. 2005	Garant. porcen- teje s/fin. sanidad	Índice 99/02	Índice 99/03	Índice 99/04	Índice 99/05
Cataluña	3.975,88	4.860,03	35,48	5.206,03	35,77	0,69	5.549,99	73,09	1,32	6.187,43	0	0	1,2224	1,3094	1,3959	1,5562
Galicia	1.735,67	2.100,25	36,87	2.234,35	53,95	2,41	2.347,65	107,11	4,56	2.621,62	32,73	0,09	1,2101	1,2873	1,3526	1,5104
Andalucía	4.402,48	5.401,17	19,61	5.811,06	0,00	0,00	6.161,61	64,81	1,05	6.929,66	0	0	1,2268	1,3200	1,3996	1,5740
Asturias	744	901,63	14,46	958,06	22,83	2,38	996,94	55,30	5,55	1.101,81	35,99	0,10	1,2119	1,2877	1,3400	1,4809
Cantabria	399,68	492,41	0,00	527,81	0,00	0,00	557,78	7,48	1,34	626,21	0	0	1,2320	1,3206	1,3956	1,5668
La Rioja	202,83	244,49	5,26	264,37	3,04	1,15	281,48	5,38	1,91	312,69	0	0	1,2054	1,3034	1,3878	1,5416
Murcia	674,07	835,6	0,00	898,51	0,00	0,00	962,77	0,00	0,00	1.084,23	0	0	1,2396	1,3330	1,4283	1,6085
C. Valenciana	2.475,47	3.045,97	2,08	3.277,49	0,00	0,00	3.500,89	0,15	0,01	3.933,28	0	0	1,2305	1,3240	1,4142	1,5889
Aragón	826,85	986,3	10,80	1.078,24	11,88	1,10	1.138,99	30,42	2,67	1.275,52	0	0	1,1928	1,3040	1,3775	1,5426
C.-La Mancha	1.094,09	1.339,77	7,39	1.440,57	1,88	0,13	1.530,12	17,26	1,13	1.722,52	0	0	1,2246	1,3167	1,3985	1,5744
Canarias	1.034,4	1.274,1	0,00	1.358,18	5,57	0,41	1.409,81	53,14	3,77	1.585,59	0	0	1,2317	1,3130	1,3629	1,5329
Extremadura	692,02	839,51	12,58	896,24	16,12	1,80	938,09	40,64	4,33	1.049,69	8,62	0,02	1,2131	1,2951	1,3556	1,5168
Baleares	516,81	612,06	24,29	658,33	23,03	3,50	692,22	38,70	5,59	764,42	25,94	0,07	1,1843	1,2738	1,3394	1,4791
Madrid	2.990,63	3.788,04	0,00	4.043,99	0,00	0,00	4.325,71	0,00	0,00	4.853,67	0	0	1,2666	1,3522	1,4464	1,6230
Castilla y León	1.609,41	1.941,6	40,07	2.071,85	49,99	2,41	2.176,86	99,33	4,56	2.425,21	39,90	0,11	1,2064	1,2873	1,3526	1,5069
Total	23.374,31	28.662,91	208,90	30.725,12	224,08	0,73	32.570,94	592,84	1,82	36.473,59	143,18	0,39	1,2263	1,3145	1,3955	1,5604
ITE nacional													1,2129	1,2951	1,3325	1,5046
PIB													1,2313	1,3184	1,4143	1,5293

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda (2004, 2005, 2006 y 2007).

millones de euros (1,5740); Cantabria, con 626,21 millones de euros (1,5668); La Rioja, con 312,69 millones de euros (1,5416); Murcia, con 1.084,23 millones de euros (1,6085); la Comunidad Valenciana, con 3.933,28 millones de euros (1,5889); Aragón, con 1.275,52 millones de euros (1,5426); Castilla-La Mancha, con 1.722,52 millones de euros (1,5744); Canarias, con 1.585,59 millones de euros (1,5329), y Madrid, con 4.853,67 millones de euros (1,6230).

En los ejercicios liquidados en 2002, 2003, 2004 y 2005, y para los que se dispone de datos (cuadro 7), la financiación sanitaria ha pasado de los 23.374,31 en 1999 hasta los 28.662,91 millones de euros en 2002, con un índice de crecimiento importante (1,2263) por encima del ITE nacional (1,2129). Las garantías aplicadas en el primer año de funcionamiento del sistema supusieron un porcentaje relativamente más alto de la financiación sanitaria de cada comunidad autónoma en Galicia (1,76 por cien), Asturias (1,60 por cien), La Rioja (2,15 por cien), Aragón (1,10 por cien), Extremadura (1,50 por cien), Baleares (3,97 por cien) y Castilla y León (2,06 por cien). En total, las garantías sanitarias descendieron en 2002 a 208,90 millones de euros (0,73 por cien del total de financiación sanitaria), afectando a todas las comunidades autónomas excepto a Cantabria, Murcia, Canarias y Madrid.

En el año 2003, el crecimiento del ITE nacional acumulado (1,2951) fue por segundo año consecutivo inferior al PIB (1,3184), si bien en la actualidad únicamente se utiliza el PIB nominal como garantía de crecimiento de la financiación sanitaria, y sólo para los años 2002, 2003 y 2004. En 2003, las garantías hubieron de ser aplicadas en 224,08 millones de euros (0,73 por cien del total de la financiación sanitaria), afectando a todas las comunidades autónomas excepto a las anteriormente mencionadas (Andalucía, Cantabria, Murcia, la Comunidad Valenciana y Madrid), cuyo crecimiento de financiación sanitaria superó la evolución del PIB nominal a precios de mercado. En 2004, el crecimiento del ITE nacional acumulado (1,3325) volvió a ser por tercer año consecutivo inferior al PIB (1,4143), en mayor medida que el año anterior. En este caso, las garantías tuvieron que ser aplicadas en más del doble que el año anterior, 592,84 millones de euros (1,82 por cien del total de la financiación sanitaria) afectando a todas las comunidades excepto a dos (Murcia y Madrid), cuyo crecimiento de financiación sanitaria fue superior a la evolución del PIB nominal a precios de mercado. Finalmente, en 2005 el incremento del ITE nacional de modo acumulado (1,5046) siguió siendo inferior al del PIB (1,5293).

La aplicación de las garantías sanitarias finalizó en 2004, aunque tras el Acuerdo de la II Conferencia de Presidentes Autonómicos, celebrada en septiembre de 2005, y el Acuerdo del CPFF de 13 de septiembre de 2005, se estableció la prórroga de dicha garantía hasta que se aprobase el nuevo sistema de financiación autonómica. Ello supuso la aplicación de las garantías en menor medida que en el ejercicio anterior, por un importe de 143,18 millones de euros (0,39 por cien del total de la financiación destinada a la sanidad), afectando sólo a Galicia, Asturias, Extremadura, Baleares y Castilla y León. En estas cinco comunidades, el crecimiento de financiación sanitaria resultó inferior a la evolución del PIB nominal a precios de mercado.

Si bien el total de financiación real creció por encima del PIB, al determinar la correspondencia o no de garantías para la financiación sanitaria se utiliza la recaudación estándar o normativa de Tributos Cedidos, con el fin de no desincentivar los esfuerzos recaudatorios de las comunidades. Así, según los índices de evolución de la financiación con criterio normativo en 2002 son once, en 2003 diez, en 2004 trece, y en 2005 cinco las comunidades cuyos recursos crecieron por debajo del PIB, convirtiéndose en destinatarias de una transferencia complementaria. De todas ellas, en 2003 y 2004 es importante destacar la situación de Baleares, cuyos recursos aumentaron incluso por debajo del ITE nacional a pesar de su alto grado de autonomía.

A este respecto, la evolución de la financiación se ha mostrado en parte acorde con la del gasto en 1999-2005, con desfases algo menores en este período a los de 2003. Por ello, el supuesto problema que presenta la financiación de la sanidad no se debe tanto a su insuficiencia financiera, sino, más bien, a la evolución del propio gasto sanitario, la principal reivindicación de las comunidades autónomas.

4. EL ACUERDO DE FINANCIACIÓN SANITARIA DE 2005: DESARROLLO POSTERIOR E IMPLICACIONES

La puesta en marcha del sistema actual de financiación autonómica y sanitaria en estos últimos años ha puesto de manifiesto problemas de financiación en algunas comunidades autónomas derivados del incremento del gasto sanitario por el

CUADRO 7

FINANCIACIÓN DINÁMICA DEL SISTEMA (1999-2005, EN MILLONES DE EUROS)

Comunidades Autónomas	1999	Garantía 2002	Financ. sin garantía 2003	Garantía 2003	Financ. garantía 2003	Índice 99/03 sin garantía	Índice 99/03 con garantía	Financ. sin garantía 2004	Garantía 2004	Financ. garantía 2004	Índice 99/04 sin garantía	Índice 99/04 con garantía	Financ. sin garantía 2005	Garantía 2005	Financ. garantía 2005	Índice 99/05 sin garantía	Índice 99/05 con garantía
Cataluña	9198,15	35,48	12031,18	35,77	12066,95	1,3080	1,3119	12840,61	73,09	12913,70	1,3960	1,4039	14315,74	0	14315,74	1,5564	1,5564
Galicia	4282,56	36,87	5507,80	53,95	5561,75	1,2861	1,2987	5792,72	107,11	5899,83	1,3526	1,3776	6468,75	32,73	6501,48	1,5105	1,5181
Andalucía	10529,46	19,61	13896,78	0	13896,78	1,3198	1,3198	14791,74	64,81	14856,55	1,4048	1,4110	16707,07	0	16707,07	1,5867	1,5867
Asturias	1644,27	14,46	2116,01	22,83	2138,84	1,2869	1,3008	2203,26	55,30	2258,56	1,3400	1,3756	2435,03	35,99	2471,02	1,4809	1,5028
Cantabria	906,95	0,00	1196,90	0	1196,90	1,3197	1,3197	1265,71	7,48	1273,19	1,3956	1,4038	1420,99	0	1420,99	1,5668	1,5668
La Rioja	491,54	5,26	639,94	3,04	642,98	1,3019	1,3081	682,17	5,38	687,55	1,3878	1,3988	757,82	0	757,82	1,5417	1,5417
Murcia	1538,70	0,00	2049,55	0	2049,55	1,3320	1,3320	2203,95	0	2203,95	1,4323	1,4323	2481,98	0	2481,98	1,6130	1,6130
C. Valenciana	5524,71	2,08	7305,32	0	7305,32	1,3223	1,3223	7813,18	0	7813,33	1,4142	1,4143	8778,17	0	8778,17	1,5889	1,5889
Aragón	1916,80	10,80	2499,51	11,88	2511,39	1,3040	1,3102	2640,48	30,42	2670,90	1,3775	1,3934	2956,98	0	2956,98	1,5427	1,5427
C.-La Mancha	2664,60	7,39	3507,14	1,88	3509,02	1,3162	1,3169	3739,85	17,26	3757,11	1,4035	1,4100	4210,11	0	4210,11	1,5800	1,5800
Canarias	2594,55	0,00	3405,35	5,57	3410,92	1,3125	1,3146	3536,19	53,14	3589,33	1,3629	1,3834	3977,08	0	3977,08	1,5329	1,5329
Extremadura	1790,87	12,58	2313,27	16,12	2329,39	1,2917	1,3007	2428,11	40,64	2468,75	1,3558	1,3785	2716,98	8,62	2725,6	1,5171	1,5219
Balears	1119,36	24,29	1423,38	23,03	1446,41	1,2716	1,2922	1499,29	38,70	1537,99	1,3394	1,3740	1655,67	25,94	1681,61	1,4791	1,5023
Madrid	6918,97	0,00	9408,41	0	9408,41	1,3598	1,3598	10133,91	0	10133,91	1,4647	1,4647	11370,77	0	11370,77	1,6434	1,6434
Castilla y León	3988,04	40,07	5130,22	49,99	5180,21	1,2864	1,2989	5394,19	99,33	5493,52	1,3526	1,3775	6004,04	39,9	6043,94	1,5055	1,5155
Total	55.109,79	208,90	72.430,80	224,08	72.654,88	1,3143	1,3184	76.965,39	592,84	77.558,23	1,3966	1,4073	86.257,21	143,18	14.315,74	1,5652	1,5678
ITE nacional						1,2951	1,2951				1,3325	1,3325				1,5046	1,5046
PIB						1,3184	1,3184				1,4143	1,4143				1,5293	1,5293

Fuente: Liquidación del año 2003, 2004 y 2005; Ministerio de Hacienda (2005, 2006 y 2007).

aumento de la población como consecuencia de los fenómenos migratorios, el progresivo envejecimiento y el cambio en las pautas de morbi-mortalidad, así como también por los mayores costes de los servicios sanitarios.

Ante estos factores, en la I Conferencia de Presidentes Autonómicos, celebrada el 28 de octubre de 2004, se crearon dos grupos de trabajo mixtos (Gobierno central-comunidades autónomas) con los objetivos de estudiar y analizar el gasto sanitario y su financiación, así como también los efectos de la evolución de la población en el sistema. Sobre la base de este análisis, el Gobierno se comprometió a mejorar la financiación de las comunidades autónomas y, en concreto, la de la sanidad, respetando el sistema de financiación establecido en la Ley 21/2001, y con el objetivo de que, a medio plazo, se revisaría y reformaría el modelo actual de financiación autonómica general (Puig, 2006; Urbanos, 2006).

Así, el CPFF aprobó el 13 de septiembre de 2005 por amplia mayoría (las comunidades gobernadas por el PSOE, además de Navarra y Canarias) las medidas de mejora de la financiación sanitaria presentadas por el Gobierno y previamente consensuadas en la II Conferencia de Presidentes Autonómicos de 10 de septiembre de 2005. Estas mejoras de los recursos que pasaron a recibir las comunidades autónomas para financiar su sanidad en septiembre 2005-diciembre 2006 se estimaban en unos 4.359,8 millones de euros adicionales a los ya proporcionados por el sistema actual (cuadro 8), destacándose, entre otras medidas, la prórroga de la garantía sanitaria después de 2004 (la cual ha motivado su aplicación en la liquidación de 2005). Además, este aumento de recursos que hace el Estado, podría incrementarse si las comunidades hacen uso de su capacidad normativa. Y así, de conformidad con lo previsto en el Real Decreto-Ley 12/2005, de 16 de septiembre, por el que se aprobaron determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria, el Estado concedió anticipos de tesorería a cuenta de la liquidación definitiva de dicho año a las comunidades autónomas que lo solicitaron, habiéndose deducido esto de dicha liquidación según la Ley 21/2001. No obstante, la solución real al supuesto problema de la insuficiencia sanitaria sigue aún abierta, teniendo además en cuenta que no puede hablarse de déficit sanitario, toda vez que no todos los impuestos están afectados específicamente a la sanidad.

En cuanto a los criterios de reparto de cada uno de los fondos, así como en algunos casos don-

de sea posible su territorialización, cabe destacar las siguientes medidas:

1. Medidas con determinación concreta de las cantidades asignadas a cada comunidad autónoma:

– Medida 1, apartado 2: una transferencia directa a las comunidades autónomas por parte del Estado de 500 millones de euros en 2006, que se reparte según los criterios establecidos en la Ley de Financiación Autonómica de 2001, actualizando los datos de población a 2004. Esta cantidad pasa a ser de 600 millones de euros en 2007. El reparto no tiene en cuenta el crecimiento de la población en estos últimos años (desde 2001, fecha de implantación del modelo actual) al tomar los datos de 2004, lo que perjudica a las comunidades autónomas que han experimentado un fuerte incremento en este último año.

– Medida 1, apartado 3: una aportación adicional extraordinaria por concepto de compensación del hecho insular a Canarias (28,7 millones de euros) y a Baleares (26,3 millones de euros) por un total de 55 millones de euros en 2006. Este reparto se hace teniendo en cuenta el incremento de la población experimentado entre 1999 y 2003, el aumento de financiación entre 1999 y 2002, y la población protegida en 2003. Precisamente, el sistema de reparto empleado en este caso es diferente del empleado en la transferencia directa para comunidades autónomas no insulares, lo que genera resultados asimétricos.

– Medida 4: incremento de los recursos disponibles de tesorería por parte de las comunidades autónomas para que puedan reducir su deuda sanitaria acumulada mediante una mejora en el sistema de entregas a cuenta ya en 2005 y también en 2006. Se reparte con los mismos criterios aplicados para el pago de anticipos según la ley vigente.

2. Medidas con determinación concreta de la metodología de reparto:

– Medida 1, apartado 5: se crea un Fondo Presupuestario específico de garantía sanitaria, dotado de 500 millones de euros anuales, que se distribuye con el criterio establecido en la Ley 21/2001 y en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado para la garantía de financiación sanitaria, traducida en apoyar y garantizar a las comunidades autónomas que sus recursos para la financiación sanitaria crecerán al índice del PIB nominal nacional. Esto supone alargar el mecanismo transitorio

CUADRO 8

**FONDOS PARA FINANCIACIÓN SANITARIA DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS
(MILLONES DE EUROS CORRIENTES)**

Comunidades Autónomas	Anticipos a cuenta 2005	Partida presu-puestaria 2006	Partida presu-puestaria 2007	Insularidad 2006	Insularidad 2007	Incremento en impto. alcohol y tabaco**	Anticipos a cuenta inicial 2006	INGESA 2006	Partida presu-puestaria 2007
Cataluña	214,2	85,8	103,1			35,72	214,2		103,1
Galicia	109,6	36,1	42,6			16,95	109,6		42,6
Andalucía*	0	91,1	109,3			50,13	274,7		109,3
Asturias	41,2	14,5	17,0			6,39	41,2		17,0
Cantabria	23,5	7,1	8,4			3,87	23,5		8,5
La Rioja	12,3	3,7	4,4			1,92	12,3		4,4
Murcia	40,0	15,2	18,3			7,48	40,0		18,3
C. Valenciana	131,7	56,1	67,9			25,52	131,7		67,9
Aragón	46,6	16,2	19,3			7,39	46,6		19,3
C.-La Mancha	69,8	23,7	28,3			11,86	69,8		28,3
Canarias	66,2	24,0	29,0	28,7	28,7	9,40	66,2		29,0
Extremadura	47,5	13,6	16,1			8,19	47,5		16,1
Baleares	30,7	12,0	14,4	26,3	26,3	6,45	30,7		14,4
Madrid	157,4	68,0	82,1			19,75	157,4		82,1
Castilla y León	100,2	33,0	39,1			15,89	100,2		39,1
Ceuta	0,2					0,03	0,2	0,6303	
Melilla	0,2					0,03	0,2	0,5697	
Total	1.091,14	500,0	600,0	55,0	55,0	227,03	1.365,8	1,2	600,0

Notas:

* En 2005 no se concedió anticipo de tesorería a Andalucía, ya que no lo solicitó. Esa solicitud era condición previa a su concesión, según el RD-Ley 12/2005, de 16 de septiembre, siendo su importe de 274,7 millones de euros.

** Los importes incluidos aquí corresponden a los incrementos totales en la financiación por estos conceptos. No obstante, las comunidades autónomas percibieron en 2006 el 98 por cien de los mismos como entregas a cuenta.

Fondos adicionales del acuerdo con distribución en 2006 entre comunidades autónomas en función de resultados: a) Fondo de Cohesión Sanitaria (incremento en 45,0 millones de euros pasando de 54,09 millones de euros en 2005 a 99,09 millones de euros en 2006), b) Fondo de Garantía Sanitaria (500,0 millones de euros), c) Asistencia a residentes extranjeros (200,0 millones de euros), y d) Accidentes laborales no cubiertos por mutuas (100,0 millones de euros).

Fuente: Elaborado a partir de Ministerio de Economía y Hacienda (2005, 2006 y 2007).

de garantía financiera dinámica, ya vigente para el período (2002-2004)¹.

– Medida 3: adicionalmente, el Gobierno central distribuirá con carácter anual una transferencia a las comunidades autónomas de unos 227 millones de euros por el incremento de la imposición indirecta sobre alcoholes, cervezas y productos intermedios y tabaco, incremento que se produjo precisamente después de la entrada en vigor

¹ Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

del Real Decreto-Ley 12/2005, de 16 de septiembre, por el que se aprobaron determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria, adelantándose a las tradicionales alzas que cada año entraban en vigor el 1 de enero. Dicha transferencia se reparte según los criterios de la Ley de Financiación de 2001, que prevé la aplicación de los índices de consumo de estos productos calculados por el INE en cada comunidad autónoma para determinar la recaudación atribuible a cada comunidad y transferirle un 40 por cien.

– Medida 5: el Gobierno central, de acuerdo con las comunidades autónomas, incrementará

la capacidad normativa de éstas en relación con los impuestos indirectos sobre hidrocarburos, matriculación de vehículos y electricidad como mecanismo de obtención de recursos y de corresponsabilidad fiscal. La distribución de los incrementos de recaudación por el aumento de esta capacidad normativa se hará según Ley 21/2001, de Financiación, y dependerá del ejercicio de dicha capacidad normativa adicional que realicen las comunidades autónomas.

En cuanto a la valoración de dicho acuerdo del CPFF de 2005, el primer rasgo destacable es que se trata de un arreglo estrictamente financiero en el que se ha aprobado y aceptado la aportación con la que el Estado va a contribuir a la financiación de la asistencia sanitaria (Sánchez Maldonado y Cabasés, 2006). En segundo lugar, el peso del acuerdo recae exclusivamente en el Estado. La asistencia sanitaria es una competencia asumida por la totalidad de comunidades autónomas que, en este sentido, se han limitado a aceptar las cantidades propuestas por el Estado. No se ha derivado ningún compromiso para las comunidades. El ejercicio de la corresponsabilidad fiscal por parte de éstas ha sido, y parece seguir siendo, muy limitado hasta este momento, centrándose el ejercicio de las competencias normativas en la concesión de deducciones.

Un tercer rasgo significativo es la estructura del acuerdo en distintas aportaciones finalistas que pretenden resolver algunos de los problemas concretos de la financiación de la asistencia sanitaria. El cuarto rasgo relevante se identifica en la aprobación del cumplimiento integro del sistema de entregas a cuenta. Una de las características evidentes del gasto sanitario es el abrumador predominio que dentro del mismo tienen los gastos de naturaleza corriente, cuyos pagos han de atenderse en un plazo temporal muy corto. Esta característica es poco compatible con un sistema de entregas a cuenta del 98 por cien de los fondos previstos para cada ejercicio, y en el que la liquidación definitiva se percibe por las comunidades autónomas con una demora de entre 22 y 34 meses desde el momento en que se realizan los gastos. Por último, un quinto rasgo significativo del acuerdo lo constituye la propuesta de revisión completa del sistema de financiación de la sanidad, prevista para el año 2007.

La búsqueda estabilidad de los modelos de financiación sanitaria parece, pues, no encontrarse, por la propia dinámica del sistema y por la ausencia, en los modelos hasta ahora existentes, de mecanismos efectivos de ajuste ante cambios en las

variables determinantes de las necesidades. Al final, la propuesta de revisión (para 2007) quedó propuesta para la siguiente legislatura (iniciada en abril de 2008), convirtiéndose en elemento central de la agenda política.

5. CONCLUSIONES

El progresivo incremento del gasto sanitario en España y en muchos países de nuestro entorno se debe, básicamente, a la inversión en tecnología y a la mayor utilización de los sistemas sanitarios por parte de una población cada vez más envejecida. No obstante, lo realmente importante no es ver en cuánto se incrementa dicho gasto, sino lo que se consigue con él en términos de mejora de la asistencia y de resultados en salud. En cuanto a la financiación, se ha establecido una mejora de recursos aprobada por la II Conferencia de Presidentes Autonómicos y por el posterior acuerdo del CPFF, aunque sin modificar el modelo de financiación sanitaria que ha funcionado desde 2002. Se plantea hacer coincidir esta modificación con la próxima reforma del sistema general de financiación. En este sentido, no deja de resultar curioso que aún no se disponga de datos suficientes en muchos de los fondos para conocer cuánto le corresponde a cada comunidad autónoma.

Dadas estas circunstancias, habría resultado más transparente haber aumentado más los fondos por transferencia directa que sí tienen un criterio de reparto definido y claro, si bien dar pasos atrás hacia una nueva separación de la financiación sanitaria del resto supondría retroceder en la corresponsabilidad fiscal. Cualquier mecanismo que pague la factura sanitaria sin analizar de dónde procede penalizaría a las comunidades autónomas que han hecho un esfuerzo por que el crecimiento del gasto sanitario siga una senda razonable. En última instancia sería necesario poner en marcha más medidas de financiación, que podrían ir desde un aumento gradual de la carga fiscal o la corresponsabilización directa de los ciudadanos en el coste sanitario.

Para que el sistema de financiación pueda abordar los problemas de suficiencia, es importante conocer los factores de crecimiento actual del gasto sanitario regional, distinguiendo los exógenos (principalmente los relacionados con la demografía y la salud, y los precios de los productos farmacéuticos) de los endógenos (resultado de las

decisiones de las comunidades autónomas, como la revisión de las líneas retributivas o la introducción de nuevas prestaciones). No hay que olvidar que el sistema de financiación opera como un acuerdo ex-ante que no garantiza iguales resultados ex-post, una vez adoptadas las decisiones descentralizadas de los agentes. Al riesgo financiero que asumen las comunidades autónomas por la corresponsabilidad fiscal se une también la incertidumbre en los resultados de la gestión.

Lograr la eficiencia en la asignación de recursos sanitarios es quizá la tarea más importante a la que se enfrentan las comunidades autónomas. El actual modelo de financiación autonómica de la sanidad, incluso con los cambios derivados del acuerdo del CPFF de 2005, sigue presentando al menos tres problemas fundamentales: una definición arbitraria del criterio de necesidad, insuficiencia de los mecanismos de nivelación de servicios que garanticen un mínimo de igualdad, e insuficiencia de los mecanismos diseñados para una coordinación efectiva de las políticas sanitarias en el SNS.

En el citado acuerdo del CPFF, el esfuerzo lo ha hecho exclusivamente el Estado, mientras que las comunidades autónomas no han adquirido ningún compromiso a este respecto. Sería deseable que éstas avanzasen en el futuro hacia un mayor cumplimiento del principio de corresponsabilidad fiscal. Esto contribuiría a rebajar los problemas de suficiencia del sistema. Asimismo, sería deseable atender a las distintas medidas propuestas en el debate sanitario relativas a mejoras posibles en la organización y gestión del gasto sanitario. Todo ello contribuiría a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

BANTING, K. G. y S. CORBETT (2002), *Health Policy and Federalism. A Comparative Perspective on Multi-level Governance*, Kingston, McGill-Queen's University Press.

BORRAZ, S. y V. POU (2005), "Razones para una reforma de la financiación del gasto sanitario", *Cuadernos de Información Económica*, 188: 51-61.

CABASÉS, J. M. (1998), "La financiación sanitaria autonómica. Bases para un propuesta", *Papeles de Economía Española*, 76: 67-77.

– (coord.) (2006), *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*, Bilbao, Fundación BBVA.

CANTARERO, D. (2003), "Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España", *Investigaciones*, n.º 8/03, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.

LEY 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía (BOE 31-12-2001).

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (2004, 2005, 2006 y 2007), *Financiación de las Comunidades Autónomas por los impuestos cedidos, fondo de suficiencia y garantías de financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año 2002, 2003, 2004 y 2005 y liquidación definitiva de dicho ejercicio*, julio 2004, 2005, 2006 y 2007.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006), *Principales cifras del SNS*, Madrid.

ORGANIZATION FOR THE ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (2007), *OECD Health Data File*, París, OECD.

POU, V. y S. BORRAZ (2006), "Líneas de reforma del modelo de financiación autonómico", *Análisis Local*, 65: 15-32.

PUIG, J. (2006), "¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada?", *Informe SESPAS 2006, Gaceta Sanitaria*, 20 (monográfico 1): 96-102.

SÁNCHEZ MALDONADO, J. y J. M. CABASÉS (2006), "Análisis y valoración del sistema de financiación territorial sanitaria y su adaptación", *Papeles y Memorias de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, 14: 82-90.

URBANOS, R. (2006), "El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud", *Presupuesto y Gasto Público*, 42: 229-240.

Incentivos a los médicos, vía de mejora de los servicios sanitarios

VICENTE ORTÚN*

RESUMEN¹

Los sistemas sanitarios de cualquier país del mundo funcionarán en la medida en que quienes asignan los recursos, fundamentalmente los profesionales clínicos, cuenten, además de con formación e información adecuadas, con incentivos apropiados. Ahora bien, el dinero constituye la forma más cara de motivar a las personas. Por lo demás, muchas normas sociales y profesionales no pueden sustituirse por reglas de mercado. Este artículo parte de la existencia de tres planos de incentivación: la social, la organizativa y la individual. En él se recogen una serie de reflexiones sobre las formas de incentivar a los médicos para mejorar la oferta de las prestaciones sanitarias y se plantean algunas propuestas en este sentido.

Los sistemas sanitarios tendrán un buen desempeño en la medida en que los profesionales, particularmente los clínicos, que asignan los recursos tengan la información y los incentivos adecuados para tomar decisiones coste-efectivas. Los incentivos, definidos como cualquier factor que proporciona un motivo para una acción u omisión y explica que se prefiera la opción elegida a sus alternativas, se analizan y entienden mejor en tres niveles: el primer nivel es el de las reglas sociales de juego; el segundo, el de las formas organizati-

* Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona (vicente.ortun@upf.edu).

¹ Este artículo se ha beneficiado de los debates del Foro de Innovación en Atención Primaria, que se ha reunido en Madrid bajo la dirección de Juan Gervas, así como también de los trabajos en curso del Grupo Asesor para la Mejora de la Atención Primaria en Galicia, coordinado por el autor, y de la asesoría realizada al Consejo de la Profesión Médica de Cataluña (Ortún *et al.*, 2008).

vas y el grado de competencia entre las mismas; y el tercero, el de los incentivos individuales, o de grupo, bajo la forma de promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etcétera.

Este artículo se organiza en cinco apartados. Los tres centrales están dedicados a cada uno de los niveles de incentivos señalados; el apartado que sigue a este traza unos apuntes teóricos sobre los incentivos (cuyo conocimiento científico está aumentando rápidamente en estos inicios del siglo XXI), y el quinto y último resume los principales argumentos y sugiere algunos elementos de consenso.

1. INCENTIVOS: EL ESTUDIO CIENTÍFICO DEL COMPORTAMIENTO

Una relación entre patrón y empleados, una relación entre accionistas y gerentes, o una relación entre paciente y médico puede conceptualizarse como relación de agencia, con unos problemas derivados de los diferentes intereses entre las partes. Entre las múltiples soluciones al problema de agencia se cuentan los contratos de incentivos (hacer al agente partícipe del resultado, al coste de transferirle el riesgo derivado de la oscilación en resultados) o las opciones de compra sobre acciones para directivos, que tan desastrosos resultados tuvieron en la década de los noventa. En la actualidad se reconoce el énfasis excesivo otorgado a los incentivos explícitos para resolver los problemas de agencia y la necesidad de incorporar los incentivos implícitos derivados de los contextos legal, social, profesional y de mercado (Casadesús y Spulber, 2007).

Sabemos que existen “individuos aprovechados”, “reciprocadores estrictos”, así como también “castigadores altruistas”, personas que están dispuestas a sacrificar utilidad personal para conseguir justicia y cumplimiento de las normas sociales (Fehr y Gächter, 2002). Obviamente, la evolución humana conoció etapas en las que se salvaba todo el grupo o no se salvaba nadie. Si los problemas encontrados hubieran sido siempre del tipo “ponte las deportivas para correr más que tu compañero”, no tendríamos castigadores altruistas entre nosotros.

La mente utiliza mecanismos instintivos, incluidas las emociones, para resolver los problemas más relevantes, es decir, los más relacionados con la supervivencia y la reproducción. Nuestra mente ha evolucionado durante los últimos dos millones de años en un entorno de cazadores-recolectores, por lo que, tanto en su dimensión de cooperación instintiva como de racionalidad limitada, está mal adaptada a un entorno globalizado caracterizado por la cooperación “con extraños” (Camerer y Fehr, 2006).

Las implicaciones prácticas de estos desarrollos suponen: (1) considerar necesariamente las preferencias individuales por cómo están los demás, por la propia aprobación social o el trabajo interesante (la aprobación social modifica la conducta, no únicamente porque genera beneficios futuros, sino por las emociones que suscita); (2) reconocer la cooperación voluntaria y constatar que esta cooperación puede afectarse, en cualquier sentido, por el uso de incentivos explícitos (en particular, una percepción hostil de los incentivos explícitos lleva a una disminución de la cooperación voluntaria, pero conviene tener muy en cuenta que la introducción de incentivos explícitos puede destruir la motivación intrínseca, el mismo gusto por el trabajo bien hecho); (3) insistir en la conveniencia de no sustituir las normas sociales y profesionales por transacciones de mercado. Es bien sabido que el dinero constituye la manera más cara de motivar a las personas y que nada puede sustituir el ‘profesar’ con honestidad (por tanto, los juramentos hipocráticos no están obsoletos).

instituciones son tanto las reglas de juego de una sociedad como sus mecanismos de salvaguarda. Pueden ser formales –como la Constitución, las leyes, los derechos de propiedad o los códigos deontológicos– e informales –como las costumbres, las tradiciones o las pautas de conducta esperadas en un grupo profesional–. Las instituciones deseables son las que mejor reconcilian el interés individual con el interés social.

En sanidad, además de las reglas de juego establecidas por el Estado y, secundariamente, el mercado, tres instituciones tienen particular importancia: (a) las normas clínicas, (b) las relaciones medicina-industria farmacéutica, y (c) la configuración del Estado del Bienestar.

Las normas profesionales clínicas

La acción prescriptora, por ejemplo, implica, junto al aspecto sanitario, un aspecto económico. El médico es también un ordenador de pagos, sin que su mandamiento requiera una intervención o fiscalización previa, tal como acontece con la mayor parte de los gastos de las administraciones públicas. No cabe olvidar la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios, ni seguramente hace falta recordar la obviedad de que son ellos quienes realmente asignan la mayor parte de los recursos sanitarios. Estos profesionales pertenecen a un colectivo que se rige por unas normas clínicas. Las normas profesionales clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con prestigio, ostracismo...) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia.

Estas normas clínicas vienen influidas, además de por el Estado y el mercado, por la cultura poblacional. En España, concretamente, nos movemos en una acendrada cultura del medicamento que hipertrofia sus beneficios hasta crear incluso dependencias injustificadas, al tiempo que minusvalora formas más racionales de tratamiento o prevención.

2. EL ENTORNO INSTITUCIONAL, PRIMER NIVEL DE INCENTIVOS

Cada sociedad tiene sus reglas de juego: sus instituciones. Estas instituciones se definen como las restricciones creadas por el hombre para estructurar la interacción política, económica y social. Las

Las relaciones medicina-industria farmacéutica

Existe amplia evidencia de cómo la industria farmacéutica afecta al comportamiento prescriptor de los médicos, en bastantes ocasiones en sentido negativo. La formación continua de los médicos, el desarrollo de sus investigaciones, la asistencia a congresos, incluso la organización del ocio, dependen

de forma abrumadora de la industria farmacéutica. No parece de recibo que los visitantes médicos sean la fuente principal de la información sobre medicamentos, ni que se vigile pobremente el cumplimiento de la regulación existente sobre publicidad de medicamentos de uso humano.

La investigación también está muy mediada por los intereses, legítimos, de la industria farmacéutica: cláusulas contractuales de reserva de derechos de publicación, selección inicial de investigadores y temas, posición dominante de empresas especializadas en la realización de ensayos clínicos (en detrimento de los centros académicos) representan sólo algunos ejemplos. Se produce, con frecuencia, un conflicto de intereses que se podría expresar con el binomio "bienestar social/bienestar particular" y que no necesariamente supone fraude ni mala praxis, pero que conviene hacer público –explicitando fuentes de financiación, por ejemplo– para que los usuarios de la investigación tengan todos los elementos necesarios de juicio para valorarla.

Dadas estas circunstancias, parece conveniente: (i) establecer un código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos; un código que aclare la relación entre industria y médicos, con el ánimo de mejorar la calidad de la prescripción, especialmente cuando empieza a existir evidencia del favorable impacto que la actuación basada en la evidencia científica puede tener en la adecuación de la prescripción; (ii) declarar los conflictos de interés cuando se produzcan; (iii) vigilar el grado de dependencia de la medicina respecto a la industria farmacéutica combinando lo mejor de la intervención pública con lo mejor de los mecanismos del mercado (Cervera *et al.*, 2004).

En la prescripción, como en el resto de la gestión clínica, se trata de dotar a los médicos –decisiones clave del sistema sanitario– con los incentivos, la información y la infraestructura precisas para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Una adecuada selección de personal, centrada no sólo en aptitudes sino también en actitudes, puede compensar la debilidad de los incentivos característica del sector sanitario. Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos adquiere particular relieve en el sector público, necesitado de una ética profesional y de servicio público.

Diversas razones avalan la necesidad del incentivo individual en la prescripción (independencia profesional, variabilidad en estilos de prác-

tica, interiorización del coste de oportunidad...). Ahora bien, en la medida en que, por una parte, en sanidad se dan condiciones técnicas de trabajo en equipo, y, por otra parte, el *input* prescripción es bastante sustituible por otros *input* del proceso asistencial, los presupuestos para prescripción deberían incluirse en presupuestos globales.

La reorientación del Estado del bienestar

La auténtica sostenibilidad de la componente sanitaria del Estado del bienestar pasa por garantizar la deseabilidad, expresada en disposición social a pagar, de aquellas innovaciones con impacto positivo en el bienestar social. El reto estriba en evitar la dualización de la sociedad, conjugando responsabilidad individual y responsabilidad social. Un Estado del bienestar ha de controlar los desincentivos tanto por el lado de la financiación como de las prestaciones, rehusando las tentaciones proteccionistas –aunque se disfracen de responsabilidad social corporativa o ecologismo– y acatando la disciplina que imponga la competencia internacional (propia de las economías abiertas). Por el lado de la financiación, los impuestos han de favorecer el crecimiento, lo que puede introducir una suave regresividad. Por el lado de las prestaciones, hay que evitar la pasividad del paciente e introducir el principio del beneficio –copago y primas complementarias controladas (¿por qué no?) públicamente– allá donde lo relevante sea la preferencia individual y no la necesidad desde una perspectiva social.

En la economía sumergida (que incluye la criminal), estimada en más de un 20 por cien del PIB, tiene el sistema fiscal español un margen importante de actuación. La lucha contra el fraude necesita reformas legales en las figuras impositivas y en los procedimientos tributarios para cerrar las vías de evasión fiscal, así como también precisa de una administración tributaria con el convencimiento necesario para aplicarlas. Este tipo de reformas exigen un consenso parlamentario, tanto más difícil de obtener cuanto más progresivo sea el planteamiento de las mismas. Otras reformas parecen también necesarias: por ejemplo, retrasar la edad efectiva de jubilación se percibe como la respuesta lógica al espectacular aumento de la esperanza de vida. Por otra parte, la expansión de los servicios sociales como consecuencia del compromiso de atender los problemas de dependencia se compadece mal con la reducción o supresión de determinados impuestos, como los aplicables a las sucesiones o al patrimonio.

Entre otros cambios que afectan al funcionamiento de nuestro sistema de bienestar, también convendría considerar la introducción de incentivos a los usuarios. España tiene un copago sobre medicamentos pequeño, y en disminución, en relación a otros países con Estados del bienestar consolidados. Nuestro sistema de copago no es ni eficiente ni equitativo y podría reformarse de tal manera que los copagos, aunque de importe reducido, permitieran al usuario cobrar mayor conciencia del coste de los fármacos y desincentivaran el sobreconsumo (¡y quejas como las de que las nuevas pastillas recetadas ya no flotan en el water!). Cabría asimismo diseñar un copago fijo obligatorio por receta, con límite máximo mensual, neutral presupuestariamente. Podrían incluso aplicarse de forma paralela dos copagos: el obligatorio de baja intensidad y otro, evitable, relacionado con la efectividad de los medicamentos (Puig-Junoy, 2004). El primer nivel de copago sería aportado por toda la población con dos exenciones: insuficiencia de ingresos y techo fijo. El segundo nivel de copago, independiente del primero, sería evitable según preferencias individuales y dependería de la efectividad de los tratamientos (su aplicación requiere, por cierto, un sistema de precios de referencia, diferente del actual, basado en la equivalencia farmacológica o terapéutica).

Una nota sobre el papel de los sindicatos de clase en el Sistema Nacional de Salud

Tanto el nacimiento de los sindicatos de clase en el siglo XIX, como el desarrollo de instrumentos y armas para la defensa de sus intereses, tales como la negociación colectiva o la huelga, tenían un claro sentido justificado en la propia supervivencia del entonces denominado proletariado frente a la opresión de la clase dominante en un contexto histórico de inhibición por parte del Estado en relación a la situación de los trabajadores. Tras la segunda Guerra Mundial, superada la amenaza totalitaria, muchas constituciones europeas recogieron la protección del trabajo y del trabajador como una conquista histórica de los trabajadores, convirtiendo al Estado Social en el garante de las libertades y los derechos de los trabajadores.

Claro está que los medios otorgados por el Estado a los trabajadores no persiguen la defensa de la justicia (para la que existen otros cauces legales e institucionales) ni la del interés social, sino la de los intereses económicos y las reivindi-

caciones laborales de determinados grupos de trabajadores. La actividad sanitaria muestra mejor que ninguna otra los efectos perniciosos que pueden traer consigo los instrumentos de presión (paros o huelgas) en contextos en los que el interés colectivo de la salud debería ser siempre prioritario. En España podría darse una sobreprotección de las posiciones sindicales –posible herencia de unos sindicatos estatalmente controlados durante la dictadura franquista y muy exitosos como interlocutores durante la transición democrática–, que puede ejemplificarse en el hecho de que el derecho de huelga de los trabajadores goza actualmente de mayor protección jurídico-constitucional que el derecho a la salud de los ciudadanos (Pérez Camarero, 2006).

El hecho de que la actividad sanitaria se sustente esencialmente en la prestación de servicios de naturaleza personal hace difícil pensar en el éxito de cualquier reforma organizativa que no cuente con el apoyo y la colaboración de quienes prestan tales servicios. Todos los métodos de gestión de los servicios de salud dependen en última instancia de las capacidades, la motivación y el rendimiento de los trabajadores de la salud. De la crucial importancia de este apoyo derivan, de un lado, la dificultad o el elevado coste de regular y limitar el ejercicio del poder sindical y corporativo en el contexto de los servicios públicos y, de otro lado, la propia tibieza con que los legisladores han afrontado en España reformas necesarias en el régimen estatutario de los funcionarios públicos o la propia regulación de instrumentos sindicales como la huelga que, en los servicios públicos sanitarios (como también en otros), puede suscitar una colisión frontal entre el interés general de los ciudadanos y el de algunos colectivos de trabajadores.

Frente a esta realidad social y laboral, algunas administraciones públicas estatales mantienen presencias importantes de los sindicatos en instituciones y órganos de carácter consultivo o de diálogo social en aspectos que exceden el marco estrictamente laboral. El recelo de muchos Gobiernos a enfrentamientos con los sindicatos o las huelgas de éstos, con el posible coste en votos e imagen ante la opinión pública, hace que muchos de estos poderes públicos sean especialmente sensibles y también débiles frente a las demandas de los empleados públicos, bastante más sindicalizados que el resto de la población laboral. Ello puede dificultar la capacidad de las administraciones públicas para implantar cambios y reformas en unas estructuras ya bastante rígidas por el régimen administrativo y estatutario.

3. LAS FORMAS ORGANIZATIVAS Y LA COMPETENCIA ENTRE ELLAS, EL SEGUNDO NIVEL DE INCENTIVOS

Tanto el tipo de organización (pública o privada, por cuenta propia o por cuenta ajena...) como el grado de competencia y cooperación entre las organizaciones del sector sanitario determinan la fuerza y adecuación de los incentivos. Entre las organizaciones públicas puras (en las que la apropiación del excedente es pública, como también lo son los derechos residuales de decisión) y las organizaciones privadas puras (apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión privados) existen bastantes posibilidades intermedias (por ejemplo, las oficinas de farmacia, que combinan apropiación privada del excedente y derechos residuales de decisión públicos).

En la sanidad española predominan las burocracias públicas, siendo poco prevalentes las organizaciones sin finalidad lucrativa, las de finalidad lucrativa y las cooperativas de profesionales. Ante las dificultades para mejorar la gestión de las burocracias públicas, se ha experimentado con formas organizativas alternativas. Las escasas evaluaciones sobre el impacto de las nuevas formas organizativas en el funcionamiento del sistema sanitario no permiten conclusiones rotundas: ni la de la Fundación Avedis Donabedian (2002), comparando (para Cataluña) los equipos autogestionados de asistencia primaria tanto con el Instituto Catalán de Salud como con las mutuas, ni la de Arias *et al.* (2007) para hospitales (que concluye afirmando que los hospitales que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados y más flexibles muestran una mayor eficiencia en los indicadores más consolidados en el sector –estancia media y coste ajustados–, pero la misma calidad asistencial medida a través de indicadores cuantitativos ajustados por riesgo, como mortalidad, complicaciones y readmisiones).

La necesaria redistribución de funciones entre los miembros de los equipos sanitarios y la conveniente autonomía de gestión

La funcionarizada organización sanitaria ha permanecido en gran medida ajena a los cambios, pretendiendo incluso que sea la sociedad quien se adapte a sus servicios. La persistencia de las listas

de espera para acceder a la consulta y, derivado de ella, el incremento de las “urgencias” es sólo un ejemplo de esta realidad. Resulta necesario un giro copernicano de la organización de los servicios que se adapte a la realidad de las demandas/necesidades de la sociedad.

Ciertamente, la cultura de la inmediatez, el “todo es posible”, se traduce en la creencia de que los servicios sanitarios deben dar y van a dar respuesta a cualquier mínima circunstancia que altere el “perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social”. La intolerancia a la incomodidad y las enfermedades imaginarias alcanzan altas cotas de prevalencia (Gérvás y Pérez-Fernández, 2006) y la “obsesión” por la salud se convierte en el factor patógeno predominante. La necesidad sentida de inmediatez y el creciente hábito consumista de disponer de todos los servicios 24 horas al día conducen a que cualquier incipiente molestia se convierta en motivo de consulta que requiere rápida atención (Sen, 2002), impidiendo que la resolución espontánea pueda ser la vía de solución natural.

Sin embargo, los dispositivos sanitarios, y en concreto la atención primaria como punto de entrada al sistema, no han seguido una evolución paralela para adaptarse a los cambios experimentados por la sociedad y sus demandas. Así, a la necesidad de inmediatez y accesibilidad se ha “contraatacado” con un sistema de cita previa que deja fuera de los circuitos normalizados una buena parte de las demandas; a la “obsesión por la salud” se ha dado respuesta con consultas programadas (evaluación de factores de riesgo y seguimiento de programas tales como el del “niño sano”), que acaban incrementando la dependencia de los individuos hacia el sistema. Todo ello sucede en el marco de una organización estructuralmente rígida y culturalmente funcionarizada que no acaba de saber cómo salir del casi cronificado lamento ante una situación que no alcanza a controlar.

En este contexto de discusión, conviene distinguir dos tipos de poblaciones que solicitan servicios de atención primaria. Por una parte hay que contar con los pacientes usuarios habituales de los servicios (por distintas circunstancias), que priorizan la atención por su médico o enfermera, en general, sin que haya un motivo urgente de consulta, y que, por tanto, priorizan la longitudinalidad. Por otra parte existe un volumen importante de población que utiliza los servicios sólo ocasionalmente y que requiere inmediatez y un horario amplio, por encima de qué profesional va a aten-

derle; es decir, priorizan la accesibilidad. Los servicios de atención primaria deben organizarse de forma que puedan dar respuesta a estos dos tipos de demanda (Murray, 2003).

En otro orden de cosas, es preciso revisar los contenidos de las consultas, eliminar todo lo que no aporta un valor añadido, “liberar” a los pacientes “cronificados” y revisar el papel de los diferentes profesionales, de modo que cada cual asuma niveles más altos de competencia en su actividad diaria (Casajuana, 2005a). Por ejemplo, sería conveniente que las actividades administrativas (partes de confirmación, recetas de crónicos) se realizaran fuera de las consultas; que las actividades autogeneradas, básicamente controles de crónicos (incluyendo el niño “crónicamente sano”) se compartieran con otros profesionales (enfermería, oficina de farmacia...), modernizándose con el uso –como mínimo– del teléfono; que las actividades asistenciales en relación con las enfermedades agudas también pudieran compartirse con la enfermería². De este modo se liberaría una buena parte del tiempo de consulta, que serviría para poder dar respuesta a todo aquello que corresponde a la atención primaria y que está, a menudo, abandonado en manos de los especialistas, como, por ejemplo, la insuficiencia cardiaca, la fibrilación auricular, la osteoporosis, el manejo de anticoagulantes orales o la hiperplasia benigna de próstata.

Las actuaciones de los profesionales deben ir dirigidas a incrementar la autonomía del individuo, no su dependencia; a ajustar las expectativas de omnipotencia de los facultativos a la realidad de la incertidumbre, de los riesgos y de la iatrogenia (los efectos indeseados de la actividad médica). Y la población diana de este “ajuste de expectativas” no debe circunscribirse a los ciudadanos, sino también incluir a los propios profesionales, que parecen haber olvidado las bondades del “esperar y ver” que preconizaba Hipócrates con su “primum non nocere” [en primer lugar, no perjudicar] (Casajuana, 2005b).

En resumen, los servicios de atención primaria no se han ajustado a la evolución de la sociedad,

² Se han documentado abundantes experiencias que muestran que la enfermería obtiene unos altos índices de resolución en estas patologías, con mayor satisfacción de los pacientes (Horrocks *et al.*, 2002). En el Reino Unido hay centros de urgencias atendidos exclusivamente por personal de enfermería (Salisbury y Munro, 2003). También en Cataluña se han desarrollado iniciativas de asistencia compartida, entre médicos y enfermeros, a enfermos agudos.

a la diversificación del perfil de las demandas; es más, algunos de los cambios realizados han actuado justamente en sentido contrario. Los equipos de atención primaria deben disponer de una autonomía de gestión que les permita poder definir su propia estructura y organización, repercutiendo en ellos el resultado (positivo o negativo) de su gestión. Este es un paso fundamental para que la organización tienda a adaptarse a las necesidades y demandas de los ciudadanos. Estos, a su vez, deben adquirir conciencia de las limitaciones tanto de la ciencia médica como de los recursos disponibles.

Esta autonomía de gestión puede llegar hasta la personalidad jurídica propia (en forma de entidades de base asociativa [EBA], esto es, empresas privadas en propiedad de los profesionales que atienden un área de atención primaria), efectuando, eso sí, una mayor profilaxis de los cortocircuitos que el incentivo de lucro puede introducir³ y un seguimiento de su impacto en resultados –efectos secundarios incluidos–, satisfacción y beneficio en salud cuando sea posible.

Entre monopolios cabe la competencia por comparación

El monopolio constituye un caso específico de economías de escala, ya que pueden producirse los servicios requeridos por un mercado geográficamente establecido a menor coste y mayor calidad cuando hay un solo proveedor en lugar de dos o más. Pero los monopolios resultan perjudiciales para el bienestar social; de ahí que la política deba evitar su aparición o, como mínimo, su inamovilidad temporal. La política de una empresa, en cambio, se dirige a conseguir tanto “poder de mercado” como pueda, a parecerse lo más posible a un monopolio.

La aplicación de estos criterios a los países desarrollados nos muestra cómo –excepto en las zonas de alta densidad demográfica– los proveedores sanitarios bien son monopolio, bien radican en ámbitos/mercados muy concentrados (con pocos proveedores). Ello explica que se hayan propuesto diversas formas atenuadas de competencia. Y aquí conviene recordar un resultado derivado de la comparación de diversas formas organizativas en sanidad y en otros sectores (privadas, con y sin finalidad lucrativa, y públicas): el grado de competencia

³ Petición desatendida cuando Ortún y Gervas (1996) la formularon con anterioridad a la primera regulación de las EBAs.

en el mercado de servicios afecta más al comportamiento de una organización que la naturaleza, pública o privada, lucrativa o no, de su propiedad. Con otras palabras, la bondad y capacidad innovadora de cualquier organización depende más de los estímulos que reciba –o de los obstáculos que deba superar– que de quiénes ostenten su propiedad (Callejón y Ortún, 2002).

Por muy monopolio que sea una organización sanitaria, nunca lo será más que la Agencia Tributaria, y nada impide a esta última comparar la eficiencia recaudatoria de sus inspectores ajustando por sus respectivas bases impositivas. Alguien que se sabe comparado (por supuesto, siempre tomando en consideración las variables que él no controla) estará más cercano al grado de competencia socialmente saludable que el inimpugnabile vitalicio.

4. LOS INCENTIVOS INDIVIDUALES, TERCER NIVEL DE INCENTIVOS

Se conocen y están evaluados los distintos instrumentos que mejoran la actuación profesional, destacando entre ellos las denominadas “intervenciones multi-componente”, es decir, las que tienen en cuenta la educación, las auditorías clínicas, la informatización, la gestión de la calidad, los estímulos financieros, etcétera.

A la hora de analizar los incentivos financieros sobre el desempeño profesional, tanto los experimentos naturales (por ejemplo, Japón) como la “literatura de toda la vida” (Bernard Shaw, Jules Romains, Mark Twain) resultan más útiles que la “Colaboración Cochrane” (de acuerdo con la cual las formas de pago no son neutras) para disponer de pruebas razonables sobre la potencia –no lineal y a menudo excesivamente valorada– de este tipo de incentivos⁴. Salario, capitación y acto son las tres peores formas de compensación conocidas; como se indicará a continuación, cada una de ellas tiene sus indicaciones e inconvenientes, por lo que suele resultar útil combinarlas en sistemas mixtos.

⁴ La Colaboración Cochrane es una iniciativa cuyo fin consiste en mejorar la adopción de decisiones en materia sanitaria a través de la revisión sistemática de los efectos de las intervenciones sanitarias. Estas bases de datos basadas en la evidencia forman parte de la Biblioteca Cochrane (www.cochrane.org/index.htm).

Se obtiene aquello por lo que se paga: del pagar por “ser” al pagar por resultado, pasando por el pagar por “hacer”

What gets measured gets managed [lo que se mide, se consigue]. ¿Y qué medimos en nuestros sistemas sanitarios? En primer lugar, aquello que se presupuesta o compra; en el mejor de los supuestos, medimos actividad, que también puede denominarse “producto intermedio” si quiere resaltarse el carácter instrumental de los servicios sanitarios como otro factor más de la producción de salud. Cuando falta todavía mucho para llegar a medidas satisfactorias de actividad, curiosamente sabemos que ese no es el destino. En una sociedad de enfermos crónicos (diabéticos, EPOC [afectados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica], insuficientes cardíacos...), un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad, sino todo lo contrario: cuanto más (comas, ingresos no programados, etc.), peor.

¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud. Pensemos, pues, en pagar por él. De acuerdo, muchas son las variables que influyen en el estado de salud y resulta muy difícil establecer el porcentaje atribuible a la intervención sanitaria. Remontémonos un poco en el tiempo, hasta antes de nacer; si supiéramos que seremos diabéticos o que tendremos un cáncer digestivo, ¿en qué país del mundo nos gustaría vivir? Evidentemente, en el país que mejor controlara la diabetes –medible a través de la hemoglobina glicosilada– o en el que se registrara mayor supervivencia tras cáncer –aproximable, por ejemplo, por el porcentaje de cánceres digestivos diagnosticados en las urgencias hospitalarias–. Por tanto, algo puede ya decirse sobre los resultados que realmente importan a los ciudadanos.

Muchos de los contratos con los profesionales sanitarios han sido diseñados para influir sobre los incentivos e inducir de este modo determinados niveles de esfuerzo, así como un comportamiento adecuado en el trabajo. Los diferentes sistemas retributivos tienen ventajas e inconvenientes: así, los pagos “por capitación” (la unidad de pago es la persona inscrita bajo la responsabilidad sanitaria de un proveedor) incentivan al médico a reducir costes, pero también a evitar tratar a aquellos pacientes que sean muy costosos y a reducir la calidad de los servicios prestados; los pagos “por acto” pueden resolver los problemas de “escaqueo”, pero, a cambio, conducir a una prestación de servicios excesiva; por último, los salarios no incentivan ni una

prestación de servicios en exceso ni tampoco la selección de riesgos, pero precisamente por no estar vinculados con los resultados pueden generar que los médicos pongan poco esfuerzo en su trabajo⁵. En general, existe un consenso bastante generalizado entre los expertos de que, si se quieren equilibrar óptimamente los objetivos de reducción de costes y garantizar unos estándares de calidad, es necesario combinar pagos puramente prospectivos con un reembolso parcial de los costes; en definitiva, debe emplearse un sistema de pagos mixto (Newhouse, 1996).

El pago por desempeño o calidad (la actual moda del *pay per performance*, P4P)

La dificultad estriba en que, pese a que conviene reivindicar tanto una política como una gestión sanitarias basadas en pruebas, los hermanos Wright nunca hubieran volado basándose en las pruebas. La innovación institucional y organizativa, especialmente cuando no cuenta con la sanción de la competencia de mercado, debe proceder por ensayo y error, guiada a lo sumo por principios y apriorismos teóricos, así como por comparaciones internacionales. Esto último es válido tanto para orientar un sistema hacia la asistencia primaria como para variar incentivos.

El pago por calidad en sanidad se remonta, como mínimo, al 1600 a.C. y ha conocido muchas encarnaciones a lo largo de estos últimos milenios. Su última resurrección se produce cuando se liberan los secretos militares de la Segunda Guerra Mundial y tanto la dirección por objetivos como el pago por resultados se generalizan en la industria o el ejército. Cabe recordar que ya el Código de Hammurabi (creado en el siglo XVII a.C.) establecía el pago según resultados en las intervenciones. Por ejemplo, por una intervención ocular exitosa se cobraban diez monedas de plata a las capas altas, cinco a las capas medias y dos a los esclavos; en caso de fracaso, el cirujano podía perder la mano (Spiegel *et al.*, 1997). Se observa, por tanto, que la valoración de la vida ganada dependía de la persona afectada –tanto tienes tanto vales– y cabe sos-

⁵ Los salarios pueden corregirse mediante mecanismos como la *resource-value scale*, incorporando la carrera profesional, la forma de promoción horizontal más adecuada en entornos profesionales y que requiere una mezcla de evaluación objetiva y subjetiva, así como una distinción entre atributos del profesional y atributos del puesto desempeñado.

pechar que los cirujanos babilónicos tendrían la misma habilidad para seleccionar pacientes que la mostrada por los médicos generales ingleses a la hora de influir en los denominadores de pacientes elegibles de cara a conseguir el 97 por cien de todos los puntos posibles en el esquema de pago por calidad durante el primer año de implantación de este último, 2004-2005⁶.

En este contexto, cabe también evocar el caso de McNamara, quien, tras aplicar con gran éxito durante su época en la empresa automovilística Ford el pago por resultados, fue nombrado Ministro de Defensa en 1962. Antes de cesar en 1968 por discrepancias con el entonces presidente Johnson en relación a la escalada en Vietnam, tuvo ocasión de trasladar al ejército algunas de las innovaciones que habían funcionado en Ford. Fracasó particularmente en el pago por resultados, pues el éxito de las misiones se medía a través del recuento de cadáveres (supuestamente de vietcongs). Y cuando se paga por cadáveres, se tienen cadáveres, aunque sean de civiles indefensos.

En una enfermedad cardiovascular de origen metabólico, como la diabetes, la calidad de un sistema sanitario no se mide por “ser” (equipos sofisticados) ni por “hacer” (visitas, ingresos), sino por la evitación de las complicaciones macro y microvasculares de la diabetes. De ahí que un parámetro como el de la hemoglobina glicosada, indicativo del grado de control de la enfermedad, constituya una buena aproximación al resultado/calidad de la atención, muy en la línea de Hammurabi y sin los estragos que la conocida potencia de los incentivos causó en Vietnam por una mala definición del resultado a conseguir.

Se han publicado pocos ensayos clínicos aleatorios sobre los beneficios del “pay per performance” (P4P). Según Peiró (2008), ninguno arroja resultados aplicables, ni siquiera en Estados Unidos, ya que todos los trabajos se refieren a un único indicador o a un sólo aspecto de la atención. Una revisión de Petersen (2006) refiere 17 trabajos, no necesariamente ensayos clínicos aleatorios. Sus conclusiones son muy variadas: mejoras en la documentación, selección adversa, mejoras más significativas en quienes estaban peor (sin llegar a los niveles de bienestar de otros), etcétera. En conjunto, la evidencia es inconsistente y poco genera-

⁶ Según Doran *et al.* (2006), cada médico consiguió, en promedio, 40.000 dólares adicionales tras lograr cubrir el 97 por cien de los 146 criterios establecidos como indicadores de desempeño de alta calidad.

lizable. El problema de todos estos trabajos reside en que el investigador no elige casualmente una modalidad de P4P (ni una medida de desempeño asociada), sino que ha seleccionado aquellas intervenciones que estimaba mejores en un contexto concreto. Y esto limita enormemente la capacidad de generalizar los resultados.

5. SUGERENCIAS PARA CONSTRUIR CONSENSOS

Mejorar la sanidad pasa por alcanzar una serie de consensos sobre los mejores modos de incentivar a los facultativos. En este artículo se han planteado algunas reflexiones y algunas propuestas en torno a esta cuestión. Es importante subrayar que la discusión de las retribuciones no debe hacerse sin abordar al mismo tiempo la cantidad y la calidad del desempeño profesional. Por otra parte, no puede cambiarse todo al mismo tiempo. Hay que abrir brechas sobre frentes clave, acotados y que puedan extenderse por un proceso de innovación-difusión. Parece claro que los frentes sanitarios con mayores espacios de mejora se encuentran en las enfermedades crónicas y en la atención primaria de salud.

Debe asimismo quedar claro que las prácticas gestoras no pueden destruir realidades fructíferas que se producen por la presencia de "reciprocadores altruistas", por el interés que entre los médicos suscita el trabajo bien hecho y por su búsqueda de aprobación social; que la retribución no consiste únicamente en dinero ni es tan sólo individual, ni debe plantearse únicamente a corto plazo; que, en tanto las medidas de calidad no puedan ser aplicadas al "producto final" (el estado de salud), conviene aplicarlas al "producto intermedio" (actividad) ajustando por aquellas variables que el evaluado no controla. Es preciso tanto evitar la parálisis que pueden provocar los análisis, siempre parciales e inconclusos, como la tendencia a contraer compromisos imprudentes.

Mejores resultados cabe también seguramente conseguir utilizando la negociación individual de las condiciones de trabajo para abordar los déficits (geográficos, por especialidades, por franjas horarias, por funciones...), flexibilizando las condiciones de trabajo (en particular, los horarios) y fomentando las dedicaciones parciales (aspecto importantísimo para una profesión feminizada). El sistema de incentivos para los médicos debe asi-

mismo incorporar una adecuada consideración de los diferentes elementos de composición de las carreras profesionales (asistencia, docencia, investigación y gestión según puestos desempeñados).

En particular, respecto a la atención primaria, parece conveniente descargar a los médicos de algunas de sus funciones actuales (tareas administrativas, auto-generadas y asistenciales sobre agudos transferibles), insistiendo en la mayor autonomía de gestión, con responsabilidad y compensación. Esta autonomía podría alcanzar incluso forma jurídica independiente, con el incentivo del lucro atado corto. La remuneración en la prestación de servicios de atención primaria debería diseñarse teniendo la capitación como base, a la que podría añadirse un complemento salarial y ocasionalmente pagando por acto; en todo caso, debería contemplar remuneraciones sustancialmente más elevadas para quienes asuman funciones directivas (bajo el supuesto razonable de que las mejoras provienen de líderes clínicos). En cambio, la remuneración de los servicios prestados en atención especializada debería tener como eje una base salarial y ser sensible a la calidad y al grado de articulación con otros niveles asistenciales.

Por último, aunque en este artículo se han tratado fundamentalmente los incentivos a médicos, conviene no dejar de lado los incentivos a los usuarios. La accesibilidad desbocada al sistema sanitario puede convertirse en un problema. Es preciso atajar el deterioro de la calidad de los servicios sanitarios que se produce como consecuencia de la trivialización de las consultas y que desvirtúa el ejercicio profesional. Para contener este desarrollo pueden resultar de interés la creación de filtros técnicos de acceso (igual que existe un médico de puertas en urgencias, puede haber un filtro de enfermería en atención primaria), la introducción de copagos evitables (aquellos por encima de los precios de referencia), la definición clara de la cartera de servicios (lo cual ayudaría al sector privado a definirse como complementario, substitutivo o suplementario, y al sector público a evitar automatismos poco serios), y el fomento de la estandarización de instrumentos de ayuda a la decisión compartida médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, A.; ILLA, C.; SAIS, C. y M. CASAS (2007), "Evaluación de la eficiencia y calidad científico-técnica de los hospitales en España según su modelo de gestión", *Gaceta Sanitaria*, 21 (1): 11.

CALLEJÓN, M. y V. ORTÚN (2002), "Empresa privada en Sanidad: Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias", en LÓPEZ, G. (ed.), *El interfaz público-privado en Sanidad*, Barcelona, Masson: 103-121.

CAMERER, C. y E. FEHR (2006), "When does «economic man» dominate social behavior?", *Science*, 311: 47-52.

CASADESÚS, R. y D. SPULBER (2007), *Agency revisited*, Madrid, Fundación BBVA (Documentos de trabajo # 3).

CASAJUANA, J. (2005a), "En búsqueda de la eficiencia: Dejar de hacer para poder hacer", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12: 579-581.

– (2005b), "Los médicos son superfluos", *Actualización en Medicina de Familia*, 1: 176-178.

CERVERA, P.; RUIZ, V.; PEIRÓ, S. y V. GOSALBES (2004), "La promoción farmacéutica, entre la confusión y la tergiversación. A propósito de la promoción de la doxazosina en el tratamiento combinado de la hipertensión", *Farmacía de Atención Primaria*, 2 (2): 40-46.

DORAN, T. et al. (2006), "Pay for performance in family practices in the United Kingdom", *New England Journal of Medicine*, 355: 375-384.

FEHR, E. y S. GÄCHTER (2002), "Altruistic punishment in humans", *Nature*, 415: 137-140.

FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN (2002), *Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis*, Barcelona.

GÉRVAS, J. y M. PÉREZ-FERNÁNDEZ (2006), "El auge de las enfermedades imaginarias", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 13: 109-111.

GÉRVAS, J.; ORTÚN, V.; PALOMO, L. y M. A. RIPOLL (2007), "Incentivos en atención primaria: De la contención del gasto a la salud de la población", *Revista Española de Salud Pública*, 81 (6): 589-596.

HORROCKS, S.; ANDERSON, E. y C. SALISBURY (2003), "Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors", *British Medical Journal*, 326: 84-89 (comentado en *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5 [1]: 8).

NEWHOUSE, J. (1996), "Reimbursing health plans and health providers: Selection versus efficiency in production", *Journal of Economic Literature*, 34: 1236-1263.

ORTÚN, V. y J. GÉRVAS (1996), "Las asociaciones de profesionales en medicina general", *Atención Primaria*, 17 (4): 300-302.

ORTÚN, V.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y P. BARBER (2008), "Determinantes y manejo de las retribuciones médicas", *Medicina Clínica* (en prensa).

PEIRÓ, S. (2008), "Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos", *Gaceta Sanitaria*, 22 (1): 144-156.

PÉREZ CAMARERO, S. (2006), "Relaciones laborales en la sanidad. ¿Cuál es el papel de los sindicatos en el sector de la salud?", en HIDALGO, A. (ed.), *Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora*, Barcelona, Elsevier-Masson: 77-88.

PETERSEN, L. A. et al. (2006), "Does Pay-for-Performance improve the quality of health care?", *Annals of Internal Medicine*, 145: 265-272.

PUIG-JUNOY, J. (2004), "La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado)", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 6 (4): 133-140 (www.iiss.es/gcs/).

SALISBURY, C. y J. MUNRO (2003), "Walk-in centres in primary care: a review of the international literature", *British Journal of General Practice*, 53: 53-59.

SEN, A. (2002), "Health: perception versus observation", *British Medical Journal*, 324: 860-861.

SPIEGEL, A. y C. SPRINGER (1997), "Babylonian medicine, managed care and Codex Hammurabi circa 1700", *Journal of Community Health*, 22 (1): 69-89.

Visión clínica del valor sanitario, económico y social de los medicamentos

BELÉN RUIZ ANTORÁN, ARANTXA SANCHO, LOURDES CABRERA E ISABEL SALCEDO*

RESUMEN

Dos tendencias en cierto modo contradictorias se observan en el ámbito de la regulación de los medicamentos en España. Mientras, por una parte, los discursos de los reguladores y las autoridades sanitarias apelan a la importancia del uso racional de los medicamentos, por otra parte, aumenta a ojos vista lo que se ha dado en llamar el "arsenal terapéutico" con el que cuentan los profesionales sanitarios, al tiempo que estos últimos pierden el control sobre la utilización de los medicamentos. En este artículo se exponen algunas de las claves para entender esta compleja situación.

Ciencia sin seso, locura doble...
Baltasar Gracián (1601-1658)

1. MEDICAMENTOS ESENCIALES Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

En 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. Los medicamentos esenciales son aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población; por consiguiente, deben hallarse disponibles en todo momento en las cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas que

* Belén Ruiz Antorán, Arantxa Sancho y Lourdes Cabrera son farmacólogas clínicas del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid); Isabel Salcedo es coordinadora de la Unidad de investigación del mismo Servicio (bruiz.hpth@salud.madrid.org).

se requieran y a un precio asequible para las personas y la comunidad¹.

No obstante, la situación en nuestro entorno dista mucho de este escueto escenario, ya que actualmente disponemos de un amplio arsenal de medicamentos con el que poner en práctica el "arte de la terapéutica", en contraposición a lo que desafortunadamente sucede en otras regiones del mundo. Baste recordar aquí que alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales.

Actualmente existen en España alrededor de 16.205 formatos comerciales de medicamentos, un 26,5 por cien más que en 1997. Solo durante 2007 se registraron en nuestro país 573 medicamentos, con un total de 1.399 presentaciones comerciales o formatos. El dato consolida la tendencia, iniciada en 1998, hacia un notable incremento de medicamentos y un fuerte aumento de presentaciones en las que éstos se comercializan.

España dispone de un sistema sanitario equitativo y cohesionado, con una cobertura universal y una financiación pública en su gran mayoría, lo que ha permitido que se haya alcanzado un elevado nivel de salud en la población. A este hecho ha contribuido, sin duda de manera importante, la síntesis, el desarrollo y la comercialización de nuevos medicamentos, al incrementar la expectativa de vida de la población con importantes mejoras en su calidad de vida. Parece evidente que todo el mundo debe de tener acceso, prácticamente inmediato, a los últimos

¹ Así los definió el Comité de Expertos en Medicamentos Esenciales de la OMS en noviembre de 1999. Véase WHO (2002b).

avances de la medicina. El alto consumo de prescripciones que ello genera obliga a la reflexión sobre la mejor manera de distribuir unos recursos sanitarios que, aunque generosos, siempre resultan escasos.

Como punto de partida de esta reflexión es preciso considerar la necesidad de hacer un uso racional de los medicamentos, definido como aquel conforme al cual los pacientes reciben la medicación apropiada para sus necesidades clínicas, a dosis que se ajustan a sus requerimientos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste para ellos y la comunidad (WHO, 2002a). El uso racional del medicamento contribuye significativamente al bienestar del individuo y, por ende, al de la sociedad. De ahí que se haya convertido en la base de las políticas sanitarias de los diferentes países como una estrategia de primer orden.

Para intensificar el uso racional de los medicamentos, la legislación actual en materia de medicamentos marca estrategias orientadas a ofrecer información y formación de calidad, periódica e independiente a los profesionales sanitarios, a reforzar la exigencia de la receta médica como documento imprescindible para la seguridad del paciente, así como a modificar los prospectos de los medicamentos para hacerlos inteligibles a los ciudadanos, ayudando a la consecución de la necesaria adherencia al tratamiento con el fin de alcanzar el éxito terapéutico.

Sin embargo, y a pesar de las medidas adoptadas, el uso ineficiente de los medicamentos, en su sentido más amplio, parece un problema generalizado. ¿Dónde radica el problema? Quizá ya, como han apuntado diferentes autores, en la propia interpretación de la expresión "uso racional de los medicamentos"². La interpretación del término "racional" depende del punto de vista de cada uno y puede abarcar desde el uso del medicamento más novedoso ó teóricamente más potente, hasta el uso del medicamento de menor coste y más sometido a meta-análisis³. Otra interpretación (no inusual) del adjetivo "racional" en este contexto es la del uso del medicamento de tal

² Opiniones recogidas en Fundació Víctor Grífols i Lucas (2003).

³ El meta-análisis (*meta*, en griego, "después de", y *análisis*, "descripción, interpretación") consiste en el análisis estadístico que combina o integra los resultados de varios ensayos clínicos independientes. Se trata de una revisión sistemática en la cual se combinan los resultados de varios estudios que examinan la misma pregunta.

forma que permita cumplir un presupuesto anual prefijado de antemano.

Independientemente del origen del problema, es clara la necesidad de gestionar los recursos existentes de una forma cada vez más eficaz y eficiente. En esta gestión deben estar implicados todos los agentes involucrados en su manejo (industria farmacéutica, profesionales sanitarios, administraciones públicas y los propios ciudadanos) con el objetivo último de promover el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades de la comunidad. La implicación e interrelación de todos los actores involucrados en el manejo de los medicamentos resulta en ocasiones complicada debido a los diferentes intereses (lícitos) de cada uno de ellos, e incluso a la falta de participación de algunos de los colectivos mencionados, pese a su interés objetivo en ello. Así, por ejemplo, desafortunadamente, y a pesar de las iniciativas ideadas y desarrolladas en este sentido, a día de hoy la participación del personal sanitario involucrado directamente en la prescripción de fármacos en lo referente a la gestión de los recursos se halla muy lejos de lo que sería deseable y necesario para una buena consecución del objetivo último del uso racional de los medicamentos.

2. DEL VALOR SANITARIO DEL MEDICAMENTO

Cuando un medicamento es aprobado para su comercialización, es que ha demostrado un nivel de calidad, seguridad y eficacia similar o mayor que otras alternativas terapéuticas presentes en el mercado. Estos datos de eficacia, seguridad y calidad se refieren a los beneficios terapéuticos de un medicamento en las condiciones ideales del ensayo clínico controlado (selección estricta de pacientes, seguimiento exhaustivo de los mismos, etc.), pero no dicen nada en relación a otros posibles efectos beneficiosos del nuevo medicamento en la práctica médica diaria, o sea, la efectividad clínica, o sus posibles ventajas en eficiencia (esto es, en la relación coste/efectividad) (Soto Álvarez, 2005).

Tales datos de efectividad clínica y de eficiencia se engloban en el valor terapéutico añadido del medicamento autorizado. La aprobación de fármacos, tal y como se realiza en la actualidad, no tiene ni debe tener en cuenta este criterio terapéutico innovador ni el valor terapéutico que añade al

arsenal de medicamentos ya existente, criterio que sí se tiene en cuenta a la hora de fijar los precios y determinar la financiación por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS). Para poder llevar a cabo una evaluación de este interés terapéutico es necesario definir con criterios objetivos, explícitos y relevantes cuándo se va a considerar que un valor terapéutico añadido es elevado e importante en comparación con opciones ya existentes en el mercado. Resulta evidentemente muy difícil fijar unos criterios que determinen qué es un medicamento innovador, dado que, además de la eficacia, calidad y seguridad que se les presupone a los fármacos a la hora de su aprobación, también se debe atender al interés terapéutico que aporte.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo cuenta con una Unidad de Utilidad Terapéutica, adscrita a la Subdirección General de Calidad de Medicamentos. Dicha Unidad elabora una ficha con datos farmacoterapéuticos y económicos para situar la especialidad farmacéutica que se está estudiando en el contexto del mercado y valorar su interés para el sistema. Así, se analizan la documentación y la evidencia científica disponibles, las alternativas terapéuticas, el lugar en la terapia, estableciendo una calificación para el fármaco. Adicionalmente, el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el SNS de 2004 contempla la creación de un Comité de Evaluación de la Utilidad Terapéutica de los nuevos medicamentos en el seno de la Agencia Española del Medicamento y los Productos Sanitarios, que actúa a propuesta de la Dirección General de Farmacia, y con la colaboración de expertos externos. Esta es una iniciativa que merece ser aplaudida, puesto que va a contar con la participación de expertos clínicos que, sin duda, aportarán una visión más práctica del manejo del medicamento basada en necesidades reales.

Por lo que se refiere a los nuevos principios activos comercializados en 2007 en nuestro país, la cifra se ha elevado a un total de 32 para 573 medicamentos. De estos 32, el número de principios activos calificados como innovadores fue de 28, frente a cuatro no innovadores. No obstante, y aun cuando esta proporción parece adecuada, es frecuente encontrar en la literatura críticas en relación al escaso aporte terapéutico de los nuevos fármacos incorporados en los últimos años a nuestro arsenal terapéutico⁴.

⁴ Véase el análisis sobre gasto en medicamentos e innovación terapéutica publicado por el Institut Català de Farmacologia (2004).

Independientemente de las decisiones administrativas en cuanto a la utilidad terapéutica de los medicamentos, desde el punto de vista clínico contamos con herramientas válidas e independientes que permiten incorporar el valor terapéutico añadido de los nuevos medicamentos y establecer un uso coherente y racional. Nos referimos, entre otras, a las guías terapéuticas y los boletines terapéuticos, que adquieren un indiscutible valor si son verdaderamente independientes de los laboratorios y de la administración sanitaria, si abordan temas de actualidad y si se dirigen más a los problemas clínicos que a la mera descripción de medicamentos. Es decir, aparte de seleccionar medicamentos, es imprescindible seleccionar estrategias terapéuticas, con el objetivo de cubrir de una manera adecuada la respuesta variable de muchas enfermedades al tratamiento farmacológico y las modificaciones de tratamiento necesarias.

Una experiencia muy positiva en este sentido se ha dado en los hospitales a través de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica⁵. Además de seleccionar los medicamentos susceptibles de inclusión en las guías farmacoterapéuticas utilizando la mejor evidencia científica disponible, estas Comisiones han diseñado, con la colaboración de los médicos implicados en la utilización de los fármacos, protocolos terapéuticos consensuados, lo que garantiza una adherencia a los mismos, puesto que el prescriptor participa de las decisiones que se aprueban.

Otro aspecto en el que, sin duda, pueden y deben participar los médicos como prescriptores para conocer y evaluar el valor terapéutico añadido de los medicamentos se centra en la realización y promoción de estudios observacionales⁶. Tales estudios resultan imprescindibles para la obtención de una información que no aportan los ensayos clínicos controlados que se realizan durante el desarrollo clínico de los medicamentos. Uno de los objetivos de este tipo de estudios post-autorización (de los medicamentos) consiste precisamente en la determinación de la efectividad de los fármacos, es decir, de sus efectos beneficiosos en las condiciones de la práctica clínica habitual.

En el ámbito sanitario existe la clara conciencia de que, a pesar de la claridad de los objetivos declarados, en algunas ocasiones los fines de estos estudios son primordialmente promocionales,

⁵ Véanse Arnau (1985) y Rodríguez *et al.* (1993).

⁶ Véanse, por ejemplo, Sádaba (2003), Black (1996), Laporte, Porta y Capellà (1983) y Ruiz-Antorán y Cabrera (2004).

justificando en cierto modo la denominación de “estudios de inducción a la prescripción” o “estudios publicitarios”. Por ello, las autoridades sanitarias competentes han tratado de limitar la realización de este tipo de estudios “promocionales”, aplicando medidas administrativas de carácter disuasorio para quienes pretendan realizarlos. Lamentablemente, estas medidas disuasorias han redundado en un aumento de la regulación burocrática y de las cargas administrativas que tienen que soportar los estudios observacionales “reales”. Habida cuenta de que en la mayoría de los casos la información adicional que aportan este tipo de estudios es extremadamente útil en los medicamentos recién llegados al arsenal terapéutico disponible, resulta al menos paradójico que exista la posibilidad de desautorizar la recogida de esta información adicional que proporcionan los estudios post-autorización observacionales, limitando así la obtención de información válida.

El desánimo es latente, ya que, desde el punto de vista del investigador, la realización de estos estudios sólo tiene el interés de responder a las inquietudes que se generan en la práctica de la asistencia clínica diaria. En contrapartida, además de la carga de trabajo adicional que suponen, los investigadores se encuentran con la carga burocrática-administrativa impuesta si intentan ellos mismos promover motu proprio semejantes estudios. Los investigadores tienen, pues, pocas posibilidades de plantear estudios serios, toda vez que carecen de los medios administrativos y económicos necesarios para asumir los requerimientos normativos. Para aliviar estas dificultades se han creado las ayudas del Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud para la realización de proyectos de investigación clínica de carácter no comercial con medicamentos de uso humano, que desde hace un año se convocan en el marco de Plan Nacional de I+D+I 2004-2007. Sin duda, ayudas como estas suponen un incentivo para el desarrollo de investigaciones de este tipo.

3. DEL VALOR ECONÓMICO (O DEL COSTE) DEL MEDICAMENTO

El gasto farmacéutico casi se ha duplicado en la última década. En 2007 creció un 5,22 por cien frente al gasto del año anterior. En total se han gastado más de once mil millones de euros (11.191.254.834); por cada receta, una media de

13,27 euros. Por comunidades autónomas, Cataluña (2,64 por cien), Galicia (4,16 por cien) y País Vasco (4,22 por cien) son las que han registrado un crecimiento menor del gasto farmacéutico, mientras que Murcia (8,19 por cien), Madrid (6,83 por cien) y la Comunidad Valenciana (6,73 por cien) engrosan el grupo de las que han experimentado mayores incrementos.

No obstante, y a pesar de lo desorbitado de las cifras, el gasto generado a través de la receta médica se ha mantenido estable a lo largo de los últimos años, en contraste con lo que está ocurriendo con el gasto farmacéutico generado en el medio hospitalario, que no ha dejado de crecer en el mismo período. Por poner un ejemplo concreto, sólo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid (que cubre una población de aproximadamente 550.000 personas) el gasto en el último año se situó en torno a los 29 millones de euros. Merece un análisis especial el hecho de que solo el 28 por cien de este gasto correspondió a costes generados por tratamientos de pacientes ingresados, el resto (72 por cien) ha correspondido a los costes generados por pacientes ambulatorios y externos, es decir, pacientes que acuden al hospital a recoger su medicación. Hablamos de un grupo de fármacos denominados “de uso hospitalario”, los cuales requieren la atención del equipo multidisciplinar de atención a la salud y sólo se dispensan en los servicios de farmacia de estos hospitales⁷. La decisión de que un fármaco sea calificado como “de uso hospitalario” depende de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (Ministerio de Sanidad y Consumo). Quienes efectúan las funciones de prescriptores en los hospitales desconocen a menudo en virtud de qué criterios se establece la calificación “de uso hospitalario”, sin poder intervenir en el proceso decisorio y habiendo de asumir esta decisión impuesta.

Desde las administraciones públicas, tanto la nacional como las autonómicas, y con el fin de intentar controlar y mantener el gasto dentro de unos límites, se han puesto en marcha diversas medidas dirigidas, por una parte, a controlar la oferta de medicamentos disponibles (potenciación de genéricos, implantación de precios de referencia, elaboración de listas positivas y negativas, introducción de visados, negociación del precio y nivel

⁷ Se incluyen dentro de este grupo: antirretrovirales, factores de crecimiento hematopoyético, tratamiento de la esclerosis múltiple, tratamientos para la hepatitis B y C, algunos antineoplásicos y antibióticos de reciente comercialización.

de financiación de los nuevos medicamentos y de las nuevas indicaciones) y, por otra parte, a gestionar la demanda de medicamentos y fomentar su uso racional, tanto por parte de los facultativos como de los pacientes (elaboración de formularios y guías terapéuticas, implantación de sistemas de prescripción electrónicos, creación de programas formativos e informativos, etc.). Tales medidas están surtiendo efecto, sobre todo en el ámbito extra-hospitalario⁸.

Quizá, pensando en el incremento del gasto intrahospitalario, una buena medida que cabría implementar consistiría en potenciar y facilitar la realización de ensayos clínicos. Diferentes autores han demostrado que los ensayos clínicos generan ahorro para el SNS porque los promotores de los mismos, generalmente la industria farmacéutica, asumen todos los costes de la asistencia sanitaria y, por tanto, de los fármacos consumidos por los enfermos que participan en los estudios. A pesar de estas y otras muchas ventajas que supone la participación de los hospitales en ensayos clínicos y proyectos de investigación, aún encontramos muchas dificultades para su puesta en marcha; una vez más, problemas administrativos, de trámites y plazos, entre otros, menoscaban la competitividad con el resto de países europeos.

4. DEL VALOR SOCIAL DEL MEDICAMENTO

El médico es el profesional que, tras realizar el diagnóstico preciso, decide cuándo es necesaria la prescripción del medicamento adecuado para el tratamiento de su paciente. La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos elaboró un documento en relación a la libertad de prescripción, en el cual se hace hincapié en la necesaria independencia para atender a los pacientes, en concreto, para elaborar sus diagnósticos y prescribir sus tratamientos.

Ahora bien, la libertad de prescripción no debe eludir la consideración de los aspectos económicos de las decisiones médicas, ni sortear el deber deontológico de prescribir con responsabilidad y moderación a la hora de prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad. El médico no puede olvi-

⁸ Conclusiones del informe sobre la incidencia de las medidas adoptadas para la racionalización del gasto (AEVAL, 2007).

dar de dónde provienen los recursos con los que se pagan sus prescripciones. Está por ello particularmente obligado a prescribir con racionalidad y buen sentido económico.

La independencia profesional del médico es, sobre todo, un derecho de los enfermos. Así lo proclama la Declaración sobre los Derechos de los Pacientes: "El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico del que le consta que puede tomar sus decisiones clínicas y éticas libremente y sin interferencias externas". Sin embargo, en la medicina actual, libertad, responsabilidad y competencia se enfrentan a cuestiones científicas, sociales, económicas y éticas complejas. A esto hay que añadir el hecho de que el paciente se ha convertido en una parte activa del acto terapéutico, puesto que actualmente, gracias sobre todo a las diferentes fuentes de información existentes, recibe con frecuencia una información muy copiosa que favorece el aumento de las demandas al prescriptor. Lo cierto es que, a pesar de toda esta teoría deontológica, parece prevalecer una cultura de prescripción de nuevos fármacos impulsada, en gran medida, desde las redes comerciales de la industria farmacéutica (Puig-Junoy, 2001). No es más que un efecto, lógico y fácil de entender, de los intentos de la industria privada de promover fármacos con márgenes de rentabilidad más altos para las compañías farmacéuticas.

El panorama se complica todavía más al introducir en él las medidas puestas en marcha desde hace unos años por las administraciones de las diferentes comunidades autónomas en relación a una serie de indicadores de seguimiento de la prescripción o de "calidad" de prescripción, con los que se pretende determinar el correcto uso del medicamento. Estos indicadores representan una herramienta de medida de la actividad en materia de prescripción de fármacos y están integrados en los objetivos programados para cada hospital, ligando su cumplimiento a la productividad. Manejados de forma inteligente y comprensiva, los indicadores podrían ser un instrumento útil para la gestión de la calidad de la atención sanitaria, así como también para maximizar la efectividad, minimizar riesgos y gastos. El problema radica en que todos estos indicadores, que se elaboran a partir de la información que proveen los datos mecanizados e informatizados procedentes de las recetas médicas, son de difícil interpretación cuando no se dispone de otros datos adicionales acerca de la indicación, del esquema terapéutico seguido o de las características del paciente tratado. Sin estos últimos datos resulta muy difícil valorar la

calidad del uso de los medicamentos. Con todo, algunos de estos indicadores sí pueden resultar apropiados y útiles para establecer criterios de uso racional de determinados fármacos dentro de grupos terapéuticos específicos.

A la vista de todas estas variables, sólo puede parecer razonable que el médico asuma parte de responsabilidad en la gestión eficaz y eficiente de los recursos que utiliza, aunque, sin duda, son los políticos y gestores los que deberían arbitrar las medidas político-administrativas necesarias para adecuar el gasto farmacéutico al que el Estado está dispuesto a asumir en esta partida del gasto sanitario.

5. CONCLUSIONES

Es un hecho que la utilización de medicamentos tiene un gran impacto sanitario y económico sobre el Sistema Nacional de Salud. Resulta, por ello, evidente la necesidad de crear mecanismos conducentes a una utilización racional de los medicamentos, que permitan mejorar la efectividad y eficiencia de los fármacos y controlar, en la medida de lo posible, el gasto farmacéutico.

Importa mucho no confundir "uso racional" con "uso obediente" a las recomendaciones de determinadas autoridades, aunque estas últimas se funden, o pretendan fundarse, estrictamente en datos científicos. La toma de decisiones en la prescripción de medicamentos debería basarse en el conocimiento de la mejor información disponible sobre la efectividad, la seguridad y el coste de las diversas opciones terapéuticas. La prescripción racional se consigue cuando un profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en las dosis adecuadas, durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible.

Por mucho que en ocasiones se considere la terapéutica como "un arte que se mantiene en un inestable equilibrio entre la magia y la racionalidad... algunos, tanto desde la farmacología clínica como desde otros ámbitos, seguimos empeñados en aumentar la racionalidad de la terapéutica"⁹.

⁹ Extraído del texto de Xavier Carné en: Fundació Víctor Grífols i Lucas (2003: 25).

BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (AEVAL) (2007), *Programa Nacional de Reformas de España* (www.aeval.es/comun/pdf/PNR.pdf).

ARNAU, J. M. (1985), "Estudios de utilización de medicamentos y política de formularios hospitalarios y extrahospitalarios", *Revista de Farmacología Clínica y Experimental*, 2: 91-94.

BLACK, N. (1996), "Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care?", *British Medical Journal*, 312: 1215-1218.

COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS (1990), *Uso de medicamentos esenciales* (Informes Técnicos, número 796), Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS (2003), *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos* (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, número 8), Barcelona, Doyma.

INSTITUT CATALÀ DE FARMACOLOGIA (2004), "Gasto en medicamentos e innovación terapéutica", *Butlletí Groc* 17, 4 y 5.

LAPORTE, J. R.; PORTA, M. y D. CAPELLA (1983), "Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 16: 301-304.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2004), *Por un uso racional del medicamento. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español*, Madrid.

PUIG-JUNOY, J. (2001), "Por una política del medicamento integrada y de calidad", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 3 (1): 3-4.

RODRÍGUEZ, C.; ARNAU, J. M.; VIDAL, X. y J. R. LAPORTE (1993), "Therapeutic consultation: a necessary adjunct to independent drug information", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 35: 46-50.

RUIZ ANTORÁN, B. y L. CABRERA GARCÍA (2004), "Los estudios observacionales desde el punto de vista del investigador", *ICB Digital: Investigación clínica y bioética*, 23.

SÁDABA, B. (2003), "A propósito de los estudios con fármacos tras la comercialización: ¿obli-

gaciones o prohibiciones?", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (2): 187-193.

SOTO ÁLVAREZ, J. (2005), "Valor terapéutico añadido de los medicamentos: ¿qué es, cómo se evalúa y cuál debería ser su papel en política farmacéutica?", *Anales de Medicina Interna*, 22 (1): 39-42.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2002a), *Promoting rational use of medicines: core components*, Ginebra, WHO Policy Perspectives on Medicines.

– (2002b), *Model Formulary 2002*, Ginebra, WHO.

La investigación biomédica y su impacto sobre el sistema sanitario español

ENRIQUE DE ÁLAVA*

RESUMEN¹

España cuenta con un gran potencial para la investigación biomédica. En este artículo se analiza por qué la investigación y la innovación son relevantes para la medicina y para la sociedad, qué tipos de investigación existen y cuál es el estado actual del nivel de producción biomédica española y de su financiación. A esta exposición del estado de la cuestión siguen dos reflexiones: la primera sobre cómo fomentar la investigación en el ámbito clínico, y la segunda sobre cómo articular el sistema de investigación biomédica, perfilando también los principales rasgos del marco legal vigente. Las conclusiones resumen los principales retos de la investigación biomédica española, en particular, la todavía comparativamente escasa financiación, las rigideces y la falta de sistemas de incentivos que favorezcan el aumento necesario de los recursos humanos y la mejora de las infraestructuras para la transferencia de conocimientos y tecnologías.

básica o aplicada, "consiste en favorecer el interés del enfermo, en proporcionarle una vida más larga y mejor. Todos los demás objetivos deben estar subordinados al primario".

La innovación biomédica constituye un factor de impulso muy destacado en la estrategia de crecimiento económico de la Unión Europea (Commission of the European Communities, 2002). Esta estrategia apunta a la concentración de conocimiento, talento y empresas como motor del desarrollo regional. El desarrollo biomédico, con una de las mayores tasas de crecimiento mundial, requiere una articulación de la ciencia biomédica con las estructuras de apoyo a la investigación clínica (especialmente la translacional, como explicaré más adelante) y con la industria biomédica. Además, y esto es igualmente importante, se requiere crear la conciencia en la sociedad de que el sistema sanitario y la comunidad investigadora biomédica son potencialmente muy productivos, generadores de valor. Así, por ejemplo, el informe Wanless (2002) subraya cómo el avance en el conocimiento de la secuenciación del genoma humano y de los patrones de expresión de las alteraciones génicas invita a esperar cambios sustanciales en los modelos prevalentes de desarrollo de fármacos a partir del perfil genético del paciente, en la identificación de dianas terapéuticas, en el desarrollo de proteínas terapéuticas y la aplicación al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Es decir,

1. INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y MEDICINA

El objetivo primordial de la investigación es conseguir nuevos conocimientos. Sin embargo, la consecución de nuevos conocimientos tiene una repercusión en el bienestar de la población y en el sector productivo. Como escribe Rozman (2003), el objetivo primario de la investigación médica,

incluirá, de manera novedosa en España, a las Universidades y a los Organismos Públicos de Investigación (OPI). Este reordenamiento ministerial refleja claramente una acertada apuesta por acercar la investigación académica al sistema productivo español. Deseamos que también acierte en la coordinación con las comunidades autónomas para promover la investigación biomédica en el ámbito clínico.

* Director del Programa de Patología Molecular del Centro de Investigación del Cáncer (IBMCC) de la Universidad de Salamanca-CSIC. Subdirector del Banco Nacional de ADN (edealava@usal.es).

¹ La corrección de estas pruebas coincide con la creación del nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación, que

la biomedicina y la biotecnología poseen un enorme potencial de aporte a la cadena de valor de la innovación clínica.

Para poder dar respuesta a los requerimientos de la sociedad y de los organismos que financian la investigación, y también para poder responder adecuadamente a los gestores de los hospitales o de la administración sanitaria, que en ocasiones pueden primar la utilidad de mejorar indicadores asistenciales (por ejemplo, la reducción de las listas de espera) sobre la utilidad de la investigación biomédica, los investigadores y las instituciones que realizan este tipo de investigación deben desarrollar sistemas que permitan valorar los resultados finales de la investigación biomédica de forma correcta. En concreto, y sobre todo en el caso de los centros del Sistema Nacional de Salud (SNS), es importante valorar estos cuatro parámetros (Rodés y Trilla, 2003): a) generación del conocimiento, valorado mediante medidas bibliométricas; b) posibles beneficios futuros de la investigación: delimitación de nuevos objetivos; c) posibles beneficios para el sistema sanitario: reducción de costes, mejora en la prestación de servicios sanitarios, mejora en el proceso de toma de decisiones, mejora de la salud y mayor equidad, y d) beneficios económicos de más alcance, derivados de la explotación comercial y las patentes. Analizaré en otro apartado de este artículo cuál es el retorno que la investigación biomédica está dando actualmente a la sociedad.

Puede añadirse en este punto una reflexión sumaria sobre la innovación y las empresas. Integradas ya en la Europa de los 27, las empresas españolas se enfrentan ahora al fenómeno de la globalización y a la competencia de las economías "recientemente industrializadas". Para competir, ya no bastan ni la reducción de costes ni el aumento de la calidad conseguidos previamente; hace falta innovar. Una definición de innovación es "todo cambio basado en el conocimiento, que genera valor". El conocimiento en que se basan estos cambios puede venir de la experiencia diaria, pero también, preferentemente, de la investigación científica; en este último caso, mediante un aumento del valor de los servicios o productos suministrados por las empresas. Sin embargo, el peso que en nuestras exportaciones adquieren los productos de alta tecnología es muy pequeño y, como veremos más adelante, también lo es el número de patentes. Cuando se analizan las causas de esta situación (Mulet, 2008), se observa que el gasto dedicado a I+D+i es bajo (casi 12.000 millones de euros en 2006, lo que representa 1,20 por cien): una quinta parte del gasto alemán, y una tercera parte del

gasto francés. Si calculamos el gasto per cápita (Alemania y Francia tienen una población superior a la de España), nuestro gasto es el 40 por cien del alemán y el 50 por cien del francés. Ahora bien, como expondré en este artículo, este esfuerzo, aunque escaso y quizás insuficiente para impulsar claramente la innovación, se ha aprovechado de manera eficiente por los investigadores para aumentar el nivel de producción científica española.

En todo caso, estos recursos son todavía insuficientes para generar y transferir la tecnología que precisa el sector productivo. El problema de la innovación en España no es, sin embargo, un problema exclusivo de falta de recursos. Cuando se examinan los recursos y el personal dedicado a tareas de I+D+i, se observa que ambos están escorados hacia el sector público. En efecto, sólo el 45 por cien del gasto y un tercio del personal investigador corresponden al sector privado. No es, por tanto, una casualidad que el nuevo Plan Nacional de I+D+i 2008-2011 se plantee elevar la participación del sector privado hasta el 55 por cien (el objetivo europeo para 2010 es el 65 por cien, mientras que la ejecución privada en Estados Unidos alcanza el 70 por cien). Con todo, se aprecia un claro dinamismo tanto en las administraciones como en las empresas; este dinamismo tendrá que mantenerse para que el conocimiento científico y tecnológico influya de manera significativa en nuestra competitividad.

2. ETAPAS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Existen varias categorías o etapas en el proceso de la investigación biomédica. La primera es la investigación básica, que también recibe el nombre de investigación pura, teórica o fundamental. Se caracteriza porque parte de un marco teórico y permanece en él; su finalidad estriba en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos, pero sin contrastarlos necesariamente con ningún aspecto práctico.

Los ensayos clínicos constituyen el segundo grupo dentro de la investigación biomédica, caracterizados por la inclusión habitual de gran número de pacientes. Son experimentos cuidadosos y éticamente diseñados, en los que los sujetos participantes son asignados a las diferentes modalidades de intervención de manera simultánea y aleatoria, y son también supervisados simultáneamente.

Ahora bien, en el proceso que va del laboratorio al enfermo hay más eslabones que la ciencia estrictamente básica y los ensayos clínicos. Entre ellos hay que considerar la facilidad con que un investigador básico puede constatar que, efectivamente, algo que ve en sus datos es útil para la investigación clínica; o la rapidez con que puede acceder a información de pacientes humanos (Salomone, 2005); asimismo, cuenta en este proceso la agilidad burocrática con que un grupo de investigación, básico o clínico, puede firmar un acuerdo con una empresa. Todo ello se resume en la denominada "investigación *traslacional*", que incluye el proceso de transferencia de conocimientos y tecnología (diagnóstica o terapéutica) desde el laboratorio hasta la cabecera del enfermo y viceversa, en grupos más bien reducidos de pacientes. Creo que se trata del tipo de investigación cuya potenciación resultaría más útil para aumentar nuestra capacidad de innovación, y me centraré en ella en el apartado 4 de este artículo.

3. LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA EN BIOMEDICINA Y SU FINANCIACIÓN

España registró en 2006 un gasto interno en I+D+i de 11.801,73 millones de euros, lo que supuso un 1,2 por cien del PIB, con un incremento del 16 por cien respecto al año anterior (Cortina y González, 2008). Según el Consejo de Lisboa, celebrado en marzo de 2000, el objetivo de gasto en 2010 para los países europeos es del 3 por cien del PIB, objetivo que en España se ha fijado en el 2 por cien. Como se puede apreciar, España está aún lejos de cumplirlo; el porcentaje español es inferior a la media europea, aunque la diferencia se ha recortado de manera considerable en los últimos años. Por debajo de España se encuentran Italia, Hungría, Portugal, Grecia y los Países Bálticos; por encima, países como Irlanda o la República Checa, además de los países del centro y norte de Europa. Las comunidades autónomas en las que se realizó por parte de todos los agentes (públicos y privados) un mayor esfuerzo en actividades de I+D+i fueron, por este orden: la Comunidad de Madrid (1,98 por cien de su PIB), Navarra (1,92 por cien) y el País Vasco (1,60 por cien).

En 2006, casi el uno por cien de la población ocupada española en equivalencia a jornada completa se dedicaba a tareas de I+D+i. De ellos, sólo el 38,2 por cien eran mujeres (el 29,2 por cien tra-

bajaba en empresas con ánimo de lucro); mucho menor era la proporción de las que ocupaban niveles directivos. El colectivo de investigadores supuso ese año un 0,586 por cien (115.798 personas).

En los últimos veinte años España ha crecido en cuanto al número de sus publicaciones científicas. El ritmo ha sido sostenido y elevado, y es acorde con el esfuerzo de la Administración Central desde mediados de los años ochenta, complementado desde hace unos quince años por el de las comunidades autónomas. Medidos cuantitativamente, el primer grupo de documentos científicos comprende a los relacionados con las ciencias experimentales, y el segundo grupo, con la biomedicina, aunque estos últimos documentos son los que reciben el mayor número de citas. Las comunidades autónomas en las que se originan más citas son, por este orden, y desde hace treinta años, la Comunidad de Madrid, Cataluña, Andalucía y la Comunidad Valenciana.

Las comunidades autónomas se diferencian entre sí por sus perfiles y la procedencia institucional de la actividad científica (Méndez-Vásquez *et al.*, 2008). El primer perfil está representado por Cataluña, Navarra, Cantabria y Baleares, donde la actividad en biomedicina es prioritaria, y se desarrolla especialmente en el sector sanitario-hospitalario más que en el universitario. El segundo perfil, representado por comunidades como Andalucía, Comunidad Valenciana o Galicia, se caracteriza por una actividad en ciencias experimentales más intensa que en biomedicina, y por que la producción viene firmada, sobre todo, desde el ámbito universitario. El tercer perfil es el característico de la Comunidad de Madrid, donde predomina la actividad de los Organismos Públicos de Investigación (OPI), como el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) o el Instituto de Salud Carlos III.

Otro aspecto importante es la visibilidad de la producción biomédica; el número de citas que recibe cada publicación es una indicación indirecta de su difusión internacional. En el período 2002-2006, la participación de España en la producción científica mundial fue del 3,25 por cien. Durante el período 1998-2006 el 30,3 por cien de los artículos en biomedicina se firmaron en colaboración internacional (el 24,5 por cien en el período 1994-2002); es significativo el hecho de que estos artículos recibieron cerca del 50 por cien de todas las citas. Sin embargo, el grado de colaboración inter-autonómico en el período 1998-2006 no alcanzó más del 12,9 por cien de las publicaciones, que recibieron sólo el 13,5 por cien de las

citas. Queda, por tanto, claro que la visibilidad de las publicaciones aumenta con la internacionalización, pero no con la colaboración entre autores situados en diferentes comunidades autónomas. Es de esperar que estos últimos valores cambien de manera significativa en los próximos años gracias al impulso que el Instituto de Salud Carlos III está realizando para la investigación cooperativa en red mediante los instrumentos de articulación del sistema investigador RETICS y los CIBER, a los que me referiré más adelante.

En cuanto al número de patentes, los investigadores españoles en el área de biotecnología contribuyen con el 0,62 por cien de las solicitudes de patentes europeas publicadas, y con el 0,37 por cien de las patentes concedidas, ocupando el noveno y el undécimo puesto respectivamente en el *ranking* de la UE-15. Sin duda, estas cifras son muy modestas, aunque del análisis de la evolución a lo largo del período 2000-2006 se desprende un apreciable aumento, lo que puede predecir una mejora de este indicador en los próximos años.

4. CÓMO PROMOCIONAR LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO

Se recogen aquí, en primer lugar, los puntos clave que, en mi opinión, articulan la implicación del profesional sanitario en las actividades de I+D+i, la problemática principal que ésta presenta y las soluciones arbitradas desde la política de I+D+i española. Al final de este apartado comentaré un modelo exitoso de promoción de la investigación en el ámbito clínico.

Ya se ha mencionado que la transferencia del conocimiento biomédico al sistema sanitario y a la industria da lugar a importantes beneficios sociales y económicos (investigación traslacional). Sin embargo, siendo realistas, hay que reconocer que existe un salto, a veces creciente, entre la abundante y rápida generación de este tipo de conocimiento científico biomédico y su escasa y lenta aplicación práctica. Una causa importante de ese fenómeno reside en la escasez de fondos para la investigación biomédica aplicada, pero no es la única. Otra barrera importante se halla en la complejidad de las normas y los requisitos administrativos, que suele desbordar la capacidad de la investigación académica independiente. Además, los conocimientos que genera la investigación biomédica

más básica se producen de forma desintegrada y de espaldas a los problemas clínicos, lo que da lugar a una gran cantidad de datos que frecuentemente son de relevancia dudosa o escasa. Hacen falta mecanismos que permitan la integración de observaciones parciales y dispersas en conocimientos útiles, es decir, integrados y predictivos. También se echan en falta mecanismos que faciliten el necesario intercambio de conocimientos entre investigadores clínicos y no clínicos. Por ejemplo, la investigación preclínica teóricamente aplicada suele realizarse en entornos alejados del medio asistencial y de los procesos clínicos.

La lejanía entre la investigación académica y el sistema productivo empresarial es todavía mayor: mientras los investigadores biomédicos chocan con dificultades casi insalvables para transformar sus descubrimientos en estrategias aplicables, la industria contempla impasible cómo la tasa de éxito en la comercialización de productos decrece a la misma velocidad con la que aumentan la complejidad y los costes de sus procesos de producción y la exigencia de rentabilidad de una economía globalizada y crecientemente competitiva. En gran medida, estas desconexiones son la consecuencia del verdadero talón de Aquiles en la traslación del conocimiento biomédico: la ausencia de clínicos con formación científica sólida y, por otro lado, de biólogos, bioquímicos, físicos o matemáticos con perspectiva clínico-sanitaria que actúen como mediadores del movimiento bidireccional del conocimiento (García-Dorado *et al.*, 2008).

Muy lúcidas resultan las aportaciones de la acción CRECE (Comisiones de Reflexión y Estudio de la Ciencia en España), publicadas por la Confederación de Sociedades Científicas de España (Guinovart *et al.*, 2005). En el apartado de propuestas, la número diez, dedicada a la investigación hospitalaria, refleja la necesidad de: (a) potenciar la investigación en los grandes hospitales universitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS), en particular de la investigación clínica; (b) definir e implantar una carrera científica en los hospitales, (c) desarrollar programas de financiación pública de la investigación clínica independiente y (d) atraer fondos filantrópicos para la construcción de estructuras físicas o la financiación de la investigación; (e) crear institutos de investigación temáticos e institutos de investigación conjuntos con la industria farmacéutica, así como (f) incrementar el papel de la universidad, especialmente en la formación de posgrado y doctorado. Particular interés cobra la reflexión, expresada en este informe, de que "actualmente, muchos de los mejores investigadores que se desarrollan en un entorno hospita-

lario carecen de incentivo alguno para dedicarse a la investigación e inclinan su carrera hacia la vertiente puramente asistencial, donde obtienen una mayor retribución y, más importante, una carrera profesional definida. Por otro lado, las gerencias de los hospitales disponen de recursos limitados, que deben emplear en asistencia. La implementación de una carrera investigadora en los hospitales, con aporte de recursos del Instituto de Salud Carlos III y otras instituciones, que permitiera liberar, total o parcialmente, a investigadores de calidad de tareas asistenciales, y a investigadores a tiempo completo a disponer de un horizonte profesional definido, sería una acción de indudable efectividad" (Guinovart *et al.*, 2005). Hasta el momento, el valor de la actividad investigadora en los baremos de las ofertas de empleo público de los sistemas de salud de las comunidades autónomas, a las cuales, como es bien sabido, transfirió la Administración Central las competencias sanitarias, es muy escaso, prácticamente nulo.

El diagnóstico de esta situación se traza con más profundidad en un informe de "revisión por pares" que un grupo de expertos de la OCDE realizó sobre el sistema de I+D+i español, a petición de las autoridades españolas, y que fue presentado hace aproximadamente un año (OCDE, 2007). Este informe recoge cinco grupos de recomendaciones:

(1) Fortalecer la base científica y tecnológica; dar prioridad a la excelencia y al aumento de la masa crítica en I+D.

(2) Mejorar el apoyo a la I+D y la innovación en la empresa.

(3) Promover los vínculos entre ciencia e industria.

(4) Fomentar la movilidad y fortalecer los recursos humanos en ciencia y tecnología.

(5) Mejorar la gobernanza y la evaluación de las políticas de innovación; favorecer el aprendizaje en materia de políticas (en este sentido, una crítica vertida en el informe apunta a que las iniciativas de la administración central y de las administraciones autonómicas no siempre están coordinadas, y no siempre son sinérgicas).

Muchas de estas recomendaciones han quedado recogidas en la redacción del nuevo Plan Nacio-

² En www.plannacionalidi.es pueden consultarse los diversos componentes de este Plan Nacional.

nal de I+D+i 2008-2011². En esta edición del Plan Nacional, el área de generación de conocimiento no se prioriza por campos académicos (por ejemplo, medicina, química, biología, etc.), sino por "acciones estratégicas" (salud, biotecnología, energía y cambio climático, telecomunicaciones y sociedad de la información, nanociencias, nanotecnologías, nuevos materiales y nuevos procesos industriales). Se trata de sectores en los que España presenta un gran potencial científico y tecnológico y que, al mismo tiempo, constituyen objetivos socioeconómicos de su política de Estado. Dos de las cinco acciones estratégicas –salud y biotecnología– tienen una implicación directa con la biomedicina.

En la acción estratégica de salud, por ejemplo, los objetivos consisten en aumentar la inversión, tanto pública como privada, el número y la calidad de los recursos humanos, la producción científica y la dimensión internacional en I+D+i en salud. Parte destacada del nuevo Plan es el llamado fortalecimiento institucional de los hospitales universitarios, que se concreta en la creación de institutos de investigación sanitaria. Estos centros se unen a las grandes infraestructuras dedicadas a la salud, entre ellas, las Instalaciones Científico Técnicas Singulares (ICTS), infraestructuras únicas en su género que requieren de una inversión relativamente elevada y que representan un elemento relevante para el progreso de la ciencia experimental y el desarrollo tecnológico. El Plan Nacional también contempla medidas para fomentar la articulación e internacionalización del sistema, como las redes CIBER, RETICS y los consorcios CAIBER (cuyos fines se expondrán en el apartado quinto de este artículo), así como la cooperación público-privada mediante la creación de proyectos conjuntos entre empresas del sector industrial e instituciones del SNS, las ayudas para el desarrollo de empresas de biotecnología, e-salud, e-inclusión, y otras tecnologías biomédicas y en ciencias de la salud. En el futuro se deberá considerar la potenciación de plataformas tecnológicas que den servicios y facilidades a los grupos de investigación de los centros, estrategia puesta en marcha por algunas RETICS³ o la que representa la Fundación Genoma España, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo y el de Educación y Ciencia. Así, ya existe un conjunto de plataformas de genómica, proteómica, bioinformática y biobancos, como el Banco Nacional de ADN⁴,

³ Por ejemplo, la de cáncer (www.rticcc.org).

⁴ En www.bancoadn.org se encuentra toda la información relevante sobre esta plataforma tecnológica de apoyo a la investigación biomédica creada en 2004, cuyo Nodo Central está ubicado en la Universidad de Salamanca.

para dar servicio tanto a los investigadores y a las empresas, como a la sociedad en general. Estas plataformas optimizan los recursos ya existentes y dotan a España de unas capacidades tecnológicas similares a las de otros países de nuestro entorno en tecnologías críticas para el desarrollo de la biomedicina y la biotecnología.

Una posible ventaja competitiva de nuestro país, si se potencian los recursos humanos y técnicos dedicados a la investigación clínica, reside en el hecho de que España puede llevar a cabo ensayos clínicos de alta calidad (y otros estudios de intervención) que no tengan un especial interés económico para la industria farmacéutica, pero cuyo interés científico, social y para el sistema sanitario sea elevado (Rodés y Trilla, 2003). Estos estudios, que requieren en general una gran inversión, comienzan a ser financiados con fondos públicos; en el año 2008 el Instituto de Salud Carlos III ha abierto la segunda convocatoria de proyectos de investigación clínica no comercial con medicamentos de uso humano.

En cuanto al área estratégica de biotecnología del Plan Nacional, su primera línea temática es la biotecnología aplicada a la salud. Esta área pretende apoyar el crecimiento y la consolidación del sector empresarial, impulsar la innovación en el sector privado, reforzar la cooperación público-privada y la excelencia científica, aumentar el porcentaje de los fondos del VII Programa Marco de la Unión Europea en biotecnología y fortalecer el impacto social de estos conocimientos.

Por otra parte, en junio de 2005 se lanzó el programa Ingenio 2010, basado en un aumento notable de los recursos para I+D+i, la focalización de estos recursos incrementales en actuaciones estratégicas y renovados esquemas de gestión, planificación y evaluación. Estas actuaciones estratégicas están ligadas a los principales retos del sistema español de Ciencia-Tecnología-Empresa:

- el Programa CENIT, para aumentar la colaboración público-privada: en dos años se han creado 47 grandes consorcios entre empresas y centros públicos de investigación que movilizan 1.260 millones de euros para investigación industrial de primera línea, con un importante componente de investigación orientado a las “ciencias de la vida” y materializado en la adjudicación de un elevado número de proyectos en este sector. Asimismo, se ha potenciado el Programa Torres Quevedo, que apoya la integración de investigadores en las empresas y centros tecnológicos, y se ha creado la figura

de la “excedencia tecnológica”, que posibilita que los investigadores se incorporen a las empresas durante un tiempo sin perder su plaza;

- el Programa CONSOLIDER, para aumentar la masa crítica y la excelencia científica: en dos años se han puesto en marcha 44 proyectos CONSOLIDER, una cuarta parte de ellos en el área de las ciencias de la vida, con más de 3.000 investigadores y 480 grupos de investigación beneficiados. Asimismo, los consorcios CAIBER han supuesto la creación de nueve centros de investigación biomédica en Red, beneficiando a 370 grupos (que concentran a más de 2.600 investigadores);

- el Plan AVANZ@, que fomenta la convergencia con Europa en los principales indicadores de la Sociedad de la Información: este plan ha permitido que más de 50.000 PYMES hayan accedido a la financiación para modernizar sus equipamientos informáticos, más de siete millones de personas del mundo rural tengan nueva cobertura de banda ancha y más de cinco millones de alumnos y más de 400.000 docentes se hayan beneficiado del programa “Internet en el Aula”;

- el Programa EuroIngenio, para impulsar la participación española en el VII Programa Marco Europeo de Investigación y Desarrollo.

En cuanto a los recursos humanos dedicados a la investigación biomédica, son todavía muy inferiores a los de otros países de nuestro entorno. En el SNS, y concretamente en el ámbito hospitalario, la investigación básica es escasa y no existe conexión entre la investigación translacional, clínica y epidemiológica. Esta deficiencia debe cubrirse con la incorporación de personal investigador básico, clínico y epidemiológico de calidad en los hospitales y con la promoción de la colaboración entre grupos de disciplinas y áreas distintas de universidades, organismos públicos de investigación y centros sanitarios, así como facilitando el acceso y la utilización de recursos tecnológicamente complejos. Ello requiere una mayor aportación de recursos y la potenciación de redes e institutos de excelencia interconectados.

Otra deficiencia de recursos humanos estriba en la falta de personal técnico bien formado en ciertas áreas y con capacidad suficiente para afrontar los continuos cambios tecnológicos, lo cual exige la creación de una masa crítica de investigadores y técnicos mediante el establecimiento de una carrera profesional no ligada a los sistemas funcionariales. Ambas cuestiones se contemplan

en el Programa de Recursos Humanos de investigación, recogido en muchas de sus partes en la Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología (CICYT, 2007), que tiene una finalidad, el diseño de la carrera del investigador en el SNS, y tres objetivos: i) aumentar la masa crítica de investigadores para incrementar el potencial de conocimiento transferible hacia la práctica clínica; ii) potenciar la masa crítica de profesionales asistenciales que simultáneamente lleven a cabo actividades de investigación, con el fin de trasladar el conocimiento a los pacientes y generar hipótesis de investigación desde la práctica asistencial y, por último, iii) optimizar las unidades de apoyo a la investigación a través de la incorporación de técnicos.

Más concretamente, en cuanto a recursos humanos, el Plan Nacional recoge la creación de ayudas predoctorales para la investigación en salud y en gestión de investigación, además de contratos de investigación para profesionales sanitarios que hayan finalizado el período de formación sanitaria especializada (MIR). En cuanto al fomento de la movilidad, se crean Bolsas de Ampliación de Estudios; también se impulsa la incorporación de recursos humanos por medio de diferentes contratos: los postdoctorales Sara Borrell (de perfeccionamiento en investigación en salud), los Miguel Server (para la contratación de investigadores en el SNS), o los contratos de técnicos de apoyo a la investigación en el SNS (sin nombre propio), entre otros.

Cabe destacar que las medidas existentes para promover la contratación de investigadores post-doctorales y jóvenes doctores en organismos públicos de investigación ofrecen soluciones principalmente temporales en un contexto en el que los puestos permanentes para los investigadores tienen carácter funcional. El sistema sería más flexible si se permitiera a las instituciones públicas de investigación el uso de esquemas diferenciados de contratación permanente (aparte del régimen funcional), dependiendo del candidato o del proyecto de investigación. A este respecto conviene puntualizar, por una parte, que los principales OPI (CSIC, Instituto de Salud Carlos III, entre otros) están transformándose en agencias, lo que presumiblemente redundará en una mayor flexibilidad en la contratación y una mayor movilidad de los investigadores; y, por otra parte, que se están introduciendo medidas para aliviar la carga docente de los profesores universitarios con excelentes carreras de investigación, así como también medidas para aliviar la carga de trabajo clínico de profesionales sanitarios con brillantes resultados de inves-

tigación, al objeto de que puedan invertir más tiempo en este ámbito de trabajo⁵.

Los gobiernos autonómicos han definido sus propias políticas para fomentar la I+D+i con instrumentos que, en general, suelen ser similares a los definidos por la administración central (por ejemplo, en lo que respecta a recursos humanos o proyectos de I+D), aunque el peso relativo de cada instrumento depende de la importancia concedida a las políticas de I+D+i en cada comunidad autónoma. Algunas regiones han optado por dar una mayor relevancia al fomento y el desarrollo de la I+D+i en el sector empresarial, mientras que otras han optado por fomentar la creación de capacidades científico-tecnológicas básicas, apoyando principalmente a las instituciones públicas de investigación. En el año 2004, la región más comprometida con el desarrollo regional por medio de la inversión en I+D+i (según los presupuestos autonómicos) fue Castilla y León, que dedicó un 2,3 por cien de su presupuesto autonómico a esta partida. Ahora bien, dado que las comunidades autónomas españolas avanzan en la escala del desarrollo, será necesario reducir la dependencia española de los fondos estructurales europeos destinados a I+D+i, con el fin de evitar que el apoyo público se vea limitado por la falta de fondos si la inversión privada dedicada a este apartado no aumenta a un ritmo suficientemente elevado.

Dos aspectos importantes de la gestión de la investigación merecen ser reseñados:

– Primero, uno de los elementos fundamentales que da valor a la investigación biomédica es su dirección estratégica y su gestión por parte de los centros (Carrasco, 2008). Esta necesidad requiere, entre otras medidas, la creación de entidades de gestión diferenciadas de la gestión asistencial y docente que posibiliten la gestión integral de la investigación y la implantación de sistemas de contabilidad analítica, haciendo aflorar los costes ocultos de la investigación. La política de investigación del centro debe incluir: el reconocimiento explícito de la investigación como producto de su actividad, el diseño de estrategias que incluyan mecanismos de priorización y evaluación de la investigación. Por otra parte, se requiere que los servicios de salud implanten contratos-programa o contratos de gestión específicos de investigación, donde se recojan objetivos medibles que sean

⁵ Véase el Programa I3, dentro de la iniciativa INGENIO 2010 (www.ingenio2010.es).

desarrollados por el centro en consonancia con la estrategia de investigación. Más en concreto, la auto-evaluación de la investigación incluye aspectos como las citas que reciben los artículos de investigación, la inclusión de los artículos publicados en revisiones sistemáticas (o estados de la cuestión), la introducción de los resultados de la investigación en las guías de práctica clínica, la posible influencia que la investigación haya tenido en la práctica médica y el análisis económico (habitualmente, coste-efectividad) de la misma, incluyendo también los beneficios finales de salud para los ciudadanos y los pacientes, así como la influencia en la eficiencia y equidad de los servicios sanitarios que proporciona la institución. Todos estos factores son, de algún modo, "medidas de la traslación de la investigación" (Rodés, 2003).

– Segundo, para alcanzar el reto de la "economía basada en el conocimiento" no basta sólo con aumentar la inversión en I+D+i, sino que es necesario mejorar la eficiencia del sistema en cuanto a la transferencia del conocimiento y de la innovación al sector privado y colaborar con él en la generación de conocimientos acordes con las necesidades de las empresas. Como mencioné arriba, el número de solicitudes de patentes europeas desde centros españoles es muy bajo, evidencia que exige la potenciación mediante recursos humanos y financieros de las Oficinas de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI).

Para cerrar este apartado de un modo ilustrativo cabe citar al profesor Rozman, cuando enunció las cinco actuaciones puestas en marcha en el Hospital Clínic de Barcelona para promover la investigación hospitalaria. El lector reconocerá en esta cita cómo el hospital que sigue siendo líder bibliométrico en el área de la biomedicina (Méndez-Vásquez, *et al.*, 2008) aplicó, hace ya años, algunas de las recomendaciones que se han expuesto en este apartado:

"La primera (actuación) consistió en una reforma de la estructura funcional de nuestra institución llevada a cabo en 1972. Rompiendo con la clásica organización de los hospitales universitarios, (...) desarrollamos con gran visión de futuro una estructura departamental, que se adelantó en más de 12 años a la Ley de Reforma Universitaria (LRU). La moderna organización surgida de esa reforma permitió crear un clima idóneo para el desarrollo coordinado de las tres funciones universitarias: asistencia, docencia e investigación de la máxima calidad posible. A esa primera actuación le siguieron en 1980 otras dos que mantienen su vigencia y que han contribuido en gran manera al desarrollo de la actividad investigadora

entre nosotros: me refiero a la creación de becas de investigación post-MIR y a la creación de los llamados años sabáticos o permisos retribuidos para la ampliación de estudios (...). La cuarta actuación que ha sido emulada ya en numerosas instituciones sanitarias fue la creación en 1989 de la Fundación Privada Clínic para la Investigación Biomédica, con personalidad jurídica propia e independiente de la gestión de recursos asistenciales del Hospital. Por último, con objeto de unir las investigaciones básicas y clínicas de calidad en un entorno común, el 4 de junio de 1993 se firmó un convenio para la creación de un consorcio entre el Hospital Clínic, la Universidad de Barcelona y la Generalitat de Cataluña, al que se adhirió el Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), para crear el Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Esta iniciativa constituye un intento de unir los tres ámbitos en los que clásicamente se desarrolla la investigación biomédica: hospitales, universidad y CSIC" (Rozman, 2003).

5. LA ARTICULACIÓN DEL SISTEMA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

No les falta razón a Rodés y Trilla (2003) cuando afirman que la investigación clínica de calidad sólo es posible si la asistencia prestada es también de calidad. La investigación clínica mejora la calidad de la asistencia y, en sus distintas vertientes, debe fomentarse como actividad esencial en la práctica de la medicina moderna (primaria y especializada). En particular, los hospitales, en tanto centros de investigación, deben desarrollar proyectos específicos de investigación clínica en sus tres vertientes (descritas en el segundo apartado de este artículo), especialmente en la vertiente traslacional. A diferencia de las estructuras asistenciales de los sistemas sanitarios de iniciativa privada (atomizadas, discontinuas y con sistemas de información de baja conectividad), nuestro SNS ofrece universalidad, integración organizativa, continuidad asistencial y seguimiento longitudinal de los pacientes y de sus tratamientos, lo que facilita la creación a costes reducidos de bases poblacionales de información clínica relevante y de grandes bases de datos longitudinales.

Sin embargo, si evaluamos el ámbito en el que se desarrolla la investigación, y tomando como ejemplo la investigación en cáncer, se observa que existe una separación marcada y una notable falta de conexión entre la investigación básica, clínica y epidemiológica en nuestro país. Así, los casos

aislados de buena investigación básica y/o clínica del cáncer llevada a cabo por investigadores clínicos en centros académicos o sanitarios del país en pocas ocasiones han establecido una interrelación, perdiendo así posibilidades importantes de enriquecimiento mutuo. Por poner un ejemplo, a pesar de los notables avances realizados por diversos grupos de patólogos, no existe todavía en España una plataforma profesionalizada y con financiación estable que permita la existencia de un sistema nacional de almacenamiento, catalogación y suministro de muestras tumorales (bancos de tumores). De manera análoga, carecemos todavía de un desarrollo óptimo de un sistema de registro poblacional de tumores y estamos muy por detrás de otros países en iniciativas clínicas y transnacionales, como son el desarrollo de nuevas vías terapéuticas, métodos diagnósticos y tecnologías que ayuden al diagnóstico y al tratamiento del paciente con cáncer. Hasta estos momentos, estas lagunas están siendo cubiertas por iniciativas aisladas y voluntaristas de investigadores, grupos y/o centros de investigación. Sin embargo, dado el impacto poblacional que el cáncer, otras patologías prevalentes y las enfermedades raras suponen, el éxito de estas investigaciones sólo puede obtenerse a través de iniciativas multicéntricas y cooperativas. Tales iniciativas (en marcha desde 2002) en lo que el Plan Nacional denomina *Línea de actuación de articulación del sistema* pretenden corregir cuatro fallos esenciales de nuestro sistema actual, ya mencionados más extensamente en otro apartado de este artículo:

- la falta de un esfuerzo a nivel nacional que asegure datos estadísticos y epidemiológicos de la incidencia del cáncer en todas las comunidades autónomas;

- la falta de acceso de muchos de nuestros grupos de investigación a tecnologías punta (como pueden ser, en estos momentos, la genómica y la proteómica);

- la falta de personal técnico y científico que pueda catalizar el avance en las nuevas áreas que se están desarrollando en estos momentos en el mundo oncológico;

- la falta de reconocimiento, de una estructura establecida y de dotación de recursos materiales y humanos para la investigación clínica.

La importancia crucial que para nuestro país tienen estos problemas llevó en 2002 a la constitución de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa

(RETICS), estructuras organizativas formadas por la asociación de centros y grupos de investigación en biomedicina al Instituto de Salud Carlos III⁶. Recientemente reeditadas en forma de Redes y de Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER), el objetivo de estas estructuras consiste en establecer mecanismos de colaboración estables entre los principales centros de investigación biomédica que garanticen la formación de personal científico y técnico, el uso de recursos técnicos punteros por todos los investigadores del país para desarrollar nuevas tecnologías y vías terapéuticas y, finalmente, para conseguir el funcionamiento de redes nacionales que aseguren sistemas de bancos y registro poblacional de tumores. A diferencia de las RETICS, los CIBER corresponden a estructuras estables, con entidad jurídica y sistemas de gestión propios. En última instancia, las RETICS y los CIBER pretenden optimizar el uso de recursos humanos y técnicos, ahora dispersos, para asegurar un rápido trasvase de las investigaciones al ámbito hospitalario y biofarmacéutico. Por otra parte, estas redes temáticas proporcionarán la base adecuada para la participación de grupos españoles en redes cooperativas funcionalmente similares que forman parte del Sexto Programa Marco Europeo. La redacción actual del Plan Nacional de I+D+i 2008-2011 incluye la potenciación de las actividades de redes temáticas como la aquí mencionada para el cáncer.

El ámbito preferente en el que se realiza la investigación de transferencia es el hospital universitario, o los centros de investigación directamente ligados al mismo. Existe una gran necesidad de crear unidades de investigación hospitalarias de carácter mixto clínico/translacional para que los propios facultativos puedan dedicar tiempo a la investigación. Para fomentar la relación entre el hospital universitario y los grandes centros de investigación, el Instituto de Salud Carlos III está fomentando la creación de institutos de investigación sanitaria, en los que existe:

- un claro vínculo jurídico,
- un plan estratégico conjunto, con:
 - líneas de investigación priorizadas,
 - planes de formación en investigación y
 - apoyo a grupos emergentes,

⁶ La página web www.retics.net proporciona información más detallada sobre las RETICS.

- una política de calidad,
- un mínimo del 30 por cien de personal asistencial.

Ejemplos de este modelo son, entre otros, el Instituto de Investigación August Pi i Sunyer (IDIBAPS) (creado en 1993, en el que participan el Hospital Clínic de Barcelona, la Universidad de Barcelona, el CSIC y el Departamento de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información de la Generalitat de Cataluña) y el Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla (IBIS) (cuyo convenio de constitución se firmó en 2006 entre la Universidad de Sevilla, el CSIC y la Junta de Andalucía).

Un nuevo instrumento para la articulación del sistema son los CAIBER (Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica En Red). Concretamente, la última convocatoria de la acción estratégica de salud del Plan Nacional ha regulado la concesión de ayudas destinadas a fortalecer la estructura de las unidades centrales de investigación clínica y en ensayos clínicos mediante los CAIBER, estructuras estables, con personalidad jurídica propia, para el desarrollo de programas de investigación clínica y ensayos clínicos en pacientes, especialmente los que carecen de interés comercial.

El éxito de agrupaciones regionales de empresas, centros de investigación e iniciativas gubernamentales ha quedado patente en casos como Silicon Valley. Las empresas están cerca de los centros de investigación, y los parques empresariales son un sistema automantenido de proveedores y clientes. Los *bioclusters* o bio-regiones representan una modalidad de estas agrupaciones regionales o *clusters*, centradas en el desarrollo sanitario, e incluyen hospitales, empresas farmacéuticas, investigadores y fundaciones lideradas a menudo por el gobierno autonómico. El *cluster*, modelo de organización popularizado en 1990 por el economista estadounidense Michael Porter, se basa en la idea de que aquellas organizaciones interrelacionadas en un área limitada geográficamente (país, región o municipio) ejercen, gracias a su cercanía y competitividad, de motor de crecimiento económico y de investigación y desarrollo para toda el área. Según Rogelio Pardo, director de comercialización de Genoma España, “*biocluster*, como tal, sólo existe uno: la Bioregió de Cataluña. Hay también iniciativas como Biobask 2010 en el País Vasco y bioincubadoras (espacios reservados en las universidades para la creación de pequeñas empresas biotecnológicas) en Galicia, Valencia, Málaga, Granada o Sevilla” (Saavedra, 2006).

Otro instrumento útil de articulación del sistema se halla en los parques científicos y tecnológicos, una innovación institucional de los últimos quince años que ha abierto una vía prometedora para la creación de entornos de interacción mutua entre universidades, centros de investigación, empresas y administraciones públicas. Estos parques están diseñados para la formación y el crecimiento de empresas basadas en el conocimiento, y están dotados de organismos estables de gestión para la transferencia de tecnología. La importancia de los parques en el sistema de I+D+i español reside en su capacidad de concentrar la investigación privada de las comunidades en las que se ubiquen —quizá con la excepción de Madrid y Barcelona— convirtiéndose en lugares de encuentro entre el mundo científico y empresarial. Representan, por tanto, piezas clave para conseguir el tan deseado aumento de la inversión privada en I+D+i. Ciertamente, los parques científicos existentes no han resuelto todavía adecuadamente un aspecto esencial, el de su financiación estable (Guinovart *et al.*, 2005). La precariedad financiera es mala en sí misma, pero también porque entornos inestables difícilmente pueden atraer y consolidar la calidad. Es importante, por tanto, articular un sistema de financiación estable (con participación, del Estado, de las comunidades autónomas y del sector privado) para los parques.

Antes de finalizar este apartado, es preciso recordar que la investigación en atención primaria merece especial tratamiento y fortalecimiento estratégico por las características de este nivel asistencial y por ser el ámbito donde se desarrolla la investigación en la promoción de la salud.

6. EL MARCO LEGAL: IMPACTO DE LA LEY DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

El marco legal para el apoyo a la I+D+i está definido por una serie de leyes y reglamentos, siendo la referencia más importante la Ley de la Ciencia (Ley 13/1986 de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica), ya que sentó las bases del actual ordenamiento institucional y organizativo del sistema. Otras muchas leyes inciden en el marco legal del apoyo público a la ciencia y la tecnología, como las referentes a las adquisiciones y subvenciones públicas y a los Presupuestos Generales del Estado. Además, la naturaleza cambiante de las universidades y los centros públicos de investigación (que requieren una

creciente autonomía y flexibilidad) ha provocado reformas legales para revisar sus modelos de gobernanza y financiación. La Ley de Agencias Estatales, que entró en vigor en julio de 2006, y la reforma de la Ley Orgánica de Universidades, aprobada a comienzos de 2007, están destinadas a facilitar dichos cambios.

Desde el punto de vista legislativo, el futuro está relacionado con las directrices marcadas por la Ley de Investigación Biomédica (14/2007, de 3 de julio), que establece el marco legal necesario para incentivar este tipo de investigación con las máximas garantías éticas y de calidad, dando cobertura jurídica a los nuevos avances científicos y permitiendo establecer las condiciones para el desarrollo de la investigación. Entre las innovaciones que introduce esta Ley figura la autorización y regulación de las técnicas de transferencia nuclear, la creación del Comité de Bioética de España, el establecimiento de las bases para la carrera profesional del investigador en los centros del SNS y la regulación de las pruebas genéticas y de los biobancos. Dispone asimismo que el Instituto de Salud Carlos III sea el encargado de la coordinación y el fomento de la investigación biomédica y en ciencias de la salud. El texto destaca también la necesidad de seguir potenciando la investigación en red y considera a los hospitales y centros de salud como sus núcleos vertebradores.

La Ley 14/2007 trata sobre materias que necesitaban una urgente regulación, puesto que la legislación previa no aportaba soluciones o criterios definidos sobre estos procedimientos (Romeo-Casabona, 2008). Así, por ejemplo, se han regulado los análisis genéticos con fines de investigación y con fines diagnósticos (clínicos). Por una parte, las muestras biológicas se regulan de modo que el sujeto fuente pueda recibir toda la información sobre lo que puede acontecer con esas muestras y prestar su consentimiento en el destino o destinos sucesivos de las mismas; del mismo modo, se aporta una solución a las muestras que existían en los centros sanitarios para darles una salida en el mundo de la investigación. Por otra parte, se establece una distinción entre los biobancos y otras colecciones de muestras biológicas, debiendo aquellos satisfacer un conjunto de requisitos relativos tanto a la salvaguarda de los derechos del sujeto fuente, como a los fines de investigación (por ejemplo, calidad de la muestra, exigiendo su trazabilidad, gratuidad de la misma, etcétera).

En el momento de redactar este artículo, la Ley 14/2007 carece todavía del reglamento necesario para desarrollar algunos aspectos que han

desatado cierta polémica y que afectan a la mayoría de los investigadores translacionales o clínicos, en particular dos: en primer lugar, la inclusión en la Ley de los análisis genéticos con fines diagnósticos de carácter asistencial, al entender algunos que es materia competencial propia de las comunidades autónomas, lo que representaría una invasión en tales competencias; y en segundo lugar, el establecimiento de numerosos requisitos y exigencias procedimentales, que alargarían sensiblemente los preparativos y la ejecución misma del proyecto de investigación.

7. CONCLUSIONES

Aun cuando España ha presentado en las dos últimas décadas un crecimiento económico, medido en PIB, por encima de la media europea, la productividad de su economía se sitúa por debajo de esta media. Nos encontramos en un momento de transición industrial que va desde nuestra competitividad histórica, basada en bajos costes salariales y baja intensidad tecnológica, hacia un modelo fundamentado en la I+D+i y de alto valor añadido.

En este contexto, España tiene un potencial humano mejor que el de muchos países de su entorno y nivel para llevar a cabo investigación biomédica de gran calidad y transferir sus resultados. El SNS, por su parte, posee una gran potencialidad de articulación de esfuerzos investigadores. Los ciudadanos españoles —pacientes y donantes— siguen confiando en la investigación biomédica (habitualmente una de las profesiones más valoradas en todas las encuestas de opinión pública). La generosidad y solidaridad de la población, junto a una mayor educación sanitaria y la garantía del cumplimiento de los estándares éticos, posibilitan que el ciudadano comprenda y asuma la naturaleza de la investigación biomédica y acepte cada vez más fácilmente, por ejemplo, donar muestras biológicas para un biobanco de investigación o participar en un ensayo clínico con medicamentos. Otros factores que impulsan la investigación biomédica en nuestro país son la incidencia de las patologías asociadas al envejecimiento, la mayor esperanza de vida y una exigencia creciente de los ciudadanos-contribuyentes, en paralelo al acceso sin restricciones a una información sin precedentes y a tratamientos y tecnologías clínicas avanzadas.

En este artículo se han puesto también de relieve algunos puntos críticos. Entre ellos hay que

mencionar, en primer lugar, un nivel de financiación creciente, suficiente para un tímido despegue en la productividad bibliométrica, pero todavía insuficiente para un desarrollo sostenido de la innovación. Otros "puntos negros" incluyen la complejidad procedimental descrita en algunos aspectos del marco legal, el déficit de recursos humanos cualificados y de infraestructuras para la transferencia de conocimiento y tecnologías, así como una escasa cultura emprendedora. En especial, y centrándonos en la institución del hospital universitario, ámbito preferente de investigación biomédica, es menester subrayar dos puntos: i) los hospitales y las instituciones sanitarias deben considerar la investigación como un producto más de su actividad y deben adaptar sus estructuras de gestión de la investigación a otras más adecuadas, y ii) los médicos y otros profesionales sanitarios y técnicos deben recibir formación adecuada en investigación, ya desde sus estudios de Grado, y deben disponer de tiempo adecuadamente protegido para investigar, con el propósito de que el SNS cuente con clínicos con formación científica sólida, así como también con biólogos, bioquímicos, físicos, informáticos y personal técnico con perspectiva clínico-sanitaria que actúen como mediadores del movimiento bidireccional del conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

CARRASCO, M. (2008), "Génesis e implantación de la investigación biomédica en red", *Redes de Investigación en Medicamentos*, 10:34.

CICYT (Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología) (2007), Estrategia Nacional de Ciencia y Tecnología. (http://sise.fecyt.es/Noticias_Home/Encyt.pdf).

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2002), *Life Sciences and Biotechnology. A Strategy for Europe*, Bruselas.

CORTINA, F. y B. GONZÁLEZ (2008), "El papel del INE en las estadísticas de I+D: evolución y perspectiva internacional", *Redes de Investigación en Medicamentos*, 10: 21.

GARCÍA-DORADO, D.; CASTRO-BEIRAS, A.; DÍEZ, J.; GABRIEL, R.; GIMENO-BLANES, J. R.; ORTIZ DE LANDÁZURI, M.; SÁNCHEZ, P. L. y F. FERNÁNDEZ-AVILÉS (2008), "Cooperative Cardiovascular Disease Research Network (RECAVA)", *Revista Española de Cardiología*, 61: 58-65.

GUINOVART, J. *et al.* (2005), Acción CRECE. (www.cosce.org/crece.htm).

MÉNDEZ-VÁSQUEZ, R. I.; SUÑÉN-PINYOL, E.; CERVELLÓ, R. y J. CAMÍ (2008), "Bibliometric map of Spain 1996-2004: biomedicine and health sciences", *Medicina Clínica (Barcelona)*, 130: 246-253.

MULET, J. (2008), "Empresa, innovación y competitividad", *Redes de Investigación en Medicamentos*, 10: 64.

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2007), *I+D e innovación en España: mejorando los instrumentos*. (www.plannacionalidi.es).

RODÉS, J. y A. TRILLA (2003), "Clinical research: from bench to bedside", *Medicina Clínica (Barcelona)*, 121: 189-191.

ROMEO CASABONA, C. (2008), "Muestras biológicas", en: SANCHEZ-CARO J. y F. ABELLÁN (eds.), *Investigación Biomédica en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y científicos*, Madrid, Fundación Salud: 233-296.

ROZMAN, C. (2003), "Thoughts on biomedical research in Spain", *Medicina Clínica (Barcelona)*, 120: 19-23.

SAAVEDRA, M. (2006), "Bioregiones", *El Global*, 7 de mayo de 2006.

SALOMONE, M. G. (2005), "Investigación traslacional en España: ¿algo más que buenos deseos?", *Boletín SEBBM*, 145: 26-30.

WANLESS, D. (2002), *Securing our Future Health: Taking a Long Term View*. (www.mh-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless).

La investigación biomédica en España: una visión desde el extranjero

JORDI BARRETINA GINESTA*

RESUMEN

Desde la experiencia del autor como investigador en uno de los principales institutos de investigación biomédica del mundo, en este artículo se analizan las condiciones institucionales que favorecen el desarrollo científico tomando como referencia el caso del área de Boston, en Estados Unidos. Asimismo, sin dejar de reconocer los significativos avances que se han producido en España durante los últimos años, se presentan los principales factores que han dificultado el desarrollo de la investigación biomédica en España y se formulan algunas recomendaciones de carácter general.

Los científicos estamos acostumbrados a divulgar nuestro trabajo de investigación en revistas especializadas. De hecho, nuestro éxito se suele medir, en gran parte, en función del número de artículos en tales publicaciones y del impacto de las mismas. El trabajo de laboratorio, la redacción de manuscritos científicos y de proyectos en busca de financiación suelen dejar poco tiempo para otras tareas, como la divulgación de nuestro trabajo a otros ámbitos de la sociedad, en un lenguaje inteligible para el público en general, o dar a conocer otros aspectos de nuestra profesión. Con la redacción de este artículo, intento aportar mi granito de arena a cumplir con esta responsabilidad, en este caso exponiendo una visión de la investigación biomédica en España desde el extranjero.

* Investigador del Dana-Farber Cancer Institute (Harvard Medical School) y del Broad Institute of MIT and Harvard (Cambridge, Massachusetts) (jordi_barretina@dfci.harvard.edu o jbarre@broad.mit.edu).

1. BOSTON, UNA REFERENCIA PARA LA CREACIÓN Y EL DESARROLLO DE ESPACIOS DE INVESTIGACIÓN PUNTEROS

Concretamente, lo hago desde Estados Unidos, y exactamente desde el área de Boston y su ciudad vecina, Cambridge, consideradas “mecas” de la investigación biomédica en el mundo. Con más de 50 universidades (entre las que destacan Harvard y el Massachusetts Institute of Technology, MIT) y hospitales a la vanguardia científica y del tratamiento de múltiples enfermedades, dicha área supone uno de los destinos preferidos de jóvenes investigadores biomédicos de todo el mundo, incluidos españoles, en busca de formación de alto nivel. Estas instituciones, a su vez, atraen a un buen número de empresas farmacéuticas, biotecnológicas, de instrumentación médica y de ciencias de la vida, que eligen estar cerca de donde se genera una gran cantidad de conocimiento. Y no solo eso, sino que la actividad científica en este conjunto de universidades, hospitales y centros de investigación, producen un “caldo de cultivo” propicio a la aparición de las denominadas *startups*, pequeñas empresas que se crean a partir de ideas a menudo arriesgadas, con grandes posibilidades de crecimiento y que suelen financiarse con capital riesgo.

En el estado de Massachusetts, del cual Boston es la capital, las ciencias de la vida atraen tanto interés (y despiertan tanta envidia) como los diferentes equipos deportivos locales, los cuales han cosechado varios éxitos en los últimos años. Otras regiones de Estados Unidos intentan emular el éxito de este estado invirtiendo millones de dólares

de los contribuyentes en la creación de *clusters* de investigación biomédica. Pero el gobierno estatal trata de mantener el liderazgo en esta área, clave para el crecimiento económico de la región, mediante una apuesta decidida por ella. Esto implica incentivos fiscales para empresas del ramo y la formación de mano de obra cualificada para satisfacer sus necesidades. Además, las autoridades no descuidan otros aspectos, más sutiles pero también cruciales, como facilitar la movilidad de la gente que trabaja en la industria farmacéutica, biotecnológica y sanitaria (se estima que unas 150.000 personas). Una de las ventajas del área de Boston estriba en que, geográficamente, es muy compacta: la proximidad entre las diferentes instituciones da pie a numerosas y productivas interacciones entre investigadores biomédicos de las universidades, los hospitales y la industria (muchos estarían de acuerdo en que, a pesar de vivir en la era digital, la comunicación interpersonal es vital para llevar a cabo colaboraciones con éxito). Aquí es habitual la figura del médico-investigador que atiende pacientes en el hospital, da clases en la universidad, asiste a conferencias y trabaja en el laboratorio... ¡a veces todo en un mismo día!

Las instituciones y empresas de esta zona no sólo se nutren de gran número de investigadores procedentes de otros países, sino que también contribuyen a la creación de puestos de trabajo para la gente local y, además, emplean a muchos científicos provenientes de otras zonas de Estados Unidos. A diferencia de lo que se observa todavía en Europa y particularmente en España, la gente no ve grandes problemas en mudarse de un sitio a otro si se les ofrece la posibilidad de progresar profesionalmente. Por poner un ejemplo, es habitual encontrar científicos formados en California, el extremo opuesto del país (y con un clima mucho más benigno que el de Boston), atraídos por la ciencia que se hace aquí y, viceversa, científicos que inician su carrera en el área de Boston y que deciden empezar una nueva etapa en otros sitios de Estados Unidos, pues las perspectivas que se les ofrecen compensan tal flexibilidad para mudarse.

¿Y cómo se financia la construcción y el mantenimiento de tantos centros de investigación, así como el capital humano para hacerlos productivos? El funcionamiento de este "tejido" investigador se sustenta básicamente en tres pilares: el financiamiento público (en el caso concreto de Boston, se estima que esta área recibe alrededor de un tercio de todo el dinero público destinado a la investigación biomédica en Estados Unidos), los numerosos contratos con empresas farmacéuticas y biotecnológicas

y, por último, pero no menos importante, las generosas donaciones filantrópicas, muchas de ellas por parte de particulares.

Finalmente, otro ingrediente de esta exitosa fórmula de la investigación biomédica en Estados Unidos es más bien de índole cultural. Se hace difícil de explicar (quizá la única forma de llegar a entenderlo es vivirlo en primera persona), pero la dinámica de investigación aquí no es la misma que la que prevalece en ámbitos de investigación en España y seguramente en otros países europeos. La flexibilidad, la capacidad de adaptarse rápidamente a los cambios de prioridades, el constante desarrollo y acceso a nuevas tecnologías, pluridisciplinariedad de los equipos de investigación, entre muchas otras cosas que se suman a las mencionadas anteriormente, hacen que aquí todo ocurra más rápido y, a menudo, de forma más eficiente.

2. ALGUNAS ASIGNATURAS PENDIENTES DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN ESPAÑA

¿Y cómo se compara todo esto con la realidad actual de la investigación biomédica en España? A pesar de la mejora que ha experimentado esta disciplina en las últimas décadas, aún existen varias asignaturas pendientes.

En cuanto a las infraestructuras, con la reciente creación de nuevos centros de investigación biomédica —muchos de ellos en Madrid y Barcelona (el *Institut de Recerca Biomèdica en el Parc Científic de Barcelona (IRB-PCB)*, el *Parc de Recerca Biomèdica (PRBB)*, el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) o el Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), por nombrar algunos)— se ha mejorado ostensiblemente, hasta el punto que algunos de ellos no tienen nada que envidiar en cuanto a medios y producción científica a centros en el extranjero, y se han situado como centros de referencia en el plano europeo y mundial. De todos modos, los impulsores de tales institutos, y de los que puedan crearse en el futuro, no deberían olvidar que la financiación no acaba cuando se termina de construir el edificio: hay que planear la dotación de los centros con capital humano y recursos para hacerlo funcionar correctamente y justificar la inversión inicial.

Las instituciones también deberían fomentar las sinergias de estos nuevos centros con los centros ya existentes, como los del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), sin olvidar a las universidades, cuya investigación debería dinamizarse. Eventualmente, esto podría contribuir a una descentralización de la ciencia en España, que beneficiaría a otras regiones, y no solo a las áreas de influencia de Barcelona y Madrid. Hay que tener en cuenta que Andalucía y Valencia acompañan a Madrid y Cataluña a la cabeza de la producción nacional de artículos en biomedicina y ciencias de la salud (Lamas, 2008), y que existen centros de investigación de primer nivel en otras comunidades autónomas.

En el caso particular de la investigación biomédica, también debería promoverse el desarrollo de la investigación, tanto básica como clínica, en la red de hospitales públicos (Lamas, 2008). Actualmente, estos últimos ofrecen a la población española una atención sanitaria de un nivel excelente, en muchos casos reconocida a nivel internacional. Pero, en un esfuerzo por acercar la investigación a los pacientes y conseguir que puedan beneficiarse lo antes posible de hallazgos de la biomedicina en España (es decir, llevar a cabo con éxito el tipo de investigación llamada transaccional), ésta no debe hacerse sólo en los centros de investigación o las universidades, sino también en los hospitales. Para ello, debe fomentarse la creación de una masa crítica de investigadores básicos en dichos hospitales, así como la interacción de éstos con los clínicos, incentivando al colectivo de médicos para que colaboren y se involucren en la investigación de laboratorio. El trabajo de los primeros puede llevar a diagnósticos y tratamientos más eficaces, y los clínicos son los únicos que pueden trasladar a la práctica médica estos descubrimientos. Los contratos del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y, recientemente, los de los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER), ambos creados por el Instituto de Salud Carlos III, han contribuido a dotar a los hospitales de un mayor volumen de investigadores.

Y hablando de personal, ¿de dónde debe venir el flujo de investigadores para nutrir estas unidades de investigación en hospitales, otros centros de investigación biomédica y universidades? Primera y principalmente, hay que “cuidar la cantera” de investigadores y asegurar su formación de calidad, con la idea de alcanzar un número suficiente de científicos que permita tener una investigación biomédica competitiva.

Hasta hace poco, el panorama para la mayoría de jóvenes investigadores era desalentador, teniendo que subsistir con becas de escasa cuantía, sin ningún derecho laboral y con un futuro incierto. En los últimos años se han producido mejoras en la situación de los investigadores en España, algunas recogidas en el reciente Estatuto del Personal Investigador en Formación (EPIF), aprobado en el Real Decreto 63/2006, de 27 de enero, en sustitución del anterior Estatuto del Becario de Investigación de 2003. En este documento, que intenta regular los inicios de la carrera investigadora, se establece que el personal investigador en formación debe cotizar a la Seguridad Social siempre y, en caso de que su beca esté destinada a la obtención del título de doctor, debe ser contratado a partir de la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA) o después de dos años de beca. El EPIF también establece que los investigadores doctores deben estar contratados, algo que hasta la fecha no siempre ocurría. Hay que reconocer que, a pesar de iniciativas como ésta, la precariedad del sector no se ha eliminado del todo y aún queda mucho por hacer para dar un cierto grado de estabilidad laboral a quienes deciden emprender una carrera investigadora. De ahí que esta última no resulte muy atractiva para los jóvenes, muchos de los cuales optan por otras carreras profesionales que requieren menos sacrificio y con perspectivas de trabajo más alentadoras.

Por otro lado, la estabilización de un itinerario profesional también ayudaría a paliar la llamada “fuga de cerebros” (¿quién no ha oído esta expresión en el contexto del debate de la investigación en España?). ¿Cómo se explica el hecho de que un país invierta en la formación de un buen número de jóvenes científicos que, una vez terminada la etapa de aprendizaje con la obtención de un doctorado –dada la ausencia de una carrera profesional establecida, la falta de oportunidades, el futuro incierto y la permanente precariedad– se ven casi obligados a emigrar a países a cuyo desarrollo económico contribuyen durante la etapa probablemente más productiva de sus vidas? La respuesta podría resumirse de la forma siguiente: en los países que los acogen, investigar es una profesión, se aprovecha su inteligencia y se les valora económica y socialmente, algo que no siempre ocurre en el nuestro.

A pesar de todo, el “éxodo de cerebros” no debería ser necesariamente malo, siempre que sea transitorio o temporal. De hecho, a un investigador le viene bien salir al extranjero para formarse, no sólo desde el punto de vista científico, sino por

el hecho de estar expuesto a diferentes formas de trabajar, a otros modelos de organización y gestión y, por supuesto, por el aprendizaje o perfeccionamiento de otro idioma, en muchos casos el inglés, considerado el idioma de la ciencia. Y todo esto sin contar con el crecimiento personal que conlleva vivir y trabajar una temporada en el extranjero.

Algunos científicos españoles que emprendieron la aventura de investigar en el extranjero no contemplan la posibilidad del retorno, pues consideran que perderían la oportunidad de desarrollar una carrera productiva. Sin embargo, un buen número de ellos (y me atrevería a decir que la mayoría) confiesan tener el objetivo de volver después de algunos años en el extranjero, sea por motivos personales, familiares o estrictamente profesionales (Barbacid, 2007). Pero el regreso no siempre es fácil; de hecho, puede ser bastante complicado.

Para empezar, los investigadores se hallan sometidos a la presión por obtener una o dos publicaciones en las que figuren como primer autor. En muchos casos, aunque se consigan, no son garantía de poder volver con una buena plaza de investigador, mientras que en Estados Unidos, seguramente servirían para progresar profesionalmente. Es más, dado que en Estados Unidos existen por lo general más y mejores oportunidades, tanto en la universidad como en la empresa privada, la experiencia adquirida trabajando en un grupo de investigación suele ser un bagaje suficiente para encontrar trabajo en la industria o en la academia, incluso en el caso de no haber conseguido publicar en revistas de alto impacto.

Otro problema que afrontan muchos investigadores en el extranjero es el de la desinformación o desconexión. Aunque sigan manteniendo contacto con el grupo de origen en España en el que hicieron la tesis (que quizá incluso les ayudó a encontrar su plaza postdoctoral), puede que este sea el único contacto que poseen con la investigación en nuestro país. Y parece que este problema no afecta sólo a los investigadores españoles en el extranjero, sino también a todos los europeos¹. En respuesta a este problema, la Unión Europea decidió crear hace unos años una red de información (ERA-Link) para los investigadores europeos en Estados Unidos, con el fin de mantenerlos informados acerca de oportunidades de

¹ Véase "European researchers based in the US want more contact with Europe", febrero de 2005 (<http://ec.europa.eu/research/press/2005/pr1802en.cfm>).

trabajo y de financiación en Europa, así como sobre posibilidades de colaboración con laboratorios europeos, e intercambios de estudiantes y profesorado.

En este sentido, en lo que se refiere a iniciativas en nuestro país, se agradecen algunas como la del Centro Nacional de Biotecnología de Madrid, que, desde hace algunos años, celebra unas jornadas (en torno a los avances en biología molecular) para investigadores españoles en el extranjero, aprovechando la vuelta a casa por Navidad de muchos de ellos (Valero, 2004). Con este evento, además de estimular que presenten el trabajo que están llevando a cabo fuera de España, se les brinda la oportunidad de contactar y, potencialmente, establecer colaboraciones con grupos de investigación españoles.

Una iniciativa más reciente es la creación de la Oficina para el Retorno de Investigadores Biomédicos en el Extranjero (BiolEX), que se propone promover el retorno de "cerebros", ayudando a encontrar el destino más adecuado y en las mejores condiciones posibles a cada científico español en el extranjero interesado en volver e incorporarse a la actividad investigadora en España (así como a investigadores extranjeros interesados en trabajar en nuestro país), y especialmente a los que iniciaron su carrera fuera y llevan mucho tiempo allí². El objetivo no consiste únicamente en dar a conocer los centros, públicos o privados, en los que se lleva a cabo investigación biomédica en la actualidad, sino también las iniciativas que se están poniendo en marcha. En cualquier caso, los investigadores no deberíamos eludir la responsabilidad de intentar buscar un proyecto y un lugar de trabajo adecuado a nuestro perfil y que encaje con la labor efectuada durante la estancia en el extranjero, con la idea de abrir nuevas vías que contribuyan al desarrollo de la investigación en España. Con frecuencia, los intereses personales de los investigadores coinciden con las necesidades que algunos centros de investigación españoles necesitan cubrir, y la cristalización de algunas relaciones es una cuestión de buscar la interacción.

En todo caso, gracias a los esfuerzos de las administraciones, tanto del Estado como de algunas comunidades autónomas, la oferta de modali-

² Sobre esta iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo, desarrollada por el Instituto de Salud Carlos III, véase la página web del Sistema español de Comunicación para Investigadores en el Exterior (SCIE) (www.rediex.es/oficinabioiex/index.jsp).

dades de contratación para volver a hacer investigación en España se ha visto incrementada en los últimos años: después de haber realizado una estancia en el extranjero, a menudo se puede optar a contratos de los programas "Juan de la Cierva", "Ramón y Cajal" y FIS (del Gobierno español), los contratos ICREA en Cataluña, o los contratos "Marie Curie" de la Unión Europea, entre otros. En algunos casos, la realización de una estancia en el extranjero constituye un requisito para acceder a estos contratos. No obstante, las condiciones laborales a la vuelta son a veces peores que en la etapa que se deja atrás (cabe decir que la situación actual, con un euro mucho más fuerte que el dólar, ayuda a recortar un poco las diferencias de sueldo en el caso de científicos que vuelven de Estados Unidos). Desgraciadamente, no todos estos programas fueron pensados con previsión de futuro o vocación de crear una carrera investigadora. Por ejemplo, los contratos "Ramón y Cajal" se han hecho tristemente famosos (Mandavilli, 2006; Sanz-Menéndez, 2007) por la falta de estabilidad laboral a largo plazo y la incertidumbre que conlleva el hecho de ser una solución temporal (contratos de 5 años) para investigadores que deciden volver a España. A pesar del esfuerzo del Gobierno para mejorar la situación con el programa I3 (que incentiva los contratos estables a investigadores pagando los tres primeros años del sueldo), el número de solicitudes ha bajado en el último año, volviendo al nivel de la primera convocatoria en el año 2001. Los contratos del FIS parecían destinados a sufrir el mismo problema, pero el esfuerzo de los propios investigadores por estabilizar su situación ha llevado a que las instituciones que acogen a los investigadores se comprometan a contratarles posteriormente, aunque parece que, una vez más, de forma no definitiva.

En cambio, los profesores de universidad y los científicos del CSIC, una vez contratados, se convierten en funcionarios con total seguridad laboral. En febrero de 2008, en un artículo editorial de la prestigiosa revista *Nature* se tachaba al rígido sistema de contratación académica en España de ineficiente porque hace la contratación de personal muy lenta, y, en particular, de personal extranjero muy difícil, siendo casi imposible ofrecer a alguien un paquete competitivo de salario, posibilidades de contratación de personal, medios y financiación para la investigación³.

Por último, en cuanto a los recursos humanos, las administraciones públicas también están

³ "A new Silver Age", *Nature*, 451 (7182): 1029.

haciendo esfuerzos para "fichar" científicos de renombre, algunos de ellos a tiempo parcial, que han desarrollado gran parte de su carrera en el extranjero y han alcanzado posiciones importantes en sus respectivos centros. En algunos casos, estos investigadores no regresan solos, sino acompañados por su equipo completo, en ocasiones formado por entre diez y veinte personas. Ello no obstante, no cabe olvidar a otros investigadores anónimos que, o bien han realizado su labor investigadora exclusivamente dentro de nuestras fronteras o están trabajando fuera con una producción media pero notable.

En definitiva, el capital humano existe (como lo demuestra el reciente éxito de unos 30 jóvenes científicos que han conseguido atraer a España 25 de las 300 *Starting Grants* en la primera convocatoria del recientemente constituido Consejo Europeo de Investigación (*European Research Council*, ERC), después de que éste recibiera más de 9.000 solicitudes). Para que este capital humano contribuya al desarrollo científico de España es necesario dotarlo de los medios y las inversiones adecuadas; sólo así será plenamente capaz de realizar su labor y podrá competir con mínimas garantías en el contexto internacional.

¿Y de dónde debe salir el dinero para financiar el gasto que conlleva tener una investigación biomédica de primer nivel? Fijémonos en las diferencias con Estados Unidos. Aunque la inversión en I+D ha aumentado tanto en España como en Europa, aún tiene margen para crecer y llegar al nivel de otros países. Además, esta inversión debe verse complementada con aportaciones de otros sectores, muy importantes en la financiación de la ciencia en los países más avanzados: la empresa privada (Gómez, Bueno y Martínez, 2003) y la filantropía (Guinovart, 2007). Ambas modalidades de financiación todavía son muy escasas y débiles en la investigación biomédica en nuestro país. Aunque algunas empresas farmacéuticas tienen contratos de colaboración con centros de investigación y universidades españolas, el nivel de apoyo empresarial a la investigación básica aún se encuentra muy por debajo del de otros países en Europa o del de Estados Unidos. A pesar de algunos ejemplos recientes de donaciones filantrópicas, en la actualidad éstas no contribuyen de forma sustancial a los fondos destinados a la investigación, como ocurre sobre todo en Estados Unidos. Un incremento sustancial de este tipo de aportaciones puede ayudar no solo a diversificar las fuentes de financiación, sino también favorecer que los investigadores asuman más riesgos. Potenciar las dona-

ciones de particulares requiere que los científicos y/o los gabinetes de comunicación de los centros científicos se esfuercen por llevar a cabo la tarea a la que se hacía mención al principio de este artículo: dar a conocer su trabajo (en muchos casos, esto debería ser un imperativo, pues se sufraga con dinero público) y explicar el potencial impacto que éste puede tener en la salud de las personas, aunque sea a medio o largo plazo.

El editorial de *Nature* mencionado anteriormente, aparte de elogiar la labor del Gobierno español de los últimos cuatro años, que dobló la inversión en investigación, advertía de los retos que le esperan en la legislatura que acaba de empezar, especialmente el de modernizar la organización y gestión de la ciencia española, con el fin de que este incremento en los presupuestos para I+D se gaste de manera eficiente. Para ello, un primer paso consistiría en reducir al máximo la burocracia que atenaza a la ciencia en España (Rizzi, 2007). Muchos científicos españoles se quejan de que deben dedicar demasiado tiempo a lidiar con trámites burocráticos y otras tareas que les impiden concentrarse en su trabajo, debido a la falta de personal de apoyo administrativo y técnico a la investigación.

Finalmente, en el mismo artículo se recomendaba al Gobierno que cumpliera con otras dos promesas del pasado, como son la reforma de la estructura del CSIC, haciéndolo un organismo independiente, y la creación de una agencia de financiación y evaluación de la investigación, cuyo funcionamiento no dependa de quién ostente el poder ejecutivo. Para conseguir una eficiencia de los recursos destinados a investigación también se debería reforzar la formación de personal especializado en la gestión tanto de proyectos como de centros de investigación; formación a la que podrían contribuir algunas universidades y escuelas de negocios de nuestro país, entre las que las hay muy prestigiosas a nivel internacional.

En resumen, no hay razones objetivas desde el punto de vista económico o social que justifiquen quedarse rezagados con respecto a otros países en lo concerniente a la investigación biomédica. En un estudio llevado a cabo entre 1994 y 2002, España ocupaba el lugar décimoprimer entre los veinte países más productivos del mundo en biomedicina, y el séptimo en relación a otras naciones europeas (el primer puesto era para Estados Unidos, seguido por el Reino Unido y Japón, siendo Alemania y Francia los dos siguientes países europeos).

3. A MODO DE CONCLUSIÓN (OPTIMISTA)

España ha producido grandes médicos y científicos en el pasado, los produce en el presente y se espera que también lo haga en el futuro. Un país que quiere ser líder en el campo de la investigación biomédica tiene que recuperar a su capital humano, incorporar a muchos jóvenes investigadores y atraer talento de otros países, sin descuidar a los investigadores que trabajan desde hace tiempo en el país. Además, no debería hipotecar el futuro de la biomedicina; por tanto, tendría que fortalecer el atractivo de la carrera investigadora y evitar la caída de las vocaciones científicas entre los más jóvenes.

España debería invertir estratégicamente en un sector que podría convertirse en uno de sus motores de desarrollo e innovación y ser fuente de bienestar económico y social en el futuro. Si se ofreciera un marco económico y político estable para las inversiones de I+D, si se incentivara a las empresas que realizan este tipo de inversiones mediante ventajas fiscales, posiblemente se favorecería la implantación de la industria farmacéutica y biotecnológica, todavía tan escasa en nuestro país. Si, a su vez, ésta cristalizara alrededor de un núcleo de centros de investigación, existentes o de nueva creación, se conformaría un escenario ideal para el desarrollo de la investigación biomédica.

El presente es prometedor, pero el esfuerzo realizado hasta ahora y los primeros resultados obtenidos corren el peligro de resultar estériles si las administraciones y las empresas no dan un paso más resuelto y definitivo hacia adelante, apostando decididamente por la investigación biomédica. Hay que ser optimistas y construir, entre todos, un futuro esperanzador. En este sentido, es conveniente que los científicos expongan su perspectiva de la investigación biomédica, desde España y desde el extranjero, que debatan sobre estas cuestiones y que las administraciones presten atención e intenten corregir los problemas que ellos denuncian. Quejarse no es necesariamente malo... siempre que se haga de forma constructiva y con ánimo de mejorar lo presente.

BIBLIOGRAFÍA

"A new Silver Age?", *Nature*, 451 (7182), 28 de febrero de 2008: 1029.

BARBACID, M. (2007), "Returning home", *Cell*, 129 (4): 641-644.

GÓMEZ, J. C.; BUENO, C. y M. MARTÍNEZ (2003), "Contribución de la iniciativa privada a la investigación biomédica en España. El papel de la industria farmacéutica", en: GUTIÉRREZ, J. A. y J. C. PUERTA (Eds.), *Reflexiones sobre la ciencia en España. El caso particular de la biomedicina*, Madrid, Fundación Lilly: 245-262.

GUINOVART, J. (2007), "La filantropía y el círculo virtuoso", *La Vanguardia*, 4 de noviembre de 2007.

LAMAS, S. (2008), "Tribuna: Investigar en hospitales, última llamada", *El País*, 16 de enero.

MANDAVILLI, A. (2006), "Spain's ill-conceived project leaves its scientists in the lurch", *Nature Medicine*, 12 (10): 1106.

RIZZI, A. (2007), "La burocracia atenaza a la ciencia", *El País*, 20 de mayo.

SANZ-MENÉNDEZ, L. (2007), "Where is the problem in the Ramón y Cajal program?", *Nature Medicine*, 13 (2): 119-120.

VALERO, M. (2004), "Científicos españoles en el extranjero vuelven por Navidad", *El Mundo - Salud*, 27 de diciembre.

Biotecnología y economía de la salud

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL* Y NÉBOA ZOZAYA**

RESUMEN

La biotecnología se perfila como la próxima gran revolución tecnológica. Sin embargo, su desarrollo pleno está siendo más lento y desigual de lo esperado. El fragmentado sistema actual de protección de la propiedad intelectual no parece contener los incentivos adecuados para la investigación biotecnológica, y a menudo se producen dificultades metodológicas para establecer relaciones de causalidad gen-enfermedad. En el ámbito de la salud, la biotecnología abre las puertas a la medicina predictiva y personalizada, mejorando la eficacia de los tratamientos, pero también generando nuevas necesidades médicas y presionando al alza los costes sanitarios. Para evaluar si los nuevos biofármacos valen lo que cuestan y para decidir las condiciones de su incorporación al Sistema Nacional de Salud, deberían utilizarse criterios de coste-efectividad y equidad en un contexto de decisiones coordinadas.

La biotecnología constituye uno de los principales sectores tecnológicos de futuro para las economías basadas en el conocimiento. Como área de naturaleza multidisciplinar, sus aplicaciones son muy amplias, destacando las relativas al sector sanitario (biotecnología roja), agroalimentario (bio verde) e industrial (bio blanca). Conduce al nacimiento de nuevas disciplinas científicas como la genómica y la bionformática, y a aplicaciones innovadoras como las pruebas genéticas y la regeneración de órganos y tejidos humanos que, a su vez, pueden generar aplicaciones con profundas repercusiones.

Por tanto, la biotecnología constituye una realidad global que crea nuevas oportunidades y desafíos y que se configura como punto de confluencia entre las políticas industrial, científico-tecnológica y de salud. En este artículo presentamos algunas de las claves de la biotecnología desde la perspectiva de la economía de la salud, con especial referencia a España. Dedicamos el segundo apartado al sector biotecnológico como sector industrial. En el apartado tercero nos ocupamos de las dificultades para el avance científico, incluyendo la regulación de la propiedad intelectual; en el cuarto, tratamos sobre la efectividad de la biotecnología para mejorar la salud, y en el quinto, antes de exponer las conclusiones, planteamos las tensiones sobre el gasto sanitario, particularmente el de la farmacia hospitalaria.

1. INTRODUCCIÓN

La OCDE define la biotecnología como “la aplicación de la ciencia y la tecnología a los organismos vivos, así como a partes, productos y modelos de los mismos, para alterar materiales vivos o no, con el fin de producir conocimientos, bienes o servicios” (OECD, 2007). Así pues, este tipo de tecnología horizontal relativamente joven que utiliza procesos celulares, moleculares y genéticos se vincula a la *ómica* (genómica, proteómica, fisionómica y metabolómica).

* Catedrática de Economía Aplicada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (bvalcarcel@dmc.ulpgc.es).

** Economista.

2. LA INDUSTRIA BIOTECNOLÓGICA. LA BIO ROJA

El 14 de octubre de 1980 se creó Gennentech, la primera empresa biotecnológica de salud,

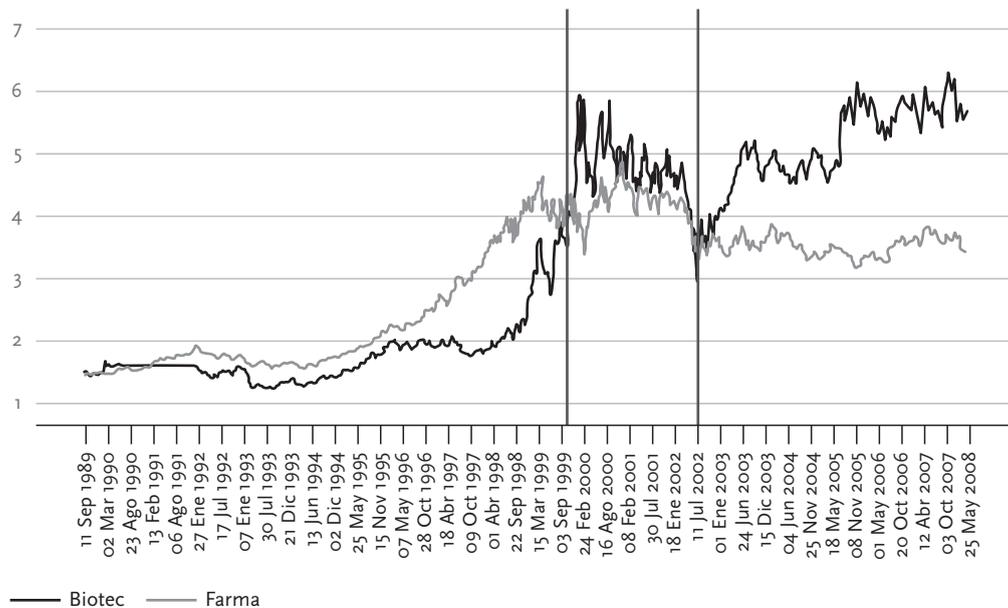
cuyo objetivo era clonar la insulina humana. Hoy en el mundo hay más de 7.500 empresas dedicadas a la biotecnología, que emplean de forma directa a más de 125.000 personas y cuyas ventas superan los 85.000 millones de dólares. La mitad de las empresas *biotec* se dedican a actividades relacionadas con la salud. Estados Unidos cuenta con un número menor de empresas biotecnológicas que Europa, aunque de mayor tamaño e intensidad investigadora (OECD, 2006).

En España, en 2006 había 216 empresas completamente dedicadas a la biotecnología (un 50 por cien más que seis años antes) que facturan 590 millones de euros y emplean a 3.000 personas. El conjunto del sector, que incluye a las empresas que se dedican completa y parcialmente a la biotecnología, está formado por 580 empresas, da empleo directo e indirecto a 44.000 personas y factura el 0,06 por cien del PIB nacional. Genoma España (2007) estima que, de seguir la actual senda de crecimiento, el sector alcanzaría en 2010 el 1,6 por cien del PIB, con una facturación superior a 5.000 millones de euros y 100.000 empleos directos e indirectos.

El emergente sector biotecnológico es todavía reducido en comparación con otros, aunque con gran potencial de crecimiento esperado. La “línea roja” –salud– de la industria biotecnológica ha entrado de lleno en la industria farmacéutica tradicional. Las relaciones entre ambos sectores se expresan en la dinámica de cooperación, absorciones y fusiones entre empresas. Las *biotec* suministran a la industria farmacéutica *inputs* esenciales para el desarrollo de nuevos fármacos. No obstante, son dos sectores bien diferenciados y con diferente dinámica. Desde 2002, el sector *biotec* ha superado ampliamente en rendimientos bursátiles a la industria farmacéutica tradicional (gráfico 1), si bien su volatilidad, y por tanto, el riesgo, ha sido mucho mayor. En la actualidad existen en el mundo unos 140 biofármacos cuya facturación equivale al 9 por cien del mercado europeo de medicamentos, 11.000 millones de euros. Aunque el número de biofármacos desarrollados en la Unión Europea se ha duplicado en los últimos diez años, éstos sólo suponen el 15 por cien del total disponible en el mundo, ostentando Estados Unidos el 50 por cien.

GRÁFICO 1

ÍNDICES BURSÁTILES DE LA BOLSA DE NUEVA YORK PARA EL SECTOR FARMACÉUTICO Y EL BIOTECNOLÓGICO (1989-2008; BASE 100 EN SEPTIEMBRE DE 1989)



Fuente: Reuters.

3. DIFICULTADES PARA EL AVANCE DE LA BIOTECNOLOGÍA Y REGULACIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Son muchos los que consideran la biotecnología la próxima gran revolución tecnológica, tras la anterior revolución de las tecnologías de información y la comunicación (TIC). No obstante, la joven promesa no acaba de despuntar, generando incertidumbre y desajustes. Ello se debe en parte a las dificultades específicas del avance científico en este campo.

Una dificultad metodológica particularmente relevante en investigación biotecnológica es que la significación estadística puede no coincidir con la significación práctica. Se hacen y publican muchos test estadísticos de asociación entre gen y enfermedad no basados realmente en una teoría biológica o celular que sustente la hipótesis de dicha asociación. Es una estrategia empiricista, ciega a la teoría, que prueba todas las posibles asociaciones gen-enfermedad, publicándose como hallazgos los resultados estadísticamente significativos que, sin embargo, tienen altísimas probabilidades de ser falsos positivos (Wacholder *et al.*, 2004). Si ponemos a un burro a tocar la flauta suficiente tiempo, terminará tocando una melodía conocida.

La monetarización de la propiedad intelectual ha sido un propulsor importante de la biotecnología. Las particulares características de los *biotec* hacen que estos productos se puedan acoger a un sistema de protección de la propiedad intelectual peculiar. Al contrario de lo que ocurre con los productos sanitarios y farmacéuticos tradicionales, a los *biotec* se les permite patentar piezas sueltas del puzzle, de modo que se puede patentar un proceso de genotipado de un ser vivo aunque aún no se sepa qué hacer con ese descubrimiento. En un primer momento el sistema se diseñó así para impulsar los descubrimientos incrementales e ir armando el marco del rompecabezas. Se pensó que este sistema de fragmentación de la propiedad intelectual, que había funcionado bien en otros sectores, como el *software* o los semiconductores, también haría avanzar la biotecnología, pero en esa ecuación se obviaba la dimensión humana. La segregación entre biología y epidemiología frenó los avances en el desarrollo de las aplicaciones biotecnológicas a la salud, que necesita una mayor integración de la evidencia microbiológica, clínica y ambiental (Porta *et al.*, 2007). Ahora empezamos

a cuestionarnos si es que tal vez no todas las piezas son del marco, o si es que el puzzle es de más piezas de las que pensábamos, o incluso si es que hay piezas de rompecabezas distintos.

Por otro lado, también comienzan a aparecer indicios sobre la obsolescencia del actual sistema de patentes genérico, con unas relaciones cada vez más tensionadas entre la industria farmacéutica y los reguladores de precios, sobre todo en los países con sistemas sanitarios públicos. Los factores que propician esta creciente tensión son el actual mundo globalizado tendente a la deslocalización (en el que cada vez es más difícil proteger de manera efectiva y real los descubrimientos), los ciclos de desarrollo de los productos cada vez más largos o la mayor competencia por parte de genéricos. Además, los riesgos de una investigación costosa que podría ser fallida, o terminar con pleitos millonarios por efectos adversos de los medicamentos, incentivan la innovación incremental, de menos riesgo, más que la disruptiva. Son casos bien conocidos, por ejemplo, los fiascos de Vioxx, un analgésico de Merck, o de Baycol, un fármaco contra el exceso de colesterol, de Bayer, que supusieron grandes pérdidas para esas compañías. Solo el 15 por cien de los nuevos medicamentos aprobados cada año en Estados Unidos son innovaciones consideradas prioritarias por la Food and Drug Administration (FDA).

Son varias las ideas propuestas para liberalizar el sistema occidental de patentes: sustituirlo por cuotas de investigación obligatorias por empleado que se asignen a una empresa investigadora (Love, 2003); que organismos financiados públicamente sean los conductores de la investigación, con la condición de publicar sus descubrimientos después (Kucinich, 2004); sustituir las patentes por pagos financiados públicamente y determinados de distintas maneras (reflejando la ganancia en valor terapéutico menos el coste generado, limitando además la cantidad total a repartir) (Hollis, 2004); a través de subastas (Kremer, 1998) o con un pago mayor que los beneficios de monopolio, pero menor que el valor social de la innovación (Shavell y van Ypersele, 2001).

4. EFECTIVIDAD DE LA BIOTECNOLOGÍA PARA MEJORAR LA SALUD

En el ámbito de la salud, la biotecnología abre las puertas a la llamada "medicina predicti-

va" y personalizada. La medicina pasó de curar (infecciones, procesos agudos) a cuidar (enfermedades crónicas, con prevención secundaria, por ejemplo para evitar un segundo infarto), y pasará a "predecir" factores de riesgo pasivos que se leen en los genes de la persona y que no se traducirán en síntomas ni en enfermedades posiblemente nunca, o hasta muchas décadas después. Este cambio altera profundamente el sistema de atención sanitaria y alimenta la presión por la medicalización de la vida y la sociedad.

En esta nueva medicina de base biotecnológica, la frontera entre diagnóstico y tratamiento se diluye. Se diagnostican fallos genéticos, que hay que tratar con terapias específicas. Muchos de los nuevos medicamentos contra el cáncer actúan de esa forma. Por ejemplo, el Trastuzumab es un anticuerpo monoclonal eficaz contra el cáncer de mama en pacientes que sobreexpresan una determinada proteína, HER2+ (entre el 10 y el 30 por cien de los casos de cáncer de mama). La estrategia adecuada consiste en hacer el test de la proteína HER2+ y tratar sólo a las pacientes con resultado positivo (Lidgren *et al.* 2008). Los test genéticos configuran uno de los grandes mercados emergentes y contribuyen a azuzar el fuego de la medicalización. Actualmente, unas 27 empresas ofrecen por Internet un total de 1.400 pruebas genéticas de susceptibilidad a una batería de enfermedades (Schmidt, 2008) que, con bajísimo poder predictivo porque solo ven una pieza del puzzle sin su contexto epidemiológico, necesitan mayor regulación. Por el momento, no requieren autorización para ser comercializados, por no ser test *in vitro*.

Los medicamentos biotecnológicos incluyen desde la insulina humana, comercializada a partir de los años ochenta, hasta las eritopoyetinas para el tratamiento de la anemia, los anticuerpos monoclonales y las proteínas recombinantes. Se dirigen con particular intensidad a enfermedades crónicas (artritis reumatoide, hepatitis C, diabetes) y al cáncer, tanto de órganos sólidos como hematológico. Aunque sin duda han contribuido a mejorar la calidad de vida y alargar la vida de pacientes crónicos y terminales, los biofármacos no han roto todavía la barrera entre la vida y la muerte. Sus logros, en términos de AVAC (años de vida ganados ajustados por calidad) son generalmente modestos.

La decodificación del genoma humano, en 2001, abrió avenidas de esperanza para la medicina personalizada. La frontera de la innovación, sin embargo, avanza más lentamente de lo que prometía entonces. La nueva medicina de terapia personalizada mejorará la eficacia de los trata-

mientos, y posiblemente la adherencia de los pacientes, pero con un coste mayor, como veremos en el siguiente apartado.

5. LOS BIOTEC Y LAS TENSIONES ALCISTAS SOBRE EL GASTO SANITARIO

La agencia británica NICE estimaba que tratar a un paciente de esclerosis múltiple con el biofármaco interferón alfa durante toda su vida costará casi dos millones de euros. La relación entre avance tecnológico y gasto sanitario importa a la sostenibilidad del sistema a corto plazo (¿podremos permitirnoslo?) y al temor por el futuro (¿a dónde vamos a llegar?). La cuestión central, sin embargo, es si las nuevas tecnologías valen la pena, si aportan a la salud y el bienestar de la población más de lo que cuestan. El análisis coste-beneficio generalizado, con perspectiva de largo plazo, ha concluido en general positivamente. En Estados Unidos las innovaciones terapéuticas para tratar el infarto, la depresión, el bajo peso al nacer de los niños y las cataratas han valido la pena, aunque los resultados no son concluyentes para el cáncer de mama (Cutler y McClellan, 2001). En España, gracias al avance tecnológico para tratar el infarto agudo de miocardio se ha reducido a la mitad la mortalidad intrahospitalaria entre 1980 y 2003 (González López-Valcárcel y Pinilla, 2007).

Los nuevos fármacos de base biotecnológica están dando lugar a un nuevo fenómeno, que es el desplazamiento de la tensión del gasto farmacéutico desde la atención primaria hacia la especializada. Según el informe 2007 del Grupo de Análisis del Gasto Sanitario¹, el gasto en farmacia hospitalaria ha aumentado de 1.152 millones de euros (1999) a 2.808 millones de euros (2005), con una tasa media anual acumulativa de crecimiento del 18,8 por cien, más del doble que el gasto en recetas facturadas en atención primaria. En 2005, representó el 6,2 por cien del gasto sanitario público y un tercio de todos los consumos intermedios del hospital. Este fenómeno no es específico de España; se ha escrito que la "nueva economía" se caracteriza por un desplazamiento de los costes sanitarios del personal hacia los fármacos (Kleinke, 2001).

¹ Este informe puede consultarse en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf).

CUADRO 1

COSTE DE LOS BIOFÁRMACOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

Biofármaco	Población tratada en hospitales	Coste medio por paciente (euros)	Indicación	Coste total (millones de euros)	Porcentaje del gasto total
Insulina	2.050	1.311	Diabetes	2,7	0,3
Bevacizumab	540	35.000	Cáncer colorectal	18,9	2,1
Cetuximab	815	40.000	Cáncer colorectal	32,6	3,6
PEGinterferón alfa 2a	5.892	7.980	Hepatitis C	47,0	5,2
Adalimumab	4.314	12.850	Artritis Reumatoide	55,4	6,1
Interferón beta 1b	5.549	12.000	Esclerosis múltiple	66,6	7,3
Trastuzumab	4.237	19.000	Cáncer de mama	80,5	8,8
Hormona de crecimiento	5.540	15.100	Deficiencia GH	83,6	9,2
Rituximab	6.501	13.000	Linfoma no Hodgkin	84,5	9,3
Etanercept	7.959	12.500	Artritis Reumatoide	99,5	10,9
Infliximab	7.744	13.050	Artritis psoriásica; Chron	101,0	11,1
Eritropoyetina	46.432	25.450	Anemia	118,2	13,0
Interferón beta 1a	10.026	12.000	Esclerosis múltiple	120,3	13,2

Fuente: Genoma España (2007).

El fuerte incremento del gasto en farmacia hospitalaria en España se debe a dos fenómenos interrelacionados. El primero es la dinámica de la innovación: en esta década se han empezado a comercializar nuevos medicamentos hospitalarios de precio elevado, que no siempre sustituyen a los tratamientos estándar (segundas y terceras líneas de tratamiento de cáncer). El segundo es la tendencia a la ambulatorización de los tratamientos farmacológicos prescritos desde la atención especializada.

La Fundación Genoma España (2007) ha presentado una estimación de la utilización hospitalaria y del coste en 2006 de los medicamentos *biotec* más relevantes por su importancia y peso clínico en España: ocho proteínas recombinantes (insulina, hormona del crecimiento, PEGinterferón alfa 2 a, eritropoyetina, G-CSF, Interferón beta 1A, Interferón beta 1B y Etanercept) y seis anticuerpos monoclonales (Rituximab, Trastuzumab, Infliximab, Adalimumab, Cetuximab y Bevacizumab). Acumulaban 918 millones de euros de gasto, representando una parte fundamental, y en aumento, del gasto farmacéutico total. Se administraron a unos 168.000 pacientes de hospitales (cuadro 1).

Los costes sanitarios se están incrementando, y seguirán haciéndolo, porque los tratamientos nuevos son más costosos que los anteriores, en par-

te para recuperar la inversión realizada en I+D, y en parte porque la disposición a pagar de los pacientes y de los países permite a la industria vender a esos precios de máximos históricos.

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) había aprobado en 2007 95 medicamentos *biotec*, de los cuales 16 son anticuerpos monoclonales, 70 proteínas recombinantes y 9 vacunas. Cinco de ellos son para tratar la artritis reumatoide, y gran parte de los nuevos biofármacos combaten el cáncer. En la Kaiser Permanente, una gran organización sanitaria integrada de California que atiende a seis millones de asegurados, el 18 por cien del gasto farmacéutico en 2005 ya era en biofármacos; en 2000 había sido el 10 por cien (Douglas Monroe *et al.*, 2006). A nivel mundial, los medicamentos que más están aumentando sus ventas son los fármacos contra el cáncer. En 2006, las ventas globales de medicamentos en el mundo aumentaron un 5 por cien en términos reales, mientras que las de los citostáticos (previenen la división celular sin destruir las células), incluyendo los inmunomoduladores y antineoplásicos de base biotecnológica, crecieron un 13 por cien². En España, el fenómeno ha sido aún más acusado, con un crecimiento del 16 por cien.

² Datos extraídos de IMS (2006) (www.imshealth.com/globalinsights).

Esas cifras plantean dos preguntas relevantes. Por una parte, los gestores y responsables de los sistemas de salud se preguntan “¿a dónde vamos a llegar?” y si podrán asumir financieramente esos aumentos de gasto sanitario. Por otra parte, la pregunta clave para la economía de la salud es si esos nuevos medicamentos “valen lo que cuestan”.

¿A dónde vamos a llegar?

Las tensiones sobre el gasto sanitario no son sólo de corto plazo. En la medida en que los nuevos fármacos consigan convertir en crónicas las enfermedades hoy mortales, la industria se asegura “suscriptores” para sus productos, una fuente estable de rentas, y los países comprometen partidas cada vez mayores de gasto consolidable. Un ejemplo es el SIDA. Hasta la mitad de los años noventa era una enfermedad mortal. Desde entonces es crónica; el arsenal terapéutico es cada vez más eficaz, pero también más costoso (si bien en la medida en que van venciendo los plazos de vigencia de las patentes, los costes se van reduciendo por la entrada de genéricos). Con algunos tipos de cáncer hematológico, de próstata y otros, se está avanzando también hacia la cronicación. Por tanto, es previsible que la biotecnología impulse al alza los

costes sanitarios, pero es difícil saber hasta dónde, ya que depende del alcance de las investigaciones biotecnológicas y de la disponibilidad a pagar por parte de la sociedad. En Estados Unidos, donde ya se gasta más en sanidad que en alimentos, las compañías aseguradoras están diseñando procedimientos de evaluación sistemática del uso adecuado de los biofármacos, que representan una carga financiera cada vez mayor para sus organizaciones (Douglas Monroe *et al.*, 2006). La intensidad del aumento del gasto de los nuevos biofármacos se aprecia en el cuadro 2, donde se compara el coste del tratamiento de un conjunto de enfermedades en el que incurrió la organización sanitaria de California Kaiser Permanente, con la tecnología farmacológica “frontera” en 1990, 1995 y 2005. En particular, el tratamiento del cáncer avanzado de mama y de colon, que alarga unos meses la vida, ha impuesto aumentos de coste que multiplican por 20 y por 30 el coste de tratamiento de la enfermedad de hace una década.

¿Valen lo que cuestan?

Esta pregunta se puede contestar a través del análisis coste-efectividad. Como herramienta de evaluación económica, permite comparar el coste

CUADRO 2

AUMENTO DEL COSTE DEL TRATAMIENTO CON BIOFÁRMACOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES 1990-2005 (KAISER PERMANENTE, CALIFORNIA)

Enfermedad	Coste del fármaco por paciente y año en \$ (coste medio o mínimo-máximo)			Porcentaje incremento 2005-1995
	1990	1995	2005	
Esclerosis múltiple	*	13.000	15-700-21.000	41
Artritis Reumatoide	1.100	1.400-3.500	18.000	635
Psoriasis	1.100	1.400-6.000	22.000	495
Enfermedad de Chron	150-900	200-8.000	16.500	302
Hepatitis C	*	2.300	7.700-21.000	524
Enfermedad de Gaucher	*	115.000-415.000	125.000-430.000	5
Enfermedad de Fabry	*	*	180.000-320.000	
Linfoma no Hodgkins	600**	1.800**	32.500**	1.706
Cáncer de mama metastático	1.150***	1.400***	36.000***	2.471
Cáncer colorectal metastático	750**	900**	28.500**	3.067

* Solo tratamiento paliativo.
 ** Ocho semanas de tratamiento.
 *** Seis meses de tratamiento.
 Fuente: Douglas Monroe *et al.* (2006).

CUADRO 3

INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS. COMPETENCIAS Y DECISORES

<i>Tipo de competencia</i>	<i>Institución u organismo</i>	<i>Nivel</i>
Autorización	EMEA (UE) Ministerio de Sanidad (Administración Central)	Macro
Fijación de precio	Ministerio de Sanidad (Administración Central)	Macro
Condiciones de la financiación pública	Ministerio de Sanidad (Administración Central) Gobiernos regionales (CC.AA.)	Macro
Guías, evaluaciones, protocolos	Agencias de Evaluación de Tecnologías (indicativas) Comisiones de Farmacia y Terapéutica, Comisiones de Calidad, Servicios clínicos de los hospitales	Macro y meso
Aplicación en la práctica clínica	Gobierno clínico, médicos en hospitales	Micro

de conseguir una "unidad de salud" con tratamientos alternativos. Como unidad de salud se suele emplear el AVAC, Año de Vida Ajustado por Calidad. La mayor parte de los nuevos productos biotecnológicos tienen una ratio alta de coste por AVAC ganado en comparación con otros tratamientos tradicionales. Aunque sea más caro, puede que la sociedad esté dispuesta a pagar más por medicamentos que tengan "valor de rescate", que luchen contra la muerte. Este es el argumento que emplean algunos economistas prestigiosos como Gary Becker (2007). En cualquier caso, sería clarificante conocer el límite de disposición social a pagar por ganar un AVAC. En España, esta cifra no es explícita, si bien la literatura especializada maneja, tentativamente, varias posibilidades: 30.000 euros, y el doble del PIB *per cápita* (Sacristán *et al.*, 2002). En los estudios americanos suelen trabajar con la cota de 100.000 dólares por AVAC ganado, y en estudios suecos utilizan la cota de 70.600 euros por AVAC ganado (Lidgren *et al.*, 2008).

En España concurren dificultades metodológicas e institucionales para tomar adecuadamente las decisiones de incorporación de nuevos medicamentos al Sistema Nacional de Salud (SNS), con criterios de coste-efectividad y equidad. Las decisiones están fragmentadas y descoordinadas en los niveles de macro, meso y microgestión (cuadro 3). Estos problemas se podrían afrontar con las siguientes recomendaciones (González López-Valcárcel, 2007):

a) Estandarización metodológica, utilizando guías consensuadas de evaluación económica. Los protocolos y estándares metodológicos y las guías de consenso para los análisis de coste-efectividad ayudan a tomar decisiones y dan credibilidad a los *rankings* de intervenciones coste-efectivas.

b) Regulación adecuada de la política científica por parte de los gobiernos y de la política editorial por parte de las revistas, para evitar, en la medida de lo posible, los sesgos interesados de publicación.

c) Mejora de la difusión y diseminación de la evidencia, con iniciativas como las bibliotecas existentes y con la participación en proyectos y redes nacionales e internacionales.

d) Re-institucionalización de la evaluación de tecnologías, dando liderazgo a una gran agencia estatal (que no es sinónimo de central) independiente y con capacidad decisoria, al estilo del instituto británico NICE (National Institute for Clinical Excellence).

La llamada "cuarta barrera" consiste en exigir a los nuevos medicamentos, para ser autorizados o financiados con los presupuestos públicos de salud, que sean coste-efectivos, comparados con los medicamentos ya existentes en el mercado. Esto supone el reconocimiento explícito del coste-efectividad como

principio de toma de decisiones, y es un avance objetivo que se ha conseguido gracias a la economía de la salud como profesión. Varios países exigen a los nuevos medicamentos que superen esa cuarta barrera (Del Llano *et al.*, 2007; Raftery, 2008). Pero la realidad es que España todavía no se ha incorporado a esta corriente. Por todo ello, los nuevos medicamentos biotecnológicos van a representar un reto para la sostenibilidad del sistema de salud en España, donde las decisiones sobre incorporar o no una segunda línea de tratamiento contra el cáncer en los hospitales dependen en gran medida del propio hospital, que no está preparado institucionalmente para resistir tales presiones.

6. CONCLUSIONES

La biotecnología supone un cambio de paradigma en el sistema de atención sanitaria, proporcionando una medicina predictiva y personalizada a la sociedad. Aunque sus avances están siendo más lentos de lo esperado, los efectos de la revolución biotecnológica son cada vez más notorios en el ámbito de la sanidad española, aumentando la calidad y esperanza de vida de los pacientes crónicos y terminales. Sin embargo, a menudo se realiza un uso prematuro de los mismos, sin contar con la suficiente evidencia sobre coste-efectividad.

En el actual contexto de contención de costes sanitarios en un marco de descentralización autonómica, la incorporación de nuevos medicamentos al SNS debe basarse en criterios de coste-efectividad. Para ello, convendría diferenciar mejor las responsabilidades de adopción de tecnologías de los distintos niveles, determinando qué decisiones deberían corresponder a la administración central, cuáles a los Servicios Regionales de Salud, cuáles a los servicios centrales de los hospitales y cuáles a los médicos. Además de establecerse claramente sobre quién debe recaer la responsabilidad de controlar el gasto sanitario, España podría intentar ordenar los intrincados procedimientos de adopción de tecnologías con una agencia estatal independiente y activa que elabore directrices y tome decisiones, al estilo del NICE británico.

BIBLIOGRAFÍA

ASEBIO (Asociación Española de Bioempresas) (2007), *Informe 2006* (www.asebio.com/docs/pub_31_e.pdf).

BECKER, G.; MURPHY, K. y T. PHILIPSON (2007), "The value of life near its end and terminal care", *NBER Working Paper* 133333 (agosto).

CUTLER, D. y M. McCLELLAN (2001), "Is technological change in medicine worth it?" *Health Affairs (Project Hope)*, 20, 5: 11-29.

DEL LLANO, J.; PINTO, J. L. y J. L. ABELLÁN (Dirs.) (2007), *Guías de evaluaciones económicas y costes estándares en nuevos medicamentos: ¿Qué recomiendan y cómo se aplican por las agencias de "Cuarta Garantía"?* Documento de la Fundación Gaspar Casal (octubre).

DOUGLAS MONROE, C.; POTTER, L.; MILLARES, M.; BARRUETA, A. y R. WAGNER (2006), "Kaiser Permanente's evaluation and management of biotech drugs: Assessing, measuring, and affecting use", *Health Affairs*, 25 (5): 1340-1346.

GENOMA ESPAÑA (2007), *Relevancia de la Biotecnología en España 2007*, Informe GEN-ES07005 (octubre).

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2005), "El cambio tecnológico en sanidad. Determinantes, efectos y políticas", en B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas*, Barcelona, Masson.

– (2007), "La incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Coste-efectividad y presiones sobre el gasto sanitario", *Presupuesto y Gasto Público*, 49: 87-107.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y J. PINILLA (2007), "The impact of medical technology on health: A longitudinal analysis of ischemic heart disease", *Value in Health*, 11 (1): 88-96.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y P. BARBER PÉREZ (2006), *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*, Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 90/2006.

HOLLIS, A. (2004), *An efficient reward system for pharmaceutical innovation*, Department of Economics, University of Calgary (<http://econ.ucalgary.ca/fac-files/ah/drugprizes.pdf>).

KLEINKE, J. D. (2001), "The Price Of Progress: Prescription Drugs In The Health Care Market", *Health Affairs*, 20 (5): 43-60.

KREMER, M. (1998), "Patent buyouts: A mechanism for encouraging innovation", *Quarterly Journal of Economics*, 113: 1137-67.

KUCINICH, D. (2004), *The Free Market Drug Act of 2004* (<http://kucinich.house.gov/Issues/Issue/?IssueID=1461#Free%20Market%20Drug%20Act>).

LIDGREN, M.; JÖNSSON, B.; REHNBERG, C.; WILLKING, N. y J. BERGH (2008), "Cost-effectiveness of HER2 testing and 1-year adjuvant trastuzumab therapy for early breast cancer", *Annals of Oncology* (en prensa).

LOVE, J. (2003), *From TRIPS to RIPS: A Better Trade Framework to Support Innovation in Medical Technologies* (www.cptech.org/ip/health/rndtfr/trips2rips.pdf).

OECD (2006), *Biotechnology Statistics* (www.oecd.org/dataoecd/51/59/36760212.pdf).

– (2007), *Glossary of Statistical Terms* (<http://stats.oecd.org/glossary/>).

ORTÚN, V. (2005), "Patentes, regulación de precios e innovación en la industria farmacéutica", *Working Paper 754*, Universidad Pompeu Fabra (www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/754.pdf).

PEIRÓ, S. y J. PUIG (2007), *El valor de las tecnologías sanitarias: avances y limitaciones en la evaluación de la eficiencia* (Mimeo).

PORTA, M.; HERNANDEZ-AGUADO, I.; LUMBRERAS, B. y M. CROUS-BOU (2007), "«Omics» research, monetization of intellectual property and fragmentation of knowledge: can clinical epidemiology strengthen integrative research?", *Journal of Clinical Epidemiology* (en prensa).

RAFTERY, J. (2008), "Paying for costly pharmaceuticals: regulation of new drugs in Australia, England and New Zealand", *Medical Journal of Australia*, 188 (1): 26-28.

SACRISTÁN, J. A.; OLIVA, J.; DEL LLANO, J.; PRIETO, L. y J. L. PINTO (2002), "¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España?", *Gaceta Sanitaria*, 16 (4): 334-343.

SCHMIDT, C. (2008), "Personal Genetic Tests Facing Scrutiny", *Journal of the National Cancer Institute*, 100: 382-383.

SHAVELL, S. y T. VAN YPERSELE (2001), "Rewards vs. intellectual property rights", *Journal of Law and Economics*, 44 (2): 525-547.

WACHOLDER, S.; CHANOCK, S.; GARCÍA-CLOSAS, M.; EL GHORMLI, L. y N. ROTHMAN (2004), "Assessing the probability that a positive report is false: an approach for molecular epidemiology studies", *Journal of the National Cancer Institute*, 96: 434-442.

Un mundo globalizado sin sanidad global

La lucha de Paul Farmer contra las desigualdades sanitarias

ELISA CHULIÁ*

De todos es bien conocido que la asistencia sanitaria y el acceso a los medicamentos representan bienes de los que gran parte de la población mundial está privada. Mientras en las economías avanzadas los responsables políticos, los expertos en salud, los profesionales de la sanidad y los investigadores biomédicos se marcan objetivos tales como la mejora de la eficacia y la eficiencia de la red de servicios sanitarios y sus prestaciones, el desarrollo de programas de prevención o el descubrimiento de nuevos tratamientos y métodos de diagnóstico, en muchos otros países las preocupaciones son más básicas. Se refieren concretamente a la posibilidad de disponer de algún médico o de recibir un tratamiento necesario para combatir una enfermedad que provoca padecimiento o, simplemente, para seguir con vida. La evidencia sobre las desigualdades sanitarias en el mundo es copiosa y contundente; sin embargo, a juzgar por el espacio que ocupa esta cuestión en el debate público, la atención que suscita en las sociedades desarrolladas es bastante limitada y, cuando existe, suele estar más centrada en la anécdota que en el fondo del problema.

Entre quienes seguramente han contribuido más a poner en el punto de mira este problema en los últimos años destaca Paul Farmer. Este médico y antropólogo estadounidense lo aborda aplicando una doble táctica: la de la movilización de la opinión pública a través de la divulgación de información, y la de la intervención médica en países en los que la penuria sanitaria resulta especialmente intensa. Su condición de médico con una experiencia de más de dos décadas tanto en la organización y gestión de la atención médica en países pobres, como en la asis-

tencia directa a los pacientes le confiere, sin duda, una mayor legitimidad a la hora de denunciar los problemas y explicar sus causas y consecuencias, articulándolas en un discurso sobre la justicia social que ha concitado el respaldo de economistas como Jeffrey Sachs o el Nobel Amartya Sen.

En Estados Unidos, Farmer cobró gran notoriedad tras la publicación del libro de Tracy Kidder *Mountains Beyond Mountains. The Quest of Dr. Paul Farmer, a Man Who Would Cure the World*, que obtuvo en 2003 el Premio Pulitzer. Veinte años antes, recién graduado en Antropología y a punto de comenzar sus estudios de Medicina en la Universidad de Harvard, Farmer había visitado por primera vez Haití, el país más pobre del hemisferio occidental, comprobando los efectos devastadores de las enfermedades que no recibían tratamiento. De aquel proyecto sanitario de base comunitaria que, con la colaboración de otros jóvenes estadounidenses y de líderes sociales autóctonos, organizó en el pueblo haitiano de Cange germinó la asociación *Partners in Health* (PiH), ubicada en Boston, que Farmer fundó en 1987 con algunos compañeros. Fiel a su compromiso original de llevar los beneficios de la ciencia médica a los más pobres y combatir las desigualdades sanitarias, esta asociación –cuyo gasto en programas ascendía en 2005 a casi 22 millones de dólares– desarrolla en la actualidad proyectos sanitarios en países que comparten la característica de registrar muy bajos índices de renta *per cápita*, como Haití, Ruanda, Lesotho y Malawi, pero también en otros más ricos, como Rusia y Estados Unidos, donde existen grandes bolsas de pobreza¹.

* Profesora del Departamento de Ciencia Política y de la Administración de la UNED (mchulia@poli.uned.es).

¹ La página www.pih.org/home.html ofrece información detallada sobre los programas y los recursos de esta organización.

Farmer no responde al prototipo del misionero, voluntariamente alejado del mundo de las sociedades prósperas. Antes bien, durante una parte del año presta servicios médicos en uno de los centros sanitarios de excelencia de Boston (el *Brigham and Women's Hospital*) y enseña antropología médica en la Escuela Médica de Harvard. Esta integración en la elite profesional y académica de Estados Unidos facilita el avance de su mensaje a favor de la sanidad global; un mensaje que no se agota con una declaración de buenas intenciones, sino que Farmer sustancia poniendo como ejemplo el rendimiento de los proyectos sanitarios de *Partners in Health*. Esta combinación de principios filosóficos y casos prácticos potencia la fuerza del mensaje de Farmer, plasmado en una veintena de libros de los que es autor y co-autor, y que en los últimos años ha logrado atraer la atención de algunos prestigiosos medios de comunicación estadounidenses².

1. LA ASISTENCIA SANITARIA, UN DERECHO HUMANO

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios ...”

(Art. 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos)

Cuando se piensa y discute sobre las violaciones de los derechos humanos, no suele venir a la mente la cuestión de la imposibilidad de acceder a recursos sanitarios de primer orden, como intervenciones quirúrgicas y tratamientos básicos que pueden aliviar sufrimientos y prevenir la muerte. Y, sin embargo, en la medida en que la sanidad representa seguramente el más básico de los derechos humanos, impedir o imposibilitar el acceso a tales recursos equivale, en definitiva, a violar un derecho humano. Pero ¿qué tipo de violencia entraña esta violación?

Farmer la ha definido como “violencia estructural”. El adjetivo “estructural” denota que esa

² Así, por ejemplo, la revista *Time* le dedicó un artículo titulado “Champion of the Poor” el 31 de octubre de 2005 y, más recientemente, en mayo de 2008 la cadena CBS transmitió un programa sobre *Partners in Health* (que se puede escuchar y ver a través de: www.pih.org/home.html).

violencia no está aleatoriamente distribuida, sino socialmente pautada o condicionada. “Las violaciones de los derechos son síntomas de patologías más profundas del poder y están íntimamente ligadas a las condiciones sociales que tan a menudo determinan quién va a sufrir abusos y quién va a estar protegido del daño”, escribe Farmer (2005: 7). En efecto, la incapacidad de acceder a servicios sanitarios precisos para mantener una aceptable calidad de vida o, sencillamente, para sobrevivir depende en muchos países del mundo de las circunstancias socioeconómicas de los enfermos. La universalización de la sanidad —es decir, la generalización del acceso a los servicios sanitarios para todos los residentes de un país— es un resultado contingente, en gran medida un producto de los Estados del Bienestar europeos, que se fueron desarrollando en respuesta al consenso político en torno a la necesidad de amortiguar las desigualdades sociales. No pocas sociedades de las que acostumbramos a clasificar como “desarrolladas” carecen de este acceso universal (entre ellas, Estados Unidos, donde en torno a 40 millones, de los algo más de 550 que componen su población, carecen de cobertura sanitaria³).

Pero donde los problemas de cobertura sanitaria alcanzan a casi toda la población es en muchos países no industrializados. Aunque ningún humano está a salvo de enfermar, es claro que quienes habitan en esos países y carecen de recursos privados para acceder a la sanidad sufren en mayor medida los efectos de la enfermedad. Que los movimientos sociales a favor de los derechos humanos hayan centrado generalmente su atención en los derechos civiles y políticos, tratando a los sociales y económicos como “hijastros descuidados” (Farmer, 2005: xxiv), no sólo ha podido difuminar la importancia de la sanidad como derecho fundamental, sino también reducir la conciencia pública de que pobreza y salud son fenómenos correlacionados. Al margen de que la incidencia de determinadas enfermedades especialmente virulentas es más alta entre los pobres (por ejemplo, el SIDA o la malaria), las dificultades de aplicación de tratamientos eficaces explican el mayor impacto que la enfermedad causa en sus vidas.

³ Bien porque no han suscrito un plan de salud individual o de empresa, bien porque no entran en los programas públicos de asistencia sanitaria, en particular *Medicaid* y *Medicare* (seguros financiados por el Estado Federal para personas que no pueden costear sus gastos médicos [el acceso al programa exige una comprobación de medios del solicitante] y para mayores de 65 años [o menores de esa edad con algunas discapacidades], respectivamente).

2. JUSTICIA SOCIAL Y BIOÉTICA

Incorporar la perspectiva de los derechos humanos a las discusiones sobre economía y política de la salud es una de las reivindicaciones de Paul Farmer y, a su juicio, la clave para progresar hacia la sanidad global. Ello implica poner la justicia social en el centro del debate sobre la salud pública y tomar cierta distancia de los discursos en los que predominan argumentos de coste-efectividad y que suelen anteponer los argumentos de la eficiencia a los de la equidad. El progreso de la medicina, si no viene acompañado de consideraciones de justicia social, puede resultar en una ampliación de la brecha de la desigualdad sanitaria entre los países ricos y pobres, simplemente porque las ventajas redundan, sobre todo (y a veces, exclusivamente), en los primeros: "Aunque los patógenos cruzan fácilmente las fronteras, los frutos de la investigación quedan a menudo retenidos en las aduanas" (Farmer, 2005: 199).

Estas cuestiones deberían adquirir, según Farmer, mayor protagonismo en las discusiones sobre bioética, hoy en gran medida orientadas a temas tales como la eutanasia, el trasplante de órganos o los diversos fines de la clonación. No es que estos asuntos carezcan de interés ético; sólo que hacen abstracción del que, según Farmer, debería ser el principio bioético por excelencia: la sanidad es un derecho humano básico y no una mercancía. De ahí que la medicina no sea una cuestión meramente económica o técnica, sino fundamentalmente ética. Las muertes de todos aquellos que fallecen por enfermedades tratables, como la tuberculosis, la malaria o el SIDA no son consecuencia más que de la prevalencia de esa "violencia estructural", ante cuya manifestación muchos respondemos con actitudes y gestos de resignación o de una indignación que pocas veces se traduce en actos.

3. ¿QUÉ HACER? EL MODELO DE INTERVENCIÓN SANITARIA DE *PARTNERS IN HEALTH* (PiH)

La denuncia pública de las desigualdades sanitarias del mundo y la captación de recursos para intentar mitigarlas pueden resultar ineficaces si no van acompañadas de propuestas metodológicas concretas, es decir, de proyectos de intervención.

PiH sigue apostando por el modelo de proyecto comunitario que Farmer desarrolló hace más de veinte años en Haití, concretamente en un enclave rural desprovisto prácticamente de recurso sanitario alguno. La clínica comunitaria que entonces puso en marcha cuenta hoy con más de cien camas y dos quirófanos, un servicio de enfermedades contagiosas, un laboratorio y una clínica de mujeres, entre otras instalaciones; se ha convertido así en uno de los mayores proveedores de servicios sanitarios no gubernamentales en Haití, prestando atención médica gratuita a más de medio millón de ciudadanos sin recursos, y en un centro de tratamiento especializado de tuberculosis resistente y de SIDA mediante antiretrovirales. Pieza crucial del éxito del proyecto en Haití ha sido la contratación y formación de los denominados "acompañantes", trabajadores sanitarios que se encargan de difundir prácticas de prevención, averiguar las necesidades médicas de la población y asegurar la adhesión a los tratamientos de aquellos a quienes "acompañan", muchas veces de acuerdo con los protocolos que se utilizan en algunas de las clínicas más prestigiosas del mundo. La prestación de otros servicios sociales a la comunidad en la que operan, como educación para los más pequeños o alimentación para los familiares de los enfermos, completa el modelo asistencial de PiH, que en este nuevo siglo se está extendiendo ya por el continente africano.

La primera pica se clavó en Ruanda, donde, en 2005 comenzó a desarrollarse un proyecto centrado en el combate del SIDA, en respuesta a la invitación del Gobierno de ese país. Año y medio después de su puesta en marcha, PiH había reconstruido un hospital abandonado en un pueblo del sudeste de Ruanda con el fin de ofrecer cobertura sanitaria a una población de más de 300.000 personas. Para entonces, más de 1.700 pacientes recibían ya antiretrovirales contra el SIDA, un grupo al que cada mes se añadían cien más, si bien todavía quedaba lejos la cifra de ruandeses seropositivos estimada, en torno a un cuarto de millón.

Contra corriente, Paul Farmer y PiH han ido perfeccionando una fórmula de doble efecto para avanzar hacia el gran objetivo normativo de la sanidad global: el de prestar servicios sanitarios básicos a comunidades que carecían de acceso a ellos y el de extender la conciencia entre las sociedades ricas de que el debate sobre la sanidad en nuestros días no debe excluir las cuestiones de la desigualdad sanitaria entre grupos de una misma sociedad, y entre sociedades de diferentes regiones del mundo.

NOTA BIBLIOGRÁFICA

Para la elaboración de este artículo se ha utilizado el libro de Paul Farmer, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor* (Berkeley, University of California Press, 2005), así como diferentes artículos publicados en revistas de divulgación y especializadas. El único libro de Farmer traducido hasta el momento al castellano es: *Haití, para qué* (Hondarribia, Hiru, 1994).

Caja Castilla La Mancha: vinculando nuevas tecnologías e investigación sanitaria

MARTÍN MOLINA LÓPEZ*

1. SANIDAD, INVESTIGACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Los ciudadanos demandan que el derecho a la salud se cumpla con la eficacia y el trato personal y humano deseable. Obviamente no sólo pretendemos una pronta y eficaz cura para las enfermedades sino, sobre todo, no llegar a contraerlas. Precisamente en el camino de la prevención encontramos las claves de lo que debe ser un sistema sanitario moderno. Lograr esta ansiada excelencia sanitaria requiere un gran esfuerzo, especialmente en cuanto a medios se refiere. En este sentido, Caja Castilla La Mancha (CCM), a través de su Obra Social, contribuye a que los investigadores puedan desarrollar su trabajo clínico y de laboratorio, y a que, además, cuenten con los equipamientos más sofisticados.

Uno de los programas más importantes y novedosos en los que colabora CCM es el que integra las becas para la creación de Grupos de Investigación Clínica en Red. La Obra Social de CCM patrocina estas ayudas con el asesoramiento científico-técnico de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM). El objetivo que se marca CCM con la promoción de estas becas es fomentar la investigación en red dentro de la región. Qué duda cabe de que la labor investigadora es importante en todos los campos; es un instrumento muy importante de desarrollo y, además, contribuye a mejorar la calidad de vida, rasgo este último que se acentúa en cuanto concierne a la sanidad.

* Director de la Obra Social de Caja Castilla La Mancha.

La investigación sanitaria, cuando es pertinente y metodológicamente correcta, asegura la efectividad y la eficiencia de las acciones de la sanidad, sea pública o privada. La investigación es necesaria en los estadios previos a la aplicación de la tecnología nueva, independientemente de que esta haya sido comprobada en el laboratorio o en el "campo".

Es innegable la contribución de la investigación médica al aumento de la esperanza de vida que han experimentado hombres y mujeres a lo largo de los siglos XIX y XX. La investigación ha permitido el desarrollo de un amplio arsenal de instrumentos en la lucha frente a la enfermedad, que no sólo incluyen los procedimientos biomédicos, sino que también se refieren al mejor entendimiento de los procesos causales de la enfermedad, de las conductas saludables, de la gestión sanitaria y de la economía de la salud.

Tampoco cabe desdeñar los beneficios económicos, a largo plazo por supuesto, de la investigación: ahorro de dinero y multiplicación de los beneficios son las principales bondades económicas de la investigación sanitaria. Así, una de las razones fundamentales para promover la investigación médica es la necesidad de establecer las bases para la óptima planificación y la mejor distribución y el empleo de los siempre escasos recursos sanitarios disponibles. Además, la investigación ha producido mejoras en la eficiencia de las actuaciones en las organizaciones sanitarias. Actividades de investigación de este tipo ponen de manifiesto mejores formas de gestionar algunos problemas de salud de carácter recurrente.

En este sentido, resulta prioritaria la incorporación de avances tecnológicos a las técnicas

sanitarias, pauta fundamental que proponen las "Becas CCM de investigación en red". Los avances y su aplicación desempeñan hoy un papel protagonista y son, sin duda, el futuro de la sanidad. La omnipresencia de la tecnología se deja sentir y sus efectos, tanto en la calidad de la atención como en los resultados sanitarios y en el coste de los servicios, adquieren suficiente visibilidad.

En general, la aplicación y extensión de las denominadas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tienen y tendrán en el ámbito sanitario efectos similares a los que experimentan otros sectores. Las TIC permiten aumentar el stock de capital y el tecnológico con el que trabajan los empleados sanitarios, mejorando la productividad del trabajo, así como también la organización de los recursos.

Hoy parece mucho más cercana la telemedicina o la asistencia a distancia. La aplicación de las TIC permitirá trasladar al domicilio del paciente parte de la atención hospitalaria, como la posibilidad de observar la evolución de la enfermedad y de comprobar la eficacia de los tratamientos, reduciendo el coste que en la actualidad supone el desplazamiento a los domicilios. Las herramientas telemáticas también hacen viable una posible externalización e incluso internalización de servicios, como el diagnóstico por imágenes o el asesoramiento de especialistas. Esto favorece la interconexión entre hospitales locales, regionales, nacionales o extranjeros.

2. BECAS CCM DE INVESTIGACIÓN EN RED

La primera convocatoria de las "Becas CCM para la creación de grupos de investigación clínica en red" otorgó ayudas a tres proyectos¹:

(1) red de cáncer: aplicación de selección y extracción de información en cáncer;

(2) red de telepatología para el apoyo a la investigación en la prevención, diagnóstico precoz y mejora en la calidad de diagnósticos en el cáncer de cuello uterino, neoplasias de tiroides y sarcomas de las partes blandas;

¹ La segunda convocatoria bianual de CCM para la creación de grupos de investigación clínica en red en Castilla-La Mancha se presentó en febrero de 2008.

(3) estudio de la utilidad clínica y terapéutica de los hallazgos de la resonancia magnética en pacientes con dolor lumbar crónico. Valoración de la sobreindicación en la solicitud de la prueba.

La cuantía económica máxima que recibe cada red becada es de 60.000 euros para los dos años que dura el programa de la Obra Social. Este dinero lo aporta en su totalidad CCM y lo gestiona la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. CCM realiza un exhaustivo sistema de preselección. La convocatoria, en principio, está abierta a todo tipo de investigación clínica y epidemiológica en Ciencias de la Salud. Sin embargo, se concede especial relevancia a aquellos estudios con diseños descriptivos y amplias muestras de sujetos, estudios de cohorte y casos-control sobre temas relacionados con una importante incidencia en nuestra región o, a corto plazo, sobre la calidad de vida de los ciudadanos.

La selección de los proyectos también mira con sumo cuidado que estos tengan como pilar básico el aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información para llevar a cabo las investigaciones o la diseminación de sus resultados. Esfuerzo y dedicación son valores que siempre tienen premio en todas las convocatorias de CCM. No podía ser menos en las "Becas CCM para la creación de grupos de investigación clínica en red", que dan prioridad a aquellos equipos que cuenten entre sus miembros con profesionales predoctorales en formación o residencia (MIR) que alberguen la intención de realizar la tesis doctoral a partir de proyectos de investigación propuestos para esta convocatoria.

Por supuesto, se exige a los proyectos que respeten la normativa vigente sobre investigación, ética y protección de datos. Todos los candidatos tienen la obligación de presentar un informe de consentimiento de su Comité Ético de Investigación Clínica y de su Comisión de Investigación correspondientes. Una vez presentadas todas las solicitudes, tiene lugar su evaluación científica y técnica para determinar las más idóneas. El Área de Investigación Clínica de FISCAM es el órgano encargado de valorar la adecuación y viabilidad de los proyectos presentados. Después pasan a un comité de evaluación formado por diversos expertos en los temas presentados a concurso, designado por FISCAM y CCM.

Existe asimismo una serie de requisitos técnicos cuyo incumplimiento implica que estas soli-

citades sean automáticamente rechazadas sin ningún tipo de evaluación científica. Entre estas condiciones *sine qua non* figura que se forme un equipo con un mínimo de ocho y un máximo de quince investigadores, integrado por profesionales de, al menos, tres gerencias sanitarias de Castilla-La Mancha. El equipo debe consignar un claro objetivo de investigación común y nombrará un único investigador principal más un coordinador por cada gerencia participante. El peso de las investigaciones debe repartirse por igual entre los departamentos y las gerencias que componen dicho equipo. Por lo demás, el proyecto debe contar con un correcto plan de trabajo en red y no puede ser financiado por otra entidad, ni pública ni privada.

A la primera convocatoria se presentaron un total de siete proyectos, con 85 participantes y 16 gerencias, entre ellas, la de Atención Primaria, Atención Especializada, Gerencia Única de Puertollano (Ciudad Real), así como la Gerencia de Urgencias y de Emergencias Sanitarias.

El importante impacto que genera la combinación de la investigación clínica de excelencia con los actuales medios virtuales de comunicación supone para CCM una excelente base para la incentivación y el desarrollo de equipos que, participando desde distintos enclaves profesionales, puedan aportar sus conocimientos y su profesionalidad en el campo de la investigación sanitaria dentro de una estructura de trabajo en red.

Por lo tanto, nuestra entidad considera que el producto final que se puede conseguir con la financiación de estos equipos será, sin duda, cualitativamente superior a la suma de sus componentes individuales. De ahí que la promoción de grupos de investigación en red que, bajo un mismo denominador y proyecto común, desean establecer cauces de cooperación en el desarrollo de la investigación clínica se haya convertido en uno de los objetivos fundamentales de estas ayudas de la Obra Social. Junto a él, las becas CCM buscan establecer nuevos cauces de desarrollo de la investigación clínica y, a partir de la tecnología más moderna, optimizar recursos favoreciendo la competitividad en áreas específicas de la sanidad. Del mismo modo, a través de este apoyo económico CCM apuesta por los profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha, ofreciéndoles medios para que puedan alcanzar la consideración de referentes nacionales en los temas de investigación que desarrollen.

Los objetivos de los proyectos

El objetivo primordial del proyecto “Red de cáncer: aplicación de selección y extracción de información en cáncer” ha consistido en crear un sistema de información en Castilla-La Mancha que, de manera progresiva, permitiera trabajar con los diferentes indicadores de calidad elaborados y, a la vez, posibilitara una evaluación continua, comparativa en el tiempo y entre hospitales, favoreciendo de este modo la vigilancia y la detección de las mejores prácticas a partir de los mejores resultados y experiencias. El principal componente estratégico de esta iniciativa reside en su base de datos, compuesta por la información generada en la asistencia oncológica en los hospitales participantes en el proyecto. El trabajo ha contado, además, con un sistema de monitorización de los indicadores establecidos basado en la tecnología web, que permite el rápido acceso y la consulta versátil de esa gran base de datos central.

El segundo proyecto, “Red de telepatología para el apoyo a la investigación en la prevención, el diagnóstico precoz y la mejora en la calidad de diagnósticos en el cáncer de cuello uterino, neoplasias de tiroides y sarcomas de partes blandas” busca desarrollar una plataforma regional de telepatología que sirva para mejorar el conocimiento actual sobre las enfermedades neoplásicas de especial interés en Castilla-La Mancha, bien sea por su frecuencia, impacto socioeconómico, por la posibilidad de prevención primaria o secundaria (como el cáncer de cérvix y el de tiroides) o por su especial dificultad diagnóstica para el patólogo (caso de las neoplasias de tiroides y sarcomas de partes blandas). Esta base de datos hará posible el mejor conocimiento de los datos epidemiológicos de las enfermedades neoplásicas analizadas en Castilla-La Mancha, a la vez que servirá para evaluar la utilidad de los métodos de telecitología y telepatología en el diagnóstico de estas enfermedades. En definitiva, crea un método de trabajo en red que integra todas las herramientas que precisa el investigador en patología: datos clínicos, imagen macroscópica y microscópica, patología molecular y enlaces a bibliografía. La red regional de telepatología se ha diseñado para todos los hospitales de Castilla-La Mancha y es susceptible de integrarse en otras redes internacionales de telepatología.

Por último, el “Estudio de la utilidad clínica y terapéutica de los hallazgos de la resonancia magnética en pacientes con dolor lumbar crónico” pone el énfasis en los problemas de espalda, una de las

patologías de mayor relevancia entre la población y que, además, requiere bastantes recursos sanitarios. La resonancia magnética es la prueba de imagen que más información aporta al clínico a la hora de elaborar un diagnóstico e indicar el mejor tratamiento, sea médico o quirúrgico. Sin embargo, también detecta cambios morfológicos que, en muchas ocasiones, carecen de relación con el dolor del paciente y pueden llevar a confusión al médico, creando en el paciente la sensación de sufrir una enfermedad en su columna que realmente no padece, generándole ansiedad y dependencia médica con pruebas y tratamientos innecesarios. El objetivo de este estudio radica en valorar la sensibilidad y especificidad de esta prueba en la identificación del origen del dolor lumbar y en el establecimiento del valor predictivo de determinados signos clínicos como indicadores de solicitud de la prueba.

3. OTRAS FORMAS DE PATROCINIO DE LA INVESTIGACIÓN SANITARIA

Pero la colaboración con FISCAM no se reduce única y exclusivamente a becas para proyectos como los expuestos en el anterior apartado. Caja Castilla La Mancha, junto a otras entidades, representa una de las fuentes principales de financiación de esta Fundación sin ánimo de lucro y de interés general que se creó en 2001 con el objetivo de fomentar la formación e investigación en materia de salud pública, asistencia, gestión y ordenación sanitaria y socio-sanitaria, derecho sanitario y salud laboral.

Entre las grandes líneas de actuación de FISCAM figuran el desarrollo y la difusión del conocimiento en el ámbito sanitario de Castilla-La Mancha, la creación de puentes y vínculos entre todos los agentes del sistema de salud, el establecimiento de un marco flexible para captar ideas, profesionales y recursos en el campo de la formación y la investigación sanitarias, y la configuración de una plataforma de observación externa y a distancia de la gestión del servicio sobre el espacio de salud.

La última aportación anual de la Obra Social de CCM a FISCAM ascendió a 361.000 euros, cuantía donada con el fin de que la Fundación acometiera diversos proyectos incluidos en cuatro grandes áreas de actuación. La primera de ellas –el área de investigación clínica– persigue situar a Castilla-La Mancha a la altura de la media española en

número de investigadores y desarrollar una red de apoyo a la investigación emergente entre profesionales sanitarios. La segunda –el área de observatorio de la salud– aspira a desarrollar un órgano encargado de recopilar información sanitaria de toda la comunidad, pues sólo recabando los mejores datos se pueden tomar las decisiones en materia de política sanitaria que reclama la sociedad con la que CCM está comprometida. La tercera –el área del observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha– responde al propósito de desarrollar líneas de investigación relacionadas con esta lacra social, mientras que el área de formación y foros pretende desarrollar una completa oferta de cursos prácticos y de fácil acceso para el personal sanitario, en consonancia con la convicción de CCM de que un personal bien formado es imprescindible para mejorar la calidad de la sanidad.

Por último, el área de cooperación y relaciones internacionales se ocupa de promover la movilidad de profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha, a través del Programa Europeo de Intercambio Hospitalario (HOPE) o de contratos con investigadores de prestigio. El objetivo de estas iniciativas es favorecer el intercambio de conocimientos sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios de otros países europeos de nuestro entorno y fomentar e incrementar la formación y la investigación sanitaria. La consecución de este objetivo sólo es posible gracias al esfuerzo e interés de los profesionales por salir de su ámbito cotidiano de trabajo y conocer nuevas formas de gestionar la asistencia sanitaria.

Por otro lado, CCM también ha puesto en marcha el programa “Sanitarios en Red”, experiencia que, como ocurría con las becas de investigación, aprovecha las nuevas tecnologías de la comunicación para que los logros individuales sean compartidos por todos los miembros de la comunidad médica regional, así como para difundir ampliamente el desarrollo de novedosas actuaciones médicas. De este modo, CCM contribuye a que los equipos de facultativos adscritos a los distintos hospitales de Castilla-La Mancha puedan compartir y debatir sus protocolos de actuación clínica, además de intercambiar todo tipo de experiencias con el fin de optimizar al máximo los recursos sanitarios de que disponen.

A todo lo anterior, hay que añadir que CCM forma parte de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM), patrocinando algunos de los programas y proyectos que continuamente viene desarrollando esta Fundación, como,

por ejemplo, el equipamiento de viviendas tuteladas para enfermos mentales en localidades de la región. Asimismo, CCM es patrono de la Fundación de Castilla-La Mancha para la Diabetes (FUCAMDI), una institución de ámbito autonómico sin ánimo de lucro creada por iniciativa de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha, cuyos fines consisten en promover y fomentar la educación sanitaria, la divulgación, prevención y control de la diabetes, sin olvidar un campo sustancial como es la investigación encaminada a la curación de esta patología.

En conclusión, Caja Castilla La Mancha, comprometida con el progreso y bienestar social del entorno del que forma parte, busca no sólo la rentabilidad de sus clientes, sino la mejora de la calidad de vida de la sociedad en su conjunto. Fiel al objetivo que se ha marcado de hacer posible lo que de verdad importa, CCM se propone con todos los programas aquí esbozados revertir en la sociedad que la ha visto nacer, Castilla-La Mancha, y en las otras comunidades donde tiene ámbito de actuación, el mayor beneficio posible, porque apostar por la sanidad es apostar por las personas.

El valor de la salud y la asistencia sanitaria en la Obra Social de cajacírculo

JOSÉ IGNACIO MIJANGOS LINAZA*

1. LA CRECIENTE OBRA SOCIAL DE CAJACÍRCULO

A punto de cumplir los cien años de existencia, cajacírculo acaba de culminar con éxito un importante proceso de transformación, tanto interno como externo, convirtiéndose en una entidad financiera fuerte y sólida de cara al futuro. Pero, sin duda, su Obra Social continúa guiando el sentido del negocio y constituye el más claro exponente del compromiso de esta entidad con la sociedad.

En la actividad de la Obra Social se plasma la función básica para la que fue creada esta Caja de Ahorros. Si con la actividad económica y financiera la Caja contribuye al crecimiento y al dinamismo económico de nuestro país, a través de la Obra Social forja su compromiso de solidaridad con la sociedad promoviendo actuaciones en campos como la cultura, la atención social, la investigación y el desarrollo, la conservación del patrimonio histórico artístico o el medio ambiente. A lo largo de estos cien años, cajacírculo ha colaborado en la mejora de las condiciones de vida de la población y ha complementado la actuación de las instituciones públicas en la cobertura de las necesidades sociales.

Pero, cada vez con mayor rapidez, van surgiendo nuevas necesidades, fruto del dinamismo y los cambios a los que nos enfrentamos en este inicio del siglo. La experiencia adquirida nos permite detectar con claridad las nuevas insuficiencias en materia social y sanitaria que van surgiendo en nuestro entorno. Por ello, cajacírculo realiza un gran esfuerzo de diseño y ejecución de nuevas acciones

* Presidente de cajacírculo.

y obras sociales en respuesta a estas cambiantes circunstancias del entorno en el que opera. Ámbitos como el del medio ambiente, la conservación del inmenso patrimonio legado por nuestros antepasados y especialmente el área de asistencia social y sanitaria se perciben como emergentes. La Obra Social de cajacírculo intenta responder año tras año a estas demandas aumentando el presupuesto para la realización de actuaciones en todos los ámbitos mencionados.

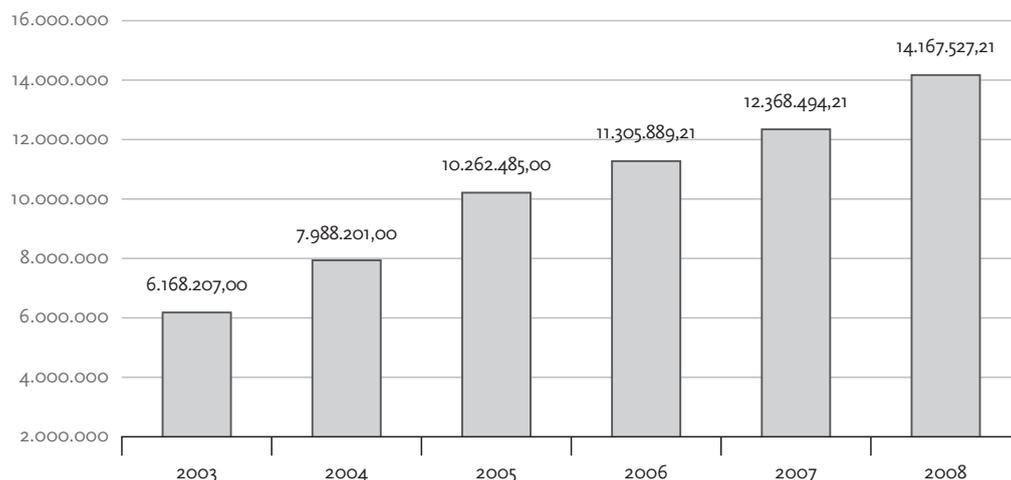
Cabe destacar aquí el hecho de que, en los últimos cinco años, cajacírculo ha duplicado en cifras absolutas el presupuesto destinado a su Obra Social, pasando de los seis millones destinados en 2003 a los más de catorce presupuestados para este ejercicio 2008 (gráfico 1). Este incremento ha sido posible fundamentalmente por dos motivos: en primer lugar, por la confianza que día a día depositan en cajacírculo nuestros clientes y que ha permitido aumentar el beneficio financiero de la entidad; y en segundo lugar, por la clara voluntad de cajacírculo de seguir devolviendo a la sociedad en forma de dividendo social esta confianza que, cada vez más, nos demuestran los clientes.

2. SALUD Y ASISTENCIA SANITARIA: LAS MANIFESTACIONES DEL COMPROMISO DE CAJACÍRCULO

La salud es lógicamente el aspecto de la vida más valorado por los ciudadanos. En esta como en otras áreas, la Obra Social de cajacírculo cumple un papel complementario de los servicios que prestan las administraciones públicas, concretamente

GRÁFICO 1

EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA OBRA SOCIAL DE CAJACÍRCULO



Fuente: cajacírculo

las encargadas de la gestión sanitaria. Para ello destina recursos económicos por valor de más de tres millones de euros a distintas iniciativas que promueven planes para el desarrollo de hábitos de vida saludables, proyectos de investigación y, en general, acciones que mejoran la calidad de vida de los colectivos de enfermos y sus familiares.

Son habituales desde hace muchos años las ayudas que aporta la Obra Social de cajacírculo a los centros hospitalarios, así como también las que destina a la adquisición de ambulancias o vehículos adaptados especialmente a las condiciones de las zonas rurales. La Caja financió asimismo la compra del primer Puesto Médico Avanzado (PMA) en la ciudad de Burgos, donado a la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil de esta ciudad. Constante es también la colaboración con la Hermandad de Donantes de Sangre en campañas de promoción y a través de ayudas económicas.

El compromiso de cajacírculo con la protección de la salud ha motivado una apuesta atrevida a favor de proyectos innovadores, entre ellos, el acuerdo suscrito con el resto de cajas de Castilla y León para el desarrollo de la investigación de células madre o la adquisición y donación al Hospital General Yagüe de Burgos de un microscopio especular específico para el Banco de Ojos y un aparato de laparoscopia de última generación. Otros proyectos

en los que esta entidad participa implican el lanzamiento y seguimiento de campañas de sensibilización, como la que se ha dado en llamar "Respiración", realizada a través de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) para la prevención y el tratamiento del tabaquismo. Además, todos los años se destina una cantidad importante para becas médicas y de investigación, mientras que se aporta financiación para la divulgación de buenas prácticas sanitarias a través de campañas de sensibilización y de diversas publicaciones.

Puesto Médico Avanzado (PMA)

El PMA, puesto a disposición de la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil de Burgos en 2006, es una carpa hinchable, operativa en apenas cinco minutos, capaz de atender las necesidades asistenciales y sanitarias que se requieran en grandes concentraciones de personas, actos públicos multitudinarios o situaciones de emergencia. La principal ventaja de este dispositivo –que ocupa 33 m² y cuenta con calefacción y aire acondicionado, cuatro contenedores sanitarios, cuatro camillas exportables de atención en catástrofes, un desfibrilador para la reanimación cardíaca y numerosas mochilas de oxigenoterapia– reside en su transporte, a través de un remolque, y en la inmediatez de su montaje.

Investigación con Células Madre

Caja**círculo**, junto con la Federación de Cajas de Ahorros de Castilla y León, en el marco de sus programas sociales, puso en marcha una convocatoria de ayudas económicas para la adquisición de infraestructuras (grandes equipamientos) de investigación en terapia con células madre, con el objetivo de potenciar el desarrollo de iniciativas que reviertan en la futura utilización de estas células en el tratamiento de enfermedades de alto impacto socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Esta convocatoria de ayudas pretende, en definitiva, impulsar proyectos de investigación biosanitaria, tanto a nivel básico como clínico, en los campos de la terapia con células madre, la terapia regenerativa en base a los cultivos celulares y la bio-ingeniería tisular humana.

Como es sabido, la investigación biosanitaria con células madre se inscribe en una parcela del saber muy novedosa y con gran proyección, ya que se utiliza en múltiples especialidades médicas. Este tipo de células permite crear tejidos que reemplazan a otros lesionados por diversas enfermedades (Parkinson, Alzheimer, esclerosis, lesiones espinales...), con la ventaja de que, si proceden del mismo paciente, se reducen las posibilidades de rechazo.

Banco de Ojos del Hospital General Yagüe de Burgos

Los Bancos de Ojos se encargan de la provisión de tejidos oculares (córneas) que pueden ser empleados en la realización de trasplantes a pacientes con patologías oculares. Almacenan el material de trasplante ocular, resguardado en las condiciones necesarias para su correcto mantenimiento, para su posterior utilización. El trasplante de las córneas adquiere una importancia crucial, toda vez que hace posible la recuperación de la vista a muchas personas con discapacidades visuales. En particular, los trasplantes de córneas permiten, en gran medida, evitar la ceguera en niños, jóvenes y adultos. Los excelentes resultados que producen este tipo de intervenciones y su baja probabilidad de rechazo explican el aumento de la indicación de trasplantes.

Una de las acciones más destacadas y con más respaldo científico y médico que se han desarrollado en el área de asistencia sanitaria de la Obra Social de caja**círculo** fue la adquisición de un microscopio especular específico para el Banco de Ojos del

Hospital General Yagüe de Burgos. El Servicio de Oftalmología de este hospital había conseguido adquirir un microscopio endotelial para el examen de las córneas de los pacientes, tanto a los que se les iba a realizar un trasplante como a los que ya se les había realizado. Sin embargo, ese microscopio no era apto para analizar las córneas de un posible donante para el Banco de Ojos, por lo que resultaba necesario adquirir un microscopio especular específico para este fin. La Obra Social de caja**círculo** asumió su adquisición.

Según el responsable de Oftalmología del Hospital General Yagüe de Burgos, José Luis Pérez Salvador, este aparato (analizador de córneas modelo Konan Eka-98 y *software* de análisis endotelial KSS-300S) ha convertido a este complejo en un centro de referencia en Castilla y León. En la actualidad, el Banco de Ojos de Burgos no tiene lista de espera, a pesar de que en esta ciudad se atienden también a los pacientes de la provincia de Soria. En un año suelen practicarse entre diez y doce trasplantes de córnea, siendo las patologías más frecuentes las derivadas de herpes corneales producidos por un virus, mientras que las cataratas van en descenso. El queratocono o deformidad de la córnea es otra patología –cada vez más recurrente– que merece especial atención, ya que, según el doctor Pérez Salvador, en los últimos años se está registrando un incremento de córneas en mal estado entre los jóvenes, cuando hasta ahora esta dolencia afectaba más a las personas mayores.

Simulador de cirugía laparoscópica

La cirugía laparoscópica es una variante de la cirugía que permite, con mínimas incisiones, realizar técnicas quirúrgicas muy complejas que, hasta hace relativamente pocos años, precisaban de grandes aperturas en el abdomen. De aquí que también se denomine “cirugía no invasiva”. Las ventajas son múltiples: esta cirugía no sólo permite manejar de forma más precisa y delicada los órganos dañados, protegiendo otros, sino que minimiza el dolor posterior a la cirugía y reduce la tasa de infección de la herida operatoria, ya que los tejidos delicados internos del cuerpo no son expuestos al aire ambiental.

Para ser capaces de realizar estas técnicas, los cirujanos precisan una formación específica muy laboriosa, dada la amplitud de técnicas existentes y, en general, su notable complejidad. No en todos los centros sanitarios se dispone del material necesario para el entrenamiento adecuado de los cirujanos. Para suplir estas carencias materiales, la Obra

Social de caja**círculo** ha aportado la cantidad necesaria para la adquisición de un simulador en el Hospital General Yagüe de Burgos. Se trata de un medio informático, destinado a cirujanos de diversas especialidades, que reproduce con exactitud las técnicas quirúrgicas con sensación táctil, similar a los simuladores de vuelo de los pilotos.

Dado que muy pocos hospitales de España poseen este medio de aprendizaje de última generación, gracias a la aportación realizada por la Obra Social de caja**círculo** el Hospital de Burgos se ha convertido en un centro de referencia en el entrenamiento en cirugía laparoscópica a nivel nacional, y pionero en Castilla y León, donde no existe ningún otro simulador virtual en hospitales de la red pública. Ubicado en la Unidad de Investigación del Hospital General Yagüe, el simulador virtual permite a los cirujanos-residentes en formación, así como también a los cirujanos con amplia experiencia, adquirir mayor destreza y perfeccionar las técnicas quirúrgicas. Además, anualmente, y con la colaboración de caja**círculo**, se organizan en este complejo hospitalario cursos de cirugía laparoscópica, donde se entrena a cirujanos venidos de toda España en este tipo de técnicas.

La oferta de formación integral del cirujano a través del entrenamiento en cirugía laparoscópica ha supuesto el inicio de una clara mejora en la calidad asistencial de este centro hospitalario. Un 15 por cien de los procedimientos quirúrgicos se realizan ya mediante cirugía laparoscópica. En cirugía general y digestiva, el Hospital de Burgos ha alcanzado la altura de los grandes hospitales nacionales, arrastrando además en su desarrollo a otras especialidades, como la urología, ginecología y traumatología, todas ellas susceptibles de aplicaciones en cirugía laparoscópica¹. Por tanto, con la posibilidad del entrenamiento integral del cirujano, sin necesidad de desplazarse a otros centros hospitalarios nacionales o del extranjero, se ha logrado un desarrollo importante de la cirugía laparoscópica, que está revirtiendo fundamentalmente en beneficio de los usuarios burgaleses, quienes pueden disfrutar de una mayor calidad asistencial y un mayor confort al no tener que desplazarse a otros centros para acceder a este tipo de técnicas quirúrgicas avanzadas.

¹ Cabe destacar que todas las intervenciones para combatir la obesidad mórbida se realizan de esta forma, también el 94 por cien de todas las colecistectomías (cirugía de la vesícula biliar), el 88 por cien de las hernias hiatales, más del 65 por cien de la patología de la glándula suprarrenal y cerca del 15 por cien de la patología del colon.

Becas médicas

En relación con la formación y especialización de los profesionales médicos, caja**círculo**, en colaboración con el Colegio Oficial de Médicos de Burgos, convoca todos los años becas médicas para estancias en centros hospitalarios de otras ciudades, nacionales o extranjeras, con el fin de estimular el aprendizaje de nuevos métodos de diagnóstico y terapéuticos que sean de aplicación en hospitales públicos de la ciudad y la provincia de Burgos.

Iniciativas de divulgación de buenas prácticas sanitarias: la campaña "Respiración" y la publicación de "100 dosis de salud"

Coincidiendo con la celebración del "Año SEPAR para el control del tabaquismo", esta sociedad científica decidió realizar en 2007 una serie de acciones destinadas a prevenir que los jóvenes se inicien en el consumo del tabaco y ayudar a los fumadores a abandonar la práctica de fumar. En este contexto, la Fundación RESPIRA, junto con la SEPAR, y con la colaboración de caja**círculo**, puso en marcha la iniciativa denominada "Respiración".

Una de las acciones que SEPAR llevó a cabo fue una campaña itinerante, que recorrió gran parte de las ciudades en las que caja**círculo** tiene presencia, como Burgos, Valladolid, Madrid, Salamanca y Zaragoza, donde se impartió educación sanitaria sobre los efectos del tabaco y se prestó consejo sanitario para dejar de fumar, informando sobre los distintos tratamientos médicos disponibles para ello. Instalándose en las plazas principales de estas localidades, el camión "Planeta Respira" mostraba en su interior, además de paneles y vinilos interactivos, un espectacular audiovisual en tres dimensiones que describía el panorama actual a nivel mundial de una enfermedad que, según algunas estimaciones, ronda las 55.000 muertes cada año en nuestro país. Pero, de manera especial, la campaña tenía como objetivo la realización de pruebas inmediatas a todas aquellas personas que lo solicitaban. Profesionales cualificados atendían a los visitantes, fumadores o no, para saber el grado de contaminación en los pulmones por humo del tabaco mediante dos técnicas: la cooximetría (para conocer el monóxido de carbono que hay en los pulmones) y la espirometría (para medir la capacidad respiratoria).

Otra iniciativa de divulgación sanitaria desarrollada en 2007 ha consistido en la publicación del libro *100 Dosis de Salud*, coeditado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Burgos y **cajacírculo**. Este libro surge de la voluntad de la autora, Belén Villalmanzo Lara², y los editores de llevar la educación para la salud a todas las esferas de la sociedad: a la familia, las escuelas, las universidades, los centros de trabajo... La edición del libro responde a la convicción de que todas las personas son capaces de actuar como agentes de salud, entendiendo que esta última representa un bien social cuyo coste, aunque no tiene precio, es enorme.

Escrita con un lenguaje sencillo, claro y directo, pero no exento de precisión técnica y rigor científico, *100 Dosis de Salud* es una guía práctica de educación en temas de salud y nutrición de interés general para la población. Los cien artículos de divulgación contenidos en esta obra tratan sobre las afecciones más comunes, las adicciones más habituales, así como también sobre los diferentes aspectos de la alimentación, la nutrición y la seguridad alimentaria. En conjunto, este libro, cuya publicación ha respaldado **cajacírculo** permitiendo así que pueda adquirirse en las librerías comerciales a un precio muy asequible, contribuye a mejorar la información de los ciudadanos, dotándoles de conocimientos para que puedan actuar en la prevención y el autocuidado, sin perder la referencia de la consulta al médico cuando sea procedente.

Todas las actuaciones descritas en este artículo testimonian el compromiso de **cajacírculo** con la protección de la salud de la comunidad de la que forma parte. Con su Obra Social, **cajacírculo** alcanza a muchos ciudadanos, clientes o no de la entidad, que se benefician de las prestaciones y los servicios que impulsa y financia con creciente intensidad y con la firme voluntad de trabajar para mejorar las condiciones de salud de la sociedad.

² Licenciada en Farmacia y Directora Técnica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Burgos, goza de una sólida trayectoria como divulgadora y comunicadora en prensa, radio y televisión sobre salud.

La sanidad, una apuesta fuerte de la Obra Social de Caja España

SANTOS LLAMAS LLAMAS*

1. ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA: MÁS RECURSOS, MÁS ACTIVIDADES, MÁS BENEFICIARIOS

Las sociedades actuales buscan incesantemente mayor calidad de vida, un propósito que tiene como pilar fundamental la mejora de la salud de los ciudadanos. En España, las instituciones sanitarias públicas y privadas cubren todos los campos de asistencia sanitaria que demanda la ciudadanía, ofreciendo servicios y realizando inversiones que las obras sociales de las cajas de ahorros complementan.

Si hay un ámbito social que en los últimos años haya merecido un mayor apoyo por parte de la Obra Social de Caja España, éste es el de la asistencia social y sanitaria. En efecto, en este ámbito de actuación Caja España ha desarrollado, como Obra Social propia o en colaboración con otras instituciones públicas y privadas, una serie de programas y actividades con dos grandes objetivos: el primero consiste en prevenir posibles enfermedades y accidentes; el segundo, en paliar las consecuencias de unas y otros, hasta llegar, en la medida de lo posible, a una total recuperación y rehabilitación.

Desde principios de este nuevo siglo, la inversión realizada por la Obra Social de Caja España en el área de la asistencia social y sanitaria ha ido creciendo hasta alcanzar en el año 2007 un incremento del 252 por cien con respecto a 2003. El cuadro 1 recoge las cifras de las actividades, los beneficiarios y el volumen de la inversión efec-

tuada por la Obra Social de Caja España en esta área de intervención. Destacan los importantes aumentos de recursos en los años 2006 y 2007, marcando una evolución que tendrá continuidad en 2008.

En el gráfico 1 se detallan los recursos destinados al área de asistencia social y sanitaria sobre el total de los recursos de la Obra Social de Caja España entre 2003 y 2007. Los datos ponen claramente de relieve el empuje que está recibiendo esta área: en 2007, más de una cuarta parte de los recursos de la Obra Social ya se destinaban a financiar actuaciones de asistencia social y sanitaria. Algunas de las más relevantes, específicamente relacionadas con el ámbito sanitario, se relacionan en los siguientes apartados. Todas ellas forman parte de un programa ambicioso e ilusionante con el que Caja España se siente especialmente satisfecha.

2. EL SANATORIO PSIQUIÁTRICO "SANTA ISABEL" EN LEÓN

Este Sanatorio fue una Obra Social propia de la Caja desde 1965 a 1992, reconvirtiéndose en una Obra Social en colaboración con la Junta de Castilla y León en 1993. Se integró entonces en la red pública sanitaria, pasando a denominarse Hospital Psiquiátrico "Santa Isabel". A principios de los años sesenta, Caja León –hoy Caja España–, sensible ante las apremiantes necesidades de orden humanitario y asistencial que provocaban las enfermedades mentales, y atendiendo la indicación de la entonces Corporación Provincial, acometió la construcción del Sanatorio Psiquiátrico "Santa Isabel",

* Presidente de Caja España.

CUADRO 1

BENEFICIARIOS Y RECURSOS DESTINADOS POR LA OBRA SOCIAL DE CAJA ESPAÑA EN EL ÁREA DE ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA (2003-2007)

Año	Número de actividades	Número de beneficiarios	Recursos en miles de euros
2003	395	426.764	2.234
2004	558	626.153	2.866
2005	439	893.123	3.330
2006	459	834.034	4.850
2007	660	1.039.457	7.875

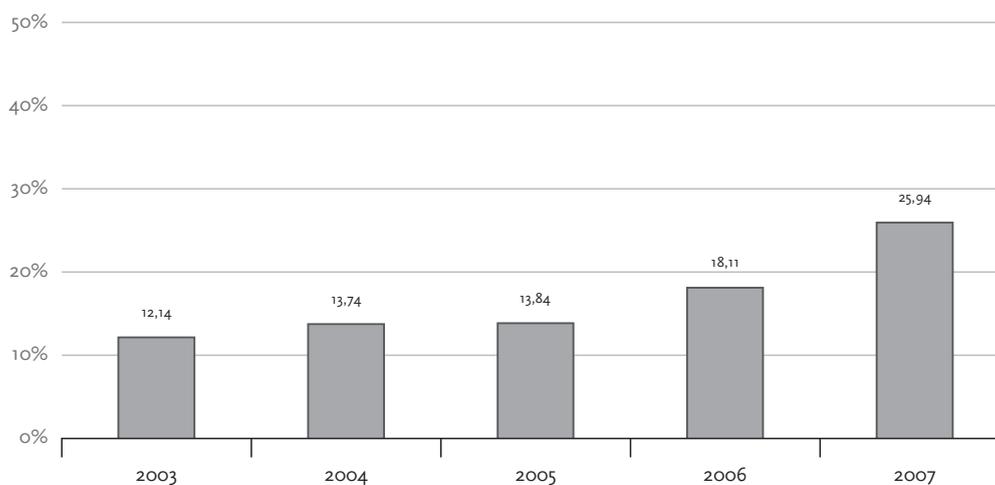
Fuente: Elaboración propia.

considerado imprescindible para la atención médica en la provincia de León. La creación del centro como Obra Social propia fue autorizada por el Ministerio de Hacienda, Dirección General de Banca, Bolsa e Inversiones, el 24 de marzo de 1961. El Sanatorio se construyó en una finca propiedad de la Caja en el término municipal de León, dotando a las edificaciones de las más modernas instalaciones y servicios. Se inauguró el 22 de marzo de 1965, con una capacidad inicial de 500 plazas,

destinadas a acoger a enfermos mentales de León que se hallaban dispersos en centros fuera de la provincia.

El desarrollo social y político de la sociedad española hizo a la Caja plantearse la conveniencia de iniciar gestiones cerca de las administraciones públicas en relación con el Sanatorio, ofreciendo su transferencia con fórmulas asequibles que facilitasen la absorción del centro y su integración en

GRÁFICO 1

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RECURSOS DE LA OBRA SOCIAL DE CAJA ESPAÑA DESTINADOS AL ÁREA DE ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA (2003-2007)


Fuente: Elaboración propia.

la red pública asistencial. Este proceso culminó en 1993, año en que se constituyó una Obra Social en colaboración con la Junta de Castilla y León que tiene por objeto el Sanatorio Psiquiátrico "Santa Isabel". Caja España cedió el uso de la finca, los edificios y las instalaciones afectos al centro, y efectuó asimismo una aportación a término para financiar la actividad de la Obra Social convenida. De este modo se completó la integración del centro en la red sanitaria y de acción social de la Comunidad, que pasó así a suceder a Caja España en la gestión del sanatorio.

3. LA CÁTEDRA EXTRAORDINARIA MANUEL ELKIN PATARROYO

La Fundación Instituto de Inmunología de Colombia, la Universidad de León, la Diputación de León y la Fundación Clínica San Francisco, conscientes de la especial significación y relevancia estratégica que la actividad biomédica ha adquirido para la economía y, sobre todo, para la sociedad, crearon en octubre de 2007 la cátedra extraordinaria Manuel Elkin Patarroyo. La Fundación Instituto de Inmunología de Colombia compromete la colaboración directa del Profesor Elkin Patarroyo –científico colombiano mundialmente reconocido por el desarrollo de la vacuna sintética contra la malaria– en las investigaciones que se desarrollen en el marco de esta cátedra extraordinaria, así como también su presencia en actos importantes relacionados con ella. Los trabajos de investigación que se han emprendido en el ámbito de esta cátedra se orientan hacia el desarrollo de una técnica de cultivos celulares que permita obtener una regeneración tisular completa en pacientes con defectos importantes en cualquier zona de su organismo (esqueleto, piel, globo ocular, corazón...), contribuyendo así a sentar las bases para la futura aplicación de células madre al tratamiento de diferentes patologías en Castilla y León.

Caja España colaborará en el proyecto con una aportación anual para el desarrollo de las actividades de investigación de esta cátedra, entre cuyos propósitos figura el de promover la constitución de un centro de excelencia en investigación biomédica de carácter internacional con sede en León. Se pretende que este centro de excelencia actúe como dinamizador de su entorno científico y clínico desde todos los puntos de vista que se estimen relevantes, ocupándose de desarrollar el programa formativo y las tareas de investigación que contribuyan a mejorar la formación de los alumnos en esta materia.

4. AYUDAS PARA INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA CON CÉLULAS MADRE

La voluntad de Caja España de impulsar la investigación biomédica también se ha plasmado en otras iniciativas. En el marco de una iniciativa conjunta de la Federación de Cajas de Ahorros de Castilla y León, Caja España contribuye al programa de ayudas a la investigación con células madre, uno de los campos más prometedores para el futuro de la sanidad. Se promueve de este modo el avance científico en la regeneración de tejidos mediante cultivos celulares aplicables al tratamiento de enfermedades degenerativas y de alto impacto socio-sanitario.

5. EL INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA APLICADA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

La Obra Social de Caja España colabora asimismo con el Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada (IOBA), adscrito a la Universidad de Valladolid y dedicado a la investigación, la aplicación práctica y las actividades docentes relacionadas con las enfermedades oculares. Entre los distintos aspectos que contempla el convenio de colaboración con el IOBA destaca la dotación de equipamiento industrial y técnico que contribuya al desarrollo de estudios de investigación oftalmológicos y a la realización de actividades docentes sobre la materia.

6. LA UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL EN VALLADOLID

La Obra Social de Caja España ha propiciado la creación de la primera Unidad de Daño Cerebral en Castilla y León. Mediante la firma de un convenio con las Hermanas Hospitalarias del Centro Benito Menni de Valladolid ha impulsado la constitución de un Servicio de Neurorehabilitación, especializado en el abordaje de las secuelas de daño cerebral adquirido. Los destinatarios de estos servicios son pacientes que han sufrido lesiones cerebrales como consecuencia de traumatismos craneo-encefálicos, enfermedades neurológicas,

accidentes cerebro-vasculares, etc. Ante la creciente demanda de afectados por estas lesiones –tanto en el terreno asistencial, como médico, legal y social–, se pretende facilitar a los afectados y a sus familiares el nivel óptimo de funcionamiento personal, familiar, social y laboral en función de las lesiones cerebrales sufridas.

Magos Solidarios, ha impulsado el desarrollo de un programa que incluye más de cien actuaciones por los principales hospitales y centros de discapacidad de Castilla y León.

7. EQUIPAMIENTOS SANITARIOS PARA MEJORAR LA ASISTENCIA PÚBLICA PRIMARIA Y HOSPITALARIA

En el marco de un acuerdo de colaboración de la Obra Social de Caja España con la Junta de Castilla y León suscrito en 2001, se firmó un convenio con la Consejería de Sanidad para la dotación de equipamiento de alta tecnología diagnóstica y de vehículos para la asistencia urgente en el ámbito rural. Este convenio ha supuesto, en el ámbito de la atención primaria, una dotación de 42 vehículos (once de ellos, “todoterreno”), para la atención de urgencias en centros rurales. En el ámbito de la atención especializada, la colaboración económica de Caja España ha permitido la adquisición de ecógrafos, equipos de ventilación y monitorización, desfibriladores, equipos de urodinámica y radiología, así como diverso material de quirófano, con los que se ha dotado a varios hospitales de la región.

Además, hay que destacar una importante inversión, fruto de este convenio, para la puesta en funcionamiento de un helicóptero sanitario medicalizado destinado a la asistencia de urgencias en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Este convenio se renovará en 2008, con el objetivo de seguir dotando de equipamiento de última tecnología a la red sanitaria de nuestra Comunidad.

8. “MAGIA EN LOS HOSPITALES”

Desde el convencimiento de que los efectos de la enfermedad se acentúan en el caso de los niños, cuando además es obligada la permanencia en un centro hospitalario, la Obra Social de Caja España ha puesto en marcha el programa “Magia en los hospitales”. Para paliar esos difíciles momentos de internamiento hospitalario, Caja España, en colaboración con la Fundación Abracadabra de

9. PUBLICACIONES DE DIVULGACIÓN SANITARIA

Como complemento a todas las actividades realizadas en pro de la asistencia sanitaria, la Obra Social de Caja España ha lanzado una línea de publicaciones orientadas a la difusión de los aspectos más relevantes en los cuidados a determinado tipo de enfermedades. Estas publicaciones, accesibles para el público en general por su lenguaje claro y sencillo, se ofrecen gratuitamente (a menudo en formato PDF) a centros sanitarios, asociaciones y personas interesadas.

La primera publicación llevó por título *Alzheimer. Familiares y cuidadores*, y se presentó como un manual de ayuda a los cuidadores de las personas afectadas, tanto familiares como cuidadores profesionales. El libro presta una contribución a la mejor comprensión de esta enfermedad, proporcionando información sobre ella, así como también sobre los recursos disponibles y las formas de acceso a ellos. Mediante la exposición de conocimientos indispensables para una mejor ayuda a las personas afectadas por la enfermedad intenta asimismo modificar creencias erróneas o actitudes equivocadas.

En esta misma línea también se ha publicado *Deshaciendo Nudos. Manual didáctico de enfermedad mental*, un texto que pretende ser útil a los enfermos mentales y, sobre todo, a sus familias, prestando especial atención al problema social y humano que ocasiona el cuidado de este tipo de pacientes.

10. LA CARPA DE LA SALUD

La última iniciativa de la Obra Social en el ámbito sanitario es un ambicioso proyecto que tiene como objetivo la divulgación de pautas sanas y la prevención de enfermedades cardiovasculares. Estas patologías ostentan el triste récord de ser la principal causa de mortandad en el mundo occidental, dejando al margen los accidentes de tráfi-

co. El ritmo de vida actual en los países industrializados ha supuesto un cambio radical con respecto a la forma de vivir de generaciones anteriores, y especialmente grave ha sido el cambio en los hábitos alimenticios.

La Carpa de la Salud recorrerá diversas ciudades tratando de concienciar a la población de lo sencillo que resulta, en realidad, controlar los diversos factores de riesgo. A partir de los resultados de una serie de pruebas de tallaje, peso, tabaquismo, índice glucémico y tensión arterial ofrecidas a los visitantes, se proporcionarán indicaciones y recomendaciones, en especial alimenticias, para poder controlar los valores dentro de los límites aceptables.

A las iniciativas brevemente expuestas se añaden otras actividades en diferentes ámbitos sanitarios, entre las que cabe citar algunas de las desarrolladas en el último año. Destaca en este apartado el apoyo a asociaciones de enfermos, como la Asociación de Lucha Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre de León (ALCLES), la Asociación Española Contra el Cáncer de Zamora, las Asociaciones de Laringetomizados de León o la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de León (ALFAEM). Mención aparte merece también la participación de Caja España en determinados programas de la Asociación de Ayuda a Niños con Cáncer de Navarra, que responden al propósito de facilitar la recuperación física de los pequeños. Asimismo se han establecido otros acuerdos de colaboración con instituciones públicas, como el Hospital Psiquiátrico "Doctor Villacián" (que gestiona la Diputación de Valladolid), aportando ayudas tanto para la adquisición de equipamiento como para el desarrollo de determinados programas socio-culturales orientados a la rehabilitación de los pacientes.

En definitiva, los datos sobre el crecimiento de los recursos económicos y la progresiva extensión del abanico de actividades desplegadas en el área sociosanitaria evidencian el genuino interés de Caja España en el avance del bienestar de la sociedad a través de la mejora de los servicios sanitarios. Ese interés se convierte en objetivo estratégico de su Obra Social; un objetivo para cuya consecución Caja España no sólo está dispuesta a proveer más medios, sino también a hacer un seguimiento atento y permanente de las demandas de salud de la sociedad y de las nuevas oportunidades que genera la investigación biomédica para satisfacerlas.

PANORAMA SOCIAL

Números publicados

2005

- N.º 1. España 2005: Debates y procesos sociales
- N.º 2. Dependencia y autonomía personal: Dilemas y compromisos

2006

- N.º 3. Infancia y juventud: Nuevas condiciones, nuevas oportunidades
- N.º 4. Envejecimiento y pensiones: La reforma permanente

2007

- N.º 5. El medio ambiente a principios del siglo XXI: ¿Crisis o adaptación?
- N.º 6. La reforma de la Universidad: Vectores de cambio

2008

- N.º 7. Las claves de la sanidad futura: Investigación y gestión

Pedidos e información:

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

Caballero de Gracia, 28
28013 Madrid

Teléfono: 91 596 54 81

Fax: 91 596 57 96

suscrip@funcas.es

www.funcas.es

P.V.P.: 15 € (IVA incluido)

ISSN 1699-6852



9 771699 685007