

Resumen

En este artículo se pretende desarrollar un diagnóstico no exhaustivo de la situación de la sanidad en Europa y, en especial, del sistema sanitario español partiendo de un conjunto de retos de la reforma sanitaria en España. En el marco de este diagnóstico enunciamos un conjunto de propuestas basadas en la evidencia de otros países de la Unión Europea que disponen de sistemas sanitarios similares al español y, en particular, el de Reino Unido. Finalmente, en una sección específica se discuten las prioridades de las diferentes reformas.

Palabras clave: sostenibilidad, reformas sanitarias, Unión Europea, sistemas sanitarios.

Abstract

This paper undertakes a non-exhaustive assessment of health care systems reform under the British influence, with especial reference to the Spanish health system. Drawing from the mentioned assessment we propose a set of reforms based on experiences other European health systems similar to Spain, and especially the British national health service. Finally, a final section discusses what priority different proposals should take.

Key words: financial sustainability, health care reform, European Union, health systems.

JEL classification: I12, I18.

REFORMA SANITARIA EN ESPAÑA DESDE LA EXPERIENCIA BRITÁNICA

Joan COSTA FONT

London School of Economics and Political Science (LSE)

I. INTRODUCCIÓN

EXISTE una amplia evidencia causal que apunta a que las mejoras en la salud generan externalidades a otros sectores de actividad económica (por ejemplo, la reducción de la población activa o al permitir alargar la edad laboral). A su vez, la salud de la población, más allá de estar determinada por la acción de los servicios sanitarios, está directamente afectada por decisiones de política económica (por ejemplo, una mayor presión laboral influye sobre la prevalencia de trastornos de ansiedad, ciertos cambios en la jornada laboral afectan a la obesidad del adulto, etc.). A este respecto, puede confirmarse su carácter estratégico más allá del sector sanitario (1).

No obstante, *el creciente peso del gasto sanitario ha llevado a las autoridades sanitarias a replantearse los mecanismos de financiación y reembolso propios de sus servicios sanitarios* con la finalidad de propiciar mejoras de su eficiencia. Asumiendo tal necesidad, la economía de la salud europea se ha centrado en el desarrollo de técnicas de evaluación económica, que permiten establecer prioridades sobre nuevos programas sanitarios en función de criterios de eficiencia social. A su vez, el análisis económico ha contribuido al diseño de mecanismos de cofinanciación y especialmente a replantear el debate sanitario en términos de incentivos. Si bien, como se argumenta más adelante, debido quizá a una excesiva politización de la sa-

nidad, el análisis de la productividad de programas sanitarios es aún una asignatura pendiente en la práctica de decisión pública.

En este artículo se recogen algunas de las principales recomendaciones académicas en el ámbito de la economía de la salud con el fin dar una explicación específica de los retos a los que se enfrenta la reforma sanitaria española bajo el ejemplo de la experiencia británica. A partir de este diagnóstico se pretende ofrecer una descripción, no exhaustiva, de la situación de los sistemas sanitarios en la Unión Europea y en particular del sistema sanitario español, destacando aquellas reformas que se consideran similares a las aplicadas en Reino Unido. A tal efecto, se trata en una sección específica la prioridad de algunas de dichas reformas.

II. RETOS

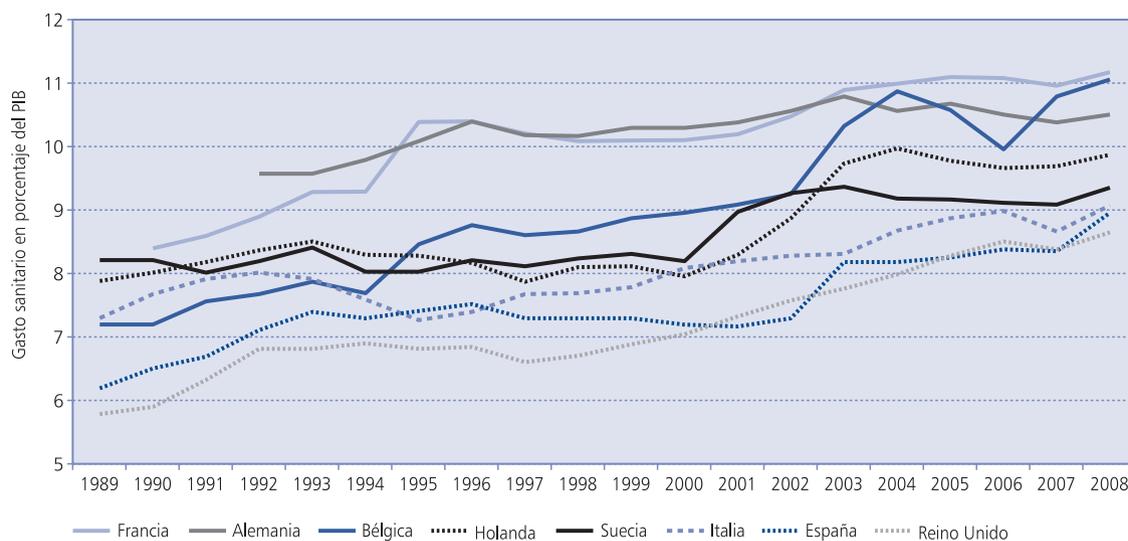
En las dos últimas décadas, los sistemas sanitarios europeos se han enfrentado a un conjunto de retos, entre los que cabe destacar los siguientes:

— Cómo financiar la sanidad a largo plazo («reto de la sostenibilidad»).

— Cómo organizar la sanidad para satisfacer una mayor proporción de la población (reto del «aseguramiento universal»).

— Qué mejoras es conveniente introducir para mejorar en la calidad de las prestaciones sani-

GRÁFICO 1
GASTO SANITARIO EN PROPORCIÓN (PORCENTAJE) DEL PIB EN ALGUNOS SISTEMAS SANITARIOS DE REFERENCIA EN EL PERÍODO 1989-2008



Fuente: OCDE, Health Data 2011.

tarias («reto de la innovación y la calidad»).

— Cómo afrontar el «reto de la vejez y la cronicidad».

— Cómo evitar los problemas institucionales derivados de las reformas y con ello hacer frente al «reto de la des-politización» de la sanidad.

— Finalmente, cómo evitar el «reto de la prevención».

La totalidad de los retos referenciados podría ser objeto de amplios estudios, pero las limitaciones de un artículo únicamente permiten destacar algunos de los aspectos más sugerentes de los mismos.

1. El reto de la sostenibilidad

La sanidad es una de las principales fuentes de expansión del gasto social en Europa, y su crecimiento supera otras fuentes de

gasto. Ello se debe a que el gasto sanitario ha crecido en toda Europa occidental muy por encima de la renta. Tanto es así que, cuando se examina la evolución relativa del gasto sanitario en España se constata que ha pasado de un 6 a un 9 por 100 de la renta nacional en dos décadas. El gráfico 1 muestra una perspectiva de dicho fenómeno comparativo entre España y otros países de la Unión Europea con los que por una razón u otra se podría establecer tal comparación. En cuanto a sus trayectorias, hay tres países que, como en el caso de España, financian la sanidad con impuestos generales y siguen trayectorias parecidas; nos referimos a Suecia e Italia y, muy especialmente, al Reino Unido. Todos ellos constituyen el grupo de países con menor gasto sanitario de la llamada UE-15.

En el gráfico 2 se amplía el seguimiento para un período más

largo (entre 1960-2009) respecto a la evolución relativa del Reino Unido, país parecido a España en términos de modelo institucional. Se muestra como a raíz de la implantación de la Ley General de Sanidad de 1986 se produjo una convergencia en gasto relativo, en claro paralelismo a la evolución del mismo en Reino Unido. Si bien hay que tener en cuenta que la composición del gasto sigue siendo distinta entre ambos países, dado que existe una ligera mayor participación del gasto privado en España, debido en gran parte a la importancia de los seguros sanitarios en algunas comunidades autónomas, y a la mayor contratación privada de asistencia dental.

De todo ello podemos concluir que, en general, se ha producido en Europa una expansión del gasto a unos niveles sin parangón. De acuerdo con las pre-

visiones de la OCDE, el gasto sanitario se espera aumente entre un 3,5 y un 6 por 100 del PIB entre 2005 y 2050, según los diferentes escenarios estudiados (OCDE, 2007). Ello supondría que el peso de la sanidad en la economía europea se doble en los próximos cuarenta años, lo que supondría en el caso español que la sanidad contribuyera entre el 11 y el 15 por 100 del PIB en el año 2050. Las previsiones para Estados Unidos, país que actualmente presenta el mayor gasto sanitario relativo al PIB (16 por 100), sugieren que, si nada cambiara, el gasto sanitario se situaría cerca del 50 por 100 del PIB (Congressional Budget Office, 2007). En consecuencia, la primera cuestión a plantear es la siguiente: ¿Cuáles son las fuerzas expansivas del gasto?

El gasto sanitario presenta una alta dinamización en las últimas décadas debido a dos factores: en primer lugar, por el mayor *pool* de demanda asociado a un mayor aseguramiento *quasi* universal, y, en segundo lugar, el mayor peso de una innovación que cada vez está sujeta a menores retrasos (Varol *et al.*, 2011). Ambos factores tienen trayectorias que no son necesariamente coincidentes, pero que ejercen una presión al alza conjunta (2).

Si bien conviene recordar que la sostenibilidad no solamente es cuestión de gasto, dado que depende también en parte de decisiones de financiación. *Cada sociedad debe definir qué paquete de prestaciones tiene un carácter básico y, por lo tanto, cuáles deben tener un carácter universal y cuáles de las prestaciones son accesorias* (3). Por otro lado, debe definirse qué grado de aversión presenta la sociedad a la desigualdad en salud. En general

GRÁFICO 2

CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA Y EL REINO UNIDO (En porcentaje del PIB)



Fuente: OCDE, Health Data 2011.

cabría esperar que fuera superior a la desigualdad en renta, dada la mayor incertidumbre existente en relación a la producción de salud (Costa-Font y Hernández-Quevedo, 2012). Todo ello influye en el diseño de copagos o, de forma más genérica, en la cofinanciación de las prestaciones. Finalmente, otra cuestión sustancial es la *prioridad política que la sanidad debe tener como partida de gasto en relación con otras áreas de intervención pública*. A este respecto, se observa en España que la sanidad es la principal área de gasto en términos de prioridad o de disponibilidad en el pago de impuestos (Costa-Font y Rico, 2006). Ello contrasta con la distribución de las partidas de gasto, lo que parece indicar que existe poca participación pública en la toma de decisiones, o su equivalente, que existen problemas de agencia imperfecta entre el ciudadano y el decisor público.

2. El reto del aseguramiento y la universalidad

El segundo reto enunciado es el de garantizar una cobertura amplia de prestaciones sin que se produzcan incentivos a un uso ineficiente de los recursos. Para exponer esta cuestión basta apuntar el llamado «quadriema de los servicios sanitarios» (Weisbrod, 1991), donde se pone de manifiesto la necesidad de elección entre el cambio tecnológico, el aseguramiento, la calidad de la atención y la contención de costes. El aseguramiento sanitario ofrece incentivos al cambio tecnológico y a la mejora de la calidad, pero es incompatible con la contención de costes. Tanto es así, que la contención de costes como tal, puede dar como resultado pérdidas de calidad y el retraso en la adopción de nuevas tecnologías. En efecto, los sistemas sanitarios son una «máquina en constante crecimiento» en la

medida en que el catálogo de tratamientos se va ampliando progresivamente sin disponer de límites tecnológicos *ex ante*. Esta es la cuestión de la política sanitaria que supone no replantearse, pero sí redefinir, la noción de universalidad para incorporar la de eficiencia o coste-efectividad.

El término «universalidad» no es aclaratorio en modo alguno para definir el catálogo de prestaciones de un sistema. Así, podría referirse tan solo al «acceso» —lo que supone que el Estado debe garantizar que nadie queda excluido por razón de recursos (4)— o, en su caso, a la «financiación». En este último caso citado, la atención sanitaria sería públicamente financiada en su práctica totalidad. *En esta línea, mientras que en la mayoría de países europeos hay una cierta coincidencia sobre la universalidad en el acceso, prácticamente ningún sistema se define actualmente en función de la universalidad en la financiación, dados los problemas de incentivos a la eficiencia, ya sea para el proveedor, la industria y el paciente que ello generaría.* En este particular, cabe resaltar los incentivos perversos a la sobreutilización o azar moral, si la población no percibe de una forma transparente su coste en términos impositivos. Los mecanismos para evitar las ineficiencias asociadas a la falta de incentivos residen en la participación en el coste, en forma de «*ticket moderador*» hacia el consumidor, y la introducción de mecanismos de pago prospectivo a los proveedores con ajustes de riesgo, a la vez que incentivos a la productividad (por ejemplo, haciendo uso de presupuestos individuales).

Ciertamente, la crítica clásica a la introducción de mecanismos de participación en el coste (*cost sharing*), entre ellos el llamado copago,

redunda en consideraciones de equidad. Si bien se podría diseñar un mecanismo que incorpore ajustes por nivel de rentasituación laboral. Con lo que es posible garantizar equidad y mantener inalterados los incentivos a la eficiencia. Otra crítica es la referente a la complejidad administrativa que ello supone, si bien actualmente constituye una crítica poco razonable debido al amplio desarrollo de las tecnologías de información (gracias a la extensión de la tarjeta sanitaria. Quizá la crítica más sólida sería la que se basa en que el copago reduce los incentivos de la clase media al apoyo de mejoras en la sanidad pública. No obstante, no existe una evidencia clara al respecto. Así, en el caso americano, hay evidencia de que el copago puede traer ligeras mejoras de calidad (Costa-Font y Gemmill, 2011), si bien la capacidad de ahorro del copago es también limitada dadas las estimaciones que sugieren elasticidades de precio entre 0,2 y 0,3 (Newhouse, 1992; Gemmill et al., 2007). Como criterio general, si los copagos se combinan con la universalidad en el acceso y con el mantenimiento de la calidad asistencial, sería posible evitar que la población dejase de utilizar la sanidad pública y decida progresivamente utilizar la vía de seguros privados (Costa-Font y Jofre-Bonet, 2008) como forma principal de acceso a la sanidad.

3. El reto de la innovación y la calidad

Sin lugar a dudas, el principal de todos los retos enunciados es el de la innovación. Desde hace más de tres décadas, sabemos que *la innovación sanitaria es el principal motor del gasto* (Newhouse, 1992). Para que la salud de la población siga en aumento son necesarios nuevos tratamien-

tos que permitan mejorar la calidad asistencial. Si bien, ello choca con la existencia de un techo de gasto, tal como enuncia Weisbrod (1991). Por otro lado, un estudio reciente (Eggleston et al., 2011) demuestra que *cuando se ajusta el gasto en el tratamiento de la diabetes por las mejoras de calidad asociadas a la innovación, ese gasto ajustado no ha sufrido incremento en las últimas décadas.* Este último resultado nos debería llevar a pensar que, a menudo, las decisiones de gasto en sanidad no pueden centrarse solamente en minizar costes para ser eficientes y que tales costes deberían conllevar ajustes por unidades de efectividad. *En definitiva, se trata de escoger «entre la sanidad de hace dos décadas con costes de hace dos décadas, y la sanidad de hoy con los costes de hoy».*

Dar solución al problema de la innovación y la calidad pasa necesariamente por *establecer un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias*, a través de agencias especializadas (tal es el caso de la Agencia Catalana d'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdicas y de otras que se han ido desarrollando posteriormente en España). Las agencias españolas deberían coordinar sus acciones con otras agencias europeas y, particularmente, con la agencia británica (National Institute for Clinical Excellence, NICE). A este respecto, podemos considerar la agencia británica y su funcionamiento como un auténtico referente para España.

La agencia británica NICE ha desarrollado y llevado a la práctica las técnicas de evaluación económica basadas en criterios coste-efectividad, utilizando como medida de resultado el llamado Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC, o QALY en inglés). La función del NICE consis-

te en ofrecer recomendaciones a todos los agentes sociales sobre el uso de nuevas tecnologías en términos de impacto sobre la eficiencia social. Así, para poder tomar decisiones respecto de tratamientos heterogéneos, es conocido el llamado límite del coste—efectividad de 30.000 libras por AVAC, como barrera superior para que una tecnología tenga una recomendación de reembolso (McGuire, 2012)—. Por su parte, ello supone que innovaciones de menor importancia queden fuera de las decisiones de reembolso. No obstante, *el reto se concreta no solamente en evaluar los nuevos tratamientos, sino también los existentes para así poder decidir de forma dinámica qué debe incluirse en la cartera de servicios y tratamientos a reembolsar*. La evaluación económica ofrece criterios objetivos para la toma de decisiones sobre nuevas tecnologías, y con ello

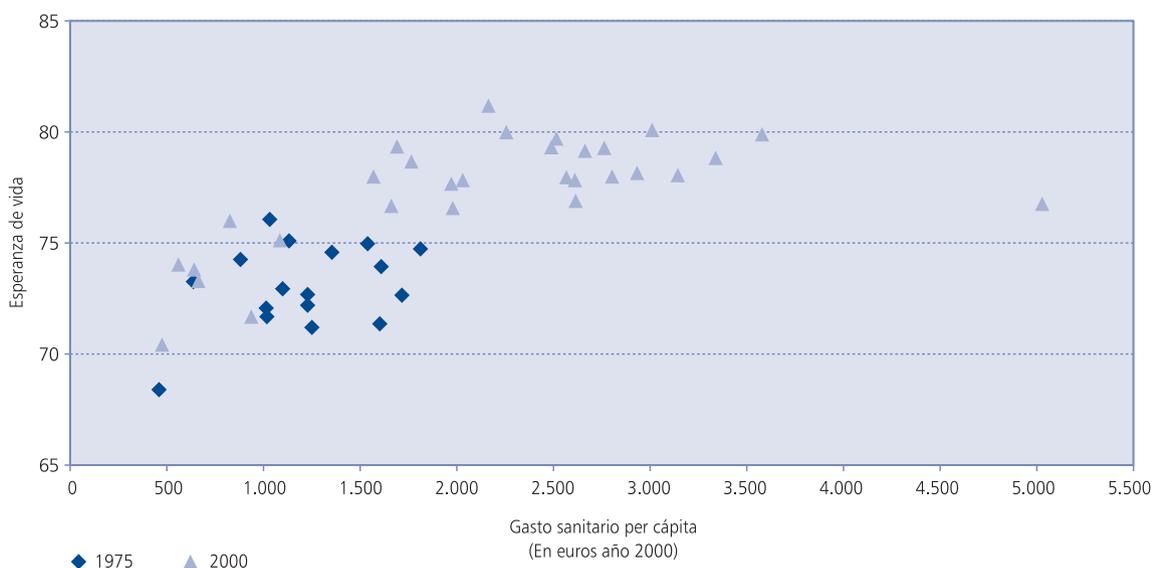
atenuar las reiteradas campañas de presión social que la industria desarrolla para financiar productos menos innovadores y de menos coste-efectivos. Así pues, el reto esencial que debemos afrontar consiste en identificar qué innovaciones nos podemos permitir, lo que implica, a su vez, aceptar la necesidad de evaluar tecnologías en términos de recursos. No hacerlo supondrá renunciar a otras mejoras de eficiencia derivadas de no utilizar tales recursos a otros fines más productivos en términos de salud.

Finalmente, cabe señalar que algunas innovaciones producen ahorros en el sistema, en la medida en que se reduce la probabilidad de discapacidad o de hospitalización. Asimismo, las innovaciones en las tecnologías de la información permiten mejoras en la gestión, así como en la evaluación e identificación de ineficiencias.

4. El reto del envejecimiento y la cronicidad

España es, conjuntamente con Italia, representativo de los países con mayor envejecimiento de Europa. El problema del envejecimiento es una de las cuestiones más complejas por lo que hace referencia a presiones socio-económicas sobre el sistema sanitario. Existe un cierto consenso en que el gasto sanitario (hospitalario) no varía con la edad de la población cuando se tiene en cuenta los últimos (dos) años de vida del individuo (gráfico 3), o, lo que es lo mismo, el tiempo hasta el fallecimiento (*time to death*) (Breyer *et al.*, 2010; Zweifel *et al.*, 1999). No obstante, la fase de envejecimiento poblacional comporta que una mayor parte de la población está sujeta durante más tiempo a problemas de cronicidad y, en general, a enfermedades que eran de menor

GRÁFICO 3
ESPERANZA DE VIDA Y GASTO SANITARIO EN LA OCDE ENTRE 1975 Y 2000



Fuente: OCDE, Health Data 2010.

importancia cuantitativa en el pasado y que en la actualidad son cada vez más prevalentes (por ejemplo, demencia senil, Alzheimer, Parkinson, etc.). Existe al respecto una paradoja en el sentido de que *si bien para enfermedades agudas se observa una compresión de la morbilidad —y cada vez hay más «población de edad avanzada saludable»—, por otro lado se observa un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como consecuencia del envejecimiento*. Algunas estimaciones para Estados Unidos apuntan a un incremento de hasta diez veces en el coste de las enfermedades crónicas, en particular del Alzheimer, con un coste total asociado a la demencia de un 1 por 100 del PIB (World Alzheimer Report, 2011). *No obstante, en todas las proyecciones existe una elevada incertidumbre estadística, asociada a los cambios en los estilos de vida que a veces no apuntan en una única dirección* (por ejemplo, se observa un aumento de la obesidad pero con mejoras en la prevención). Por otra parte, no hay dudas sobre el efecto del envejecimiento en el uso de servicios de atención a la dependencia (Costa-Font *et al.*, 2008), si bien no todos los países cuentan con un modelo que integre «estado-mercado y familia», como es el caso británico. A este respecto, el modelo británico recoge dos propuestas: *a)* la propuesta Wanless, en 2006, que planteaba una alianza público-privada donde los costes son compartidos entre los individuos y el Estado, y *b)* la llamada «propuesta Dilnot», en 2011, que planteaba un modelo de franquicia, con un límite al gasto individual de dependencia de 35.000 libras, a partir del cual el Estado pasa a dar cobertura al individuo (5). No obstante, ninguna de ellas se ha llevado a la práctica.

5. Politización de la sanidad

Dar solución a todos los retos anunciados anteriormente resulta costoso si la sanidad sigue siendo objeto de politización. En otras palabras, si las reformas necesarias quedan fuera del espacio de elección por no ser electoralmente viables, al afectar los intereses de un grupo establecido (6). Ello lleva a que incluso aquellos gobiernos más reformistas a menudo tienden a concentrarse en reformas que son más visibles (por ejemplo, caso del copago), olvidando otras cuestiones más trascendentes pero con menor visibilidad política. Asimismo, es frecuente que algunos gobiernos lleven a cabo una política para satisfacer a grupos de interés (por ejemplo, seguros privados o redes de hospitales privados) bajo la excusa de una reforma. Por ejemplo, en Reino Unido se muestra que si bien el efecto de la competencia entre proveedores públicos redundaba en la mejora de la eficiencia y la equidad del sistema, que la introducción de agentes privados en competencia con hospitales públicos no tiene un impacto sobre la calidad y la eficiencia (Cooper *et al.*, 2011). Sin embargo, la reforma del año 2012, llevada a cabo por el nuevo gobierno conservador, sacó adelante una propuesta de mayor intervención del sector privado sin evidencia de sus posibilidades de éxito.

6. El reto de la prevención

Las necesidades de la población son cambiantes en la medida que la demanda de servicios sanitarios se produce para atender una mayor cronicidad y, en general, se observa un desarrollo de enfermedades no comunicables, especialmente enfermedades tumorales (por ejemplo, cánce-

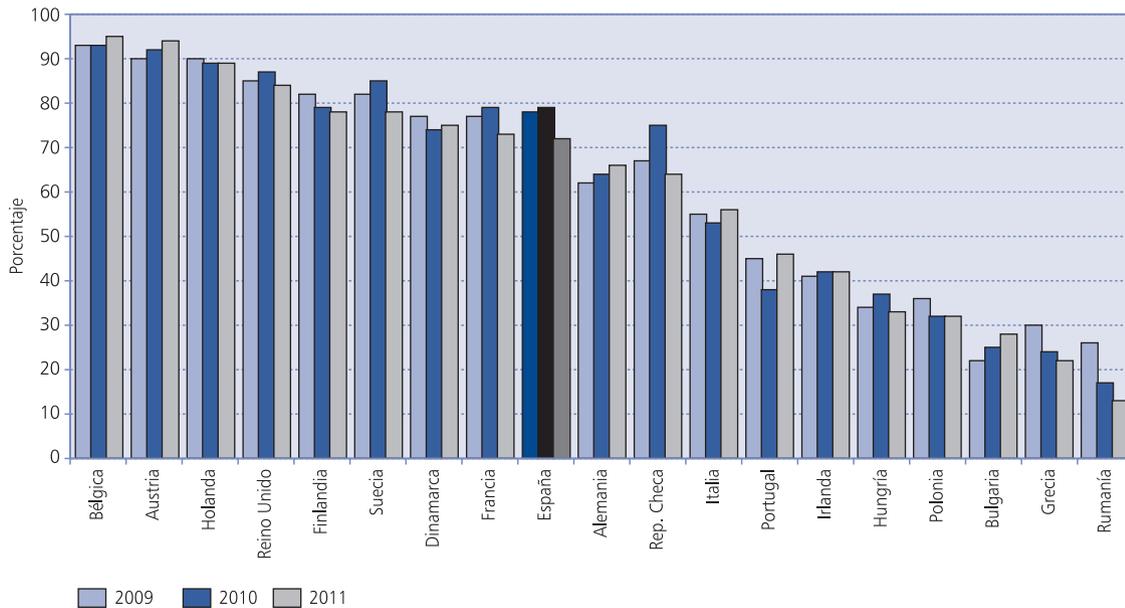
res) y mentales (por ejemplo, depresión y ansiedad), que tienen un mayor peso en la demanda asistencial. Según Murray y López (1999) las enfermedades no comunicables representaban un 27 por 100 de la morbilidad en 1990, y en 2020 se estima que esta proporción aumente al 43 por 100. Ello supone un rediseño del sistema sanitario hacia un mayor peso en la prevención de enfermedades como el cáncer o la depresión.

III. DIAGNÓSTICO

Partiendo de los retos enunciados, es posible diseñar algunas propuestas de organización que cabría plantear en el sistema sanitario español (7). En el gráfico 4 se observa el porcentaje de población que piensa que la provisión de salud actual en el país es buena o muy buena. En estos términos, es posible situar a España en un nivel intermedio de valoración entre otros países europeos. No obstante, como muestra el gráfico 5, existe una relación cóncava entre satisfacción y gasto sanitario público, lo que nos podría llevar a concluir de forma «muy tentativa» que, superado un determinado nivel de gasto en sanidad, se producen aumentos cada vez menores en términos de satisfacción con el sistema sanitario. *De ser así, cabría hablar de un supuesto nivel óptimo de inversión en salud*. No obstante, la satisfacción hacia el sistema sanitario recoge fundamentalmente mejoras en el proceso de producción de servicios sanitarios, y no la evaluación de las actividades en términos de salud. Lamentablemente, este segundo ejercicio requiere información de resultados por programa, y solamente en algunos países se cuenta con evidencia clara a este respecto (Martin *et al.*, 2008).

GRÁFICO 4

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE PIENSA QUE LA PROVISIÓN DE SALUD ACTUAL EN EL PAÍS ES BUENA O MUY BUENA



Fuente: Encuesta Eurobarómetro, Eurostat.

1. Incentivos a proveedores y pacientes

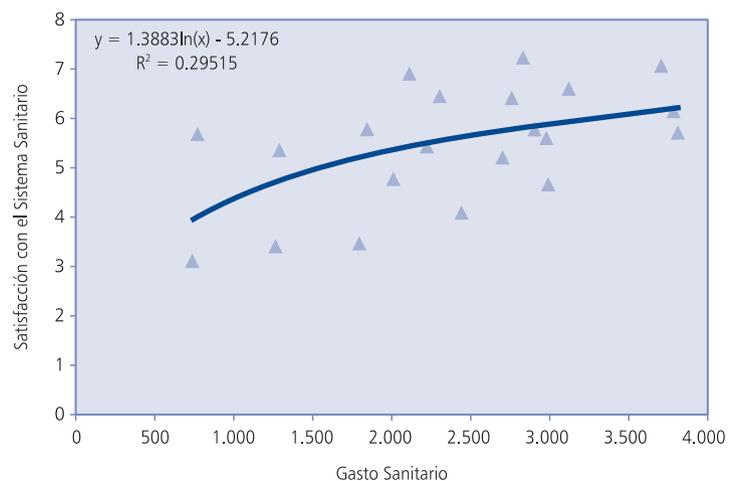
Con el fin de afrontar el reto del aseguramiento, de la calidad y de la sostenibilidad, el sistema sanitario español necesita de una reforma de los incentivos a proveedores y pacientes. En otras palabras, es necesario diseñar contratos que permitan adecuar el reembolso de profesionales e instituciones por resultados y no por actividad (*pay for performance*, utilizados en Reino Unido bajo el llamado «Quality and Outcomes Framework» desde 2004). La evidencia española sugiere que el 32 por 100 de las prescripciones de antibióticos son inadecuadas, el 55 por 100 de las faringoamigdalitis son inapropiadamente tratadas o el 53 por 100 de los tratamientos para la osteoporosis están mal indicados (Bernal, 2012).

No existe una receta mágica para eliminar completamente los problemas de calidad en la aten-

ción sanitaria, pero parte de la solución supone el establecimiento de objetivos que no solamente

GRÁFICO 5

SATISFACCIÓN Y GASTO SANITARIO PÚBLICO



sean cuantitativos sino que especifiquen un nivel de calidad de la atención que el proveedor debe asumir. En caso de estar bien definidos tales tipos de contratos, sería posible aumentar la calidad y la eficiencia en su conjunto. La experiencia británica en atención primaria se centró en definir 146 indicadores clínicos de calidad asociados a diez enfermedades crónicas. Ello se combinó con la introducción de la receta electrónica y la informatización de todos los sistemas, acompañado de un ligero aumento en los recursos disponibles para atención primaria.

Por otra parte, los incentivos a los pacientes o asegurados se centran en eliminar problemas de azar moral, es decir, los riesgos que inducen a la sobreutilización o al sobreconsumo de medicamentos. Ello supondría establecer un *ticket* moderador tal como existe en Reino Unido, que contara con excepciones basadas en indicadores de situaciones socioeconómicas (por ejemplo, población desempleada con rentas por debajo de un mínimo, mujeres embarazadas, población infantil, etc.), en los que el copago supondría una barrera de acceso. A su vez, el copago podría ser distinto en función del nivel de renta. Tal medida supondría en el caso español que a algunos grupos de población excluida (por ejemplo, pensionistas de renta elevada) en tal circunstancia se les requería una participación en el coste, en tanto que otros colectivos no excluidos, pero en condiciones socioeconómicas de necesidad, podrían beneficiarse del nuevo sistema (Costa-Font y Puig, 2007). Quizá uno de los beneficios principales que se pudiera atribuir al copago sería una cierta reducción del consumo inadecuado de medicamentos por parte de la población de mayor edad (Costa-Font y Gemmill, 2011).

2. Capacidad de elección y competencia

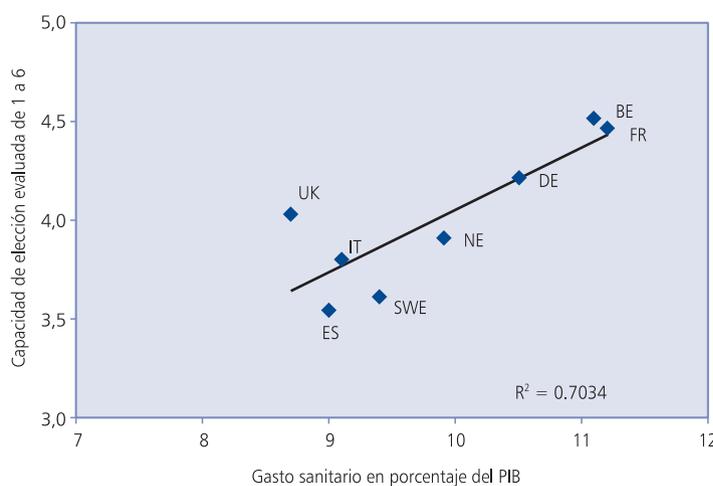
En el modelo español se percibe que una parte de la población utiliza la sanidad privada como sistema de acceso a los servicios sanitarios. Ello se debe, entre otras razones, a la limitada capacidad de elección que ofrece la sanidad pública, y también a la rapidez con la que acceder al especialista, a los menores trámites exigidos y a los beneficios asociados a hotelería y otros aspectos accesorios (Costa-Font y Jofre-Bonet, 2008). Existe la certeza de que una parte de la población seguirá comprando seguros por razones de cautividad, al igual que otra parte seguirá cautiva a la sanidad pública (Costa-Font y García-Villar, 2010). No obstante, solamente una expansión de la capacidad de elección podría limitar el crecimiento del porcentaje de la población que utiliza seguros sanitarios privados, con el consiguiente riesgo de dejar de

apoyar reformas en la sanidad pública. El gráfico 6 revela que la sanidad española está a la cola de un conjunto de países analizados, en términos de percepción de capacidad de elección en el sistema público, que se debe en parte a una cuestión de recursos y también a una cuestión de diseño. En efecto, Reino Unido ha desarrollado amplias reformas para aumentar la capacidad de elección de la población, lo que le sitúa prácticamente el nivel de Alemania en esta dimensión (y por encima de Holanda) con un 25 por 100 menos de gasto sanitario.

En Reino Unido, los médicos de primaria están obligados a ofrecer a los pacientes que requieren de cirugía electiva una selección de cuatro o cinco proveedores hospitalarios y permite a los pacientes decidir la fecha y el momento de su intervención en clínica ambulatoria, mientras que el sitio web «NHS Choices»

GRÁFICO 6

CAPACIDAD DE ELECCIÓN Y PORCENTAJE DEL GASTO SANITARIO EN RELACIÓN AL PIB



Fuente: OCDE (Gasto sanitario) y Encuesta de Salud Europea (percepciones sobre la capacidad de elección).

ofrece al público la oportunidad de comparar los hospitales, los perfiles del médico y su rendimiento. En abril de 2008 el programa de elección se amplió para hospitales públicos o privados que cumplieran con las normas establecidas.

La otra cara de la moneda es la competencia entre proveedores. Modelos como el catalán, con amplia descentralización institucional (López-Casasnovas *et al.*, 2009) permiten el desarrollo de tales mecanismos para mejorar la calidad y la eficiencia. En Reino Unido se dio prioridad a este modelo bajo el gobierno conservador en 1991, el llamado «mercado interior», donde el sistema nacional de salud desarrollaba contratos con los proveedores con la finalidad de propiciar mejoras de eficiencia y calidad. Se asignaron presupuestos para la compra de servicios hospitalarios y los medios de atención primaria para gestionar un presupuesto (*fundholders*) para la contratación de servicios para pacientes a su cargo. No obstante, en 1997, con la elección de un nuevo gobierno, se sustituyeron los presupuestos por paciente a presupuestos por grupos de atención primaria cuya funcionalidad era asumir el papel de intermediarios entre la atención primaria y la secundaria, puesto en marcha a partir de 2004, y financiado por capitación ponderada. Finalmente, la última reforma realizada en 2012 supone dar el poder de gestión de nuevo a los médicos de atención primaria que conjuntamente toman el control de alrededor del 80 por 100 del presupuesto del sistema nacional de salud. Asimismo, se prevé reforzar el papel de los proveedores privados en el sistema nacional de salud.

3. Profundización en el federalismo fiscal

Para hacer frente a los retos de politización y sostenibilidad, España debería mejorar el diseño institucional del sistema sanitario. En efecto, la provisión de servicios sanitarios, de la misma manera que ocurre en otros países de la dimensión de España, están descentralizados. Si el modelo territorial está definido de forma eficiente, es posible aprovechar la heterogeneidad de preferencias a la vez que introducir la posibilidad de innovar a menor escala y coste (Costa-Font y Pons, 2007). Ello supone aceptar una cierta diversidad para acomodar diferencias en preferencias (por ejemplo, una mayor demanda de atención privada, en el caso de Cataluña) y necesidad (por ejemplo, una mayor necesidad de atención a la dependencia, en el caso de Cantabria), sin tener las pérdidas de eficiencia que se producirían debido a una provisión más centralizada y uniforme (Costa-Font, 2010), que se observa en países como Reino Unido y conducen a niveles de desigualdad en el gasto per cápita muy superiores a los de España (López-Casasnovas *et al.*, 2005). Todo ello puede ajustarse con mecanismos de nivelación que permitan compensar por diferencias regionales en capacidad.

El modelo de descentralización sanitaria en España es en parte responsable de las mejoras en la satisfacción hacia el sistema sanitario (Costa-Font, 2012), en que la descentralización se correlaciona con una mejora de la satisfacción hacia el sistema sanitario, circunstancia que se constata tanto en las comunidades autónomas con competencias transferidas como en las demás. No obstante, ello ha sucedido en parte como resultado de un aumento en el gasto a lo largo del tiempo, que ha dado

lugar a importantes déficits a nivel autonómico.

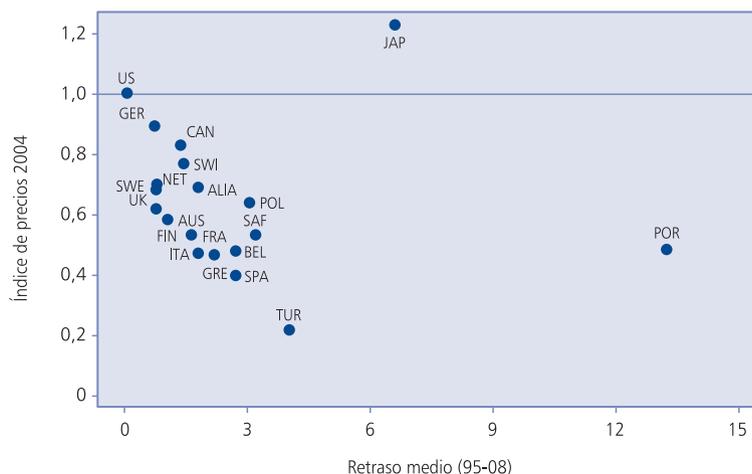
Si bien la existencia de déficits se debe en parte al diseño del sistema, financiado a partir de transferencias per cápita (con mínimos ajustes) que ofrecen limitados incentivos a la eficiencia. Ello provoca que las restricciones de recursos sean percibidas como no muy restrictivas (*soft budget constraints*) por parte de los responsables autonómicos, más interesados en ser reelegidos que en evitar la generación de déficits públicos. Así pues, el rediseño de los mecanismos de federalismo fiscal a que se enfrentan las comunidades autónomas y la profundización de la descentralización sanitaria son parte de la solución a los problemas del sistema sanitario en España.

En Reino Unido, el Parlamento escocés tiene el poder de exigir responsabilidades al ministro de Sanidad y tiene capacidad de decisión respecto a la asignación de su presupuesto. El presupuesto de salud se toma de un presupuesto global de fines generales para los servicios públicos que se transfiere anualmente con una fórmula específica (no basado en las necesidades) conocido como la fórmula de Barnett de distribución de los recursos públicos en el territorio. Este sistema asegura que el presupuesto público de gastos crezca en relación con el gasto en los servicios públicos en Inglaterra. Así, el gasto en salud en Escocia ha crecido a un ritmo más lento que en Inglaterra.

4. Reducir el «retraso innovativo» y la introducción de medicamentos genéricos

Finalmente, con el fin de afrontar los retos de calidad y la soste-

GRÁFICO 7
PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y RETRASO EN INNOVACIÓN

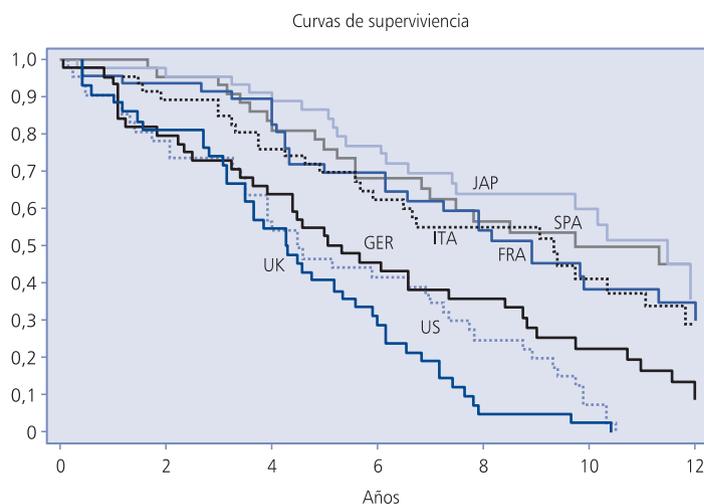


Fuente: Varol et al. (2011).

unos precios más elevados por sus productos, tal como muestra el gráfico 7.

No obstante, parte del retraso en la entrada de nuevos productos se debe a barreras de entrada, tanto legales como administrativas. Ello puede afectar de forma muy importante a la eficiencia cuando afecta a medicamentos genéricos que generalmente suponen un ahorro de recursos al sistema. El gráfico 8 muestra las curvas de supervivencia de los medicamentos genéricos en los principales países de la OCDE, donde puede apreciarse que para España se observan los mayores retrasos, en tanto que los medicamentos relativamente antiguos se mantienen en el mercado por un largo período de tiempo.

GRÁFICO 8
RETRASO EN LA INTRODUCCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS



Fuente: Varol et al. (2011).

No obstante, en último término un país como España debe decidir qué innovaciones puede permitirse reembolsar. En Reino Unido, la evaluación de Tecnologías Sanitarias parte de la creación del NICE en 1998, cuya principal función es la evaluación del coste-efectividad de los diferentes programas que solicitan ser reembolsados por el sistema nacional de salud. A su vez, realiza recomendaciones clínicas y establece criterios de calidad. Resulta importante destacar que algunas recomendaciones son de uso obligatorio, salvo que el Ministerio se adelante a la decisión del NICE, y el objetivo último es ofrecer una valoración de la aportación de cada tratamiento para guiar de momento su reembolso. En un futuro, su aplicación debería garantizar que el precio de los medicamentos en el mercado refleje la innovación y la calidad relativa. Al respecto, las agencias existentes en España ubicadas en algunas comunidades autónomas carecen de las funciones específicas del NICE.

nibilidad, España debe establecer qué nivel de retraso en innovación quiere afrontar. Esta es una de las decisiones a tomar cuando

se fija el precio de los medicamentos, dado que la industria tiende a entrar primero en aquellos países donde puede obtener

5. Mayor prioridad a la atención mental y a la dependencia

Cada vez resulta más clara la relación entre la salud física y la mental. La atención mental, también llamada en la literatura internacional «cenicienta del servicio sanitario», está especialmente relegada a un segundo plano cuando es posible que sea una de las causas indicativas no solamente de las desigualdades en salud sino de la epidemia de obesidad y de la utilización excesiva de servicios sanitarios. La salud mental en España únicamente tiene carácter prioritario en algunas comunidades autónomas y existe una amplia variabilidad en su gasto entre Cataluña y País Vasco, Andalucía y Madrid (Salvador Carulla *et al.*, 2010). La evidencia en Reino Unido sugiere una elevada rentabilidad de la inversión en salud mental (Layard *et al.*, 2010). Algunas estimaciones sugieren que un 10 por 100 de los adolescentes españoles sufren depresión y es conocido que esta puede tener efectos a largo plazo en la vida de tales personas (AEPNYA, 2012).

La inversión en atención a la dependencia, no solamente para los más dependientes, sino para toda la población dependiente, según su necesidad, es productiva para el sistema sanitario en su conjunto. En efecto, existe amplia evidencia de que la inversión en servicios de dependencia reduce la necesidad de atención sanitaria y también las ineficiencias del sector hospitalario derivadas del fenómeno llamado *bed blocking*. La evidencia en Reino Unido apunta en esta dirección (Fernández y Forder, 2012).

IV. PROPUESTAS DE REFORMA

A raíz de los retos y el diagnóstico del sistema, es posible

sugerir algunas reformas que España debería afrontar en los próximos años. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

— El desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitarias y la priorización de tratamientos. Utilización de la evaluación de tecnologías sanitarias para el reembolso y, en su defecto, condicionar la cartera de nuevos tratamientos a su financiación por la agencia NICE británica. En tratamientos específicos, como es el caso de la osteoporosis, España financia medicamentos que no son financiados en Reino Unido.

— Un aumento de la competencia entre proveedores (hospitales, etc.), así como de la capacidad de elección de los mismos por parte de la población. Ello podría financiarse a base de repensar las desgravaciones fiscales a las entidades de seguro privado. El sistema sanitario público, en países como Reino Unido, se caracteriza por ser un sistema utilizado tanto por inmigrantes como por banqueros. Solamente un sistema público es capaz de garantizar la escala y apoyo necesario para mejorar la calidad.

— Un mayor control en la prescripción de medicamentos y ofrecer una mayor competencia en el mercado de medicamentos genéricos. En España una parte muy pequeña de la población (la población retirada, que supone algo más del 15 por 100 del población) consume una elevada proporción de medicamentos (70 por 100 aproximadamente). Por otra parte, aquellos medicamentos que pueden ahorrar recursos al sistema en áreas donde la patente de un tratamiento ha expirado (medicamentos genéricos), tardan demasiado en entrar al mercado. Ello supone plantear instrumentos de intervención a ni-

vel de paciente (menor copago para genéricos), a nivel del prescriptor o del dispensador. En esta última línea parece que se plantean algunas propuestas realizadas recientemente por el gobierno.

— Profundización en el *ticket moderador*. Ello pasa por incrementar el uso del copago en servicios que incluyan las urgencias (8). Algunos argumentos que defienden que el copago sería costoso de administrar o, en su caso, antiigualitario, carecen de validez ya que en la prescripción de medicamentos siempre han existido copagos.

— El establecimiento de un sistema de pago por resultados, que evite que los problemas de información en la provisión de servicios sanitarios reduzca la inducción de demanda y actividad por parte de los agentes que proveen los servicios. Ello supone la introducción de mecanismos de mejora de calidad en la prevención, que solamente puede aplicarse si la gestión de la prescripción está sujeta a límites basados en la evidencia internacional, lo que, en su caso, limitaría la autonomía médica.

— La profundización en la descentralización sanitaria, establecida como parte de la solución y no del problema. La actual reforma, que impide la extensión del déficit, supone una manera de endurecer las restricciones presupuestarias de las comunidades autónomas. A cambio, las comunidades autónomas deben poder financiar sus prestaciones con recursos propios. En un país heterogéneo y del tamaño de España no puede gestionarse centralizadamente.

— Plantear soluciones al modelo de dependencia, ya que no parece garantizar las necesidades

de la población mayor dependiente, y ello limita la eficiencia del sistema sanitario (9).

— Mayor independencia (menos politización) al sistema sanitario. En el ejemplo de Reino Unido, el agente que gobierna el sistema es el llamado NHS Board, una comisión independiente del gobierno (como la que gobierna la televisión o el banco de Inglaterra), así como agencias independientes (Care Quality Commission), lo que supone una mayor despolitización respecto a un modelo como el español.

— Mayor inversión en prevención, especialmente en enfermedades no transmisibles y en atención mental. Es posible mejorar la salud mental donde se concierne la mayor parte de las intervenciones sanitarias en este siglo.

NOTAS

(1) Ello se manifiesta especialmente en el ámbito español, ya que la sanidad es una de las principales competencias de las comunidades autónomas, y posiblemente tales transferencias competenciales han propiciado mayor innovación en la sanidad española que en la de otros países europeos.

(2) No obstante, los efectos de tales fenómenos son diferentes. Mientras que los salarios de los proveedores (por ejemplo, personal médico o de enfermería) evolucionan paralelamente al PIB, el gasto tecnológico, un componente cada vez más importante del gasto, aumenta con mayor rapidez que el propio gasto.

(3) Ello exige establecer prioridades que pueden tomarse a través de diferentes metodologías (véase COSTA-FONT, 2003).

(4) Pero no excluye que se incluyan mecanismos de participación en el coste en función de la capacidad de pago del individuo.

(5) Este último modelo permite eliminar el riesgo catastrófico pero no da solución al problema de financiación, en la medida que supone que el individuo debe financiar, ya sea a través de seguro o de otros activos, las primeras 35.000 libras.

(6) Este es, por ejemplo, el caso de los beneficios de los funcionarios de MUFACE en Es-

paña, que pueden tener acceso a un seguro privado sin coste adicional, así como a un copago que hasta 2012 era inferior al de la población en estado laboral activo.

(7) Si bien en algunos casos estas reformas ya se han desarrollado, a menudo no lo han hecho de la forma que se esperaba, o existía alguna cuestión fundamental en su diseño que las hizo poco factibles.

(8) El copago puede tener tramos progresivos y un sistema de exenciones así como un tope anual. Pero debe evitar la situación actual, en la que más del 70 por 100 de los medicamentos son consumidos por la población mayor, lo que lleva a que el copago efectivo se haya reducido a los niveles actuales.

(9) Entre ellas resta la utilización de recursos específicos, como el impuesto de sucesiones y donaciones, para cubrir la parte de financiación pública bajo un sistema en el que una parte del patrimonio de la persona estuviera gravado específicamente en el momento en el que una persona es declarada dependiente.

BIBLIOGRAFÍA

AEPEYA (2012), Asociación Española del Niño y el Adolescente, Estimaciones Estadísticas, Barcelona, 2012.

BERNAL, E. (2012), «Variaciones en gasto farmacéutico y copago. Gestión Clínica y Sanitaria», <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.co.uk/2012/03/variaciones-en-gasto-farmacologico-y.html?pref=tw>.

BREYER, F.; COSTA-FONT, J., y FELDER, S. (2010), «Ageing, health, and health care», *Oxford review of economic policy*, 26 (4): 674-690.

CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (2007), «An Analysis of the President's Budgetary Proposals for Fiscal Year 2008 and Detailed Projections for Medicare», Medicaid, and State Children's Health Insurance Program, marzo.

COOPER, Z.; GIBBONS, S.; JONES, S., y MCGUIRE, A. (2011), «Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms», *The Economic Journal*, 121(554): 228-260.

COSTA-FONT, J. (2003), «Establecimiento de prioridades, participación colectiva y decisión pública en sanidad», *Información Comercial Española, Revista de Economía*, 804: 141-154.

— (2012), «The Decentralization Dividend in Health Care», mimeo.

— (2012), «Devolution, Diversity and Welfare Reform: Long-Term Care in the 'Latin Rim'», *Social Policy and Administration*, 2010, 44(4): 481-494.

COSTA-FONT, J., y GARCÍA-VILLAR, J. (2009), «Risk Attitudes and the Demand for Private Health Insurance: The importance of "Captive Preferences"» (with Jaume García), *Annals of Public and Cooperative Economics*, 2009, 80(4): 499-521.

COSTA-FONT, J., y GEMMILL TOYAMA, M. (2011), «Does cost sharing really reduce inappropriate prescriptions among the elderly?», *Health Policy*, 101(2): 195-208.

COSTA-FONT, J., y HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2012), «Measuring Inequalities in Health: What do we Know? What do we need to Know?», *Health Policy*, en prensa.

COSTA-FONT, J., y JOFRE-BONET, M. (2008), «Is there a "secession of the wealthy"? private health insurance uptake and National Health System support», *Bulletin of economic research*, 60 (3): 265-287.

COSTA-FONT, J., y PONS (2007), «Public Health Expenditure and Spatial Interactions in a Decentralized National Health System» (with J. Pons), *Health Economics*, 2007, 16(3): 291-306.

COSTA-FONT, J., y PUIG-JUNOY, J. (2007), «Institutional change, innovation and regulation failure: evidence from the Spanish drug market», *Policy and Politics*, 35 (4): 701-718.

COSTA-FONT, J., y RICO, A. (2006), «Vertical competition in the Spanish National Health System (NHS)», *Public choice*, 128 (3-4): 477-498.

COSTA-FONT, J.; SALVADOR-CARULLA, L.; CABASES, J.; ALONSO, J., y McDAID, D. (2011), «Tackling neglect and mental health reform in a devolved system of welfare governance», *Journal of social policy*, 40: 295-312.

COSTA-FONT, J.; WITTENBERG, R.; PATXOT, C.; COMAS-HERRERA, A.; GORI, C.; DI MAIO, A.; PICKARD, L.; POZZI, A., y ROTHGANG, H. (2008), «Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios», *Social indicators research*, 86 (2): 303-321.

EGGLESTON, K.N.; SHAH, N.D.; SMITH, S.A.; BERNDT, R., y NEWHOUSE, J.P. (2011), «Quality Adjustment for Health Care Spending on Chronic Disease: Evidence from Diabetes Treatment, 1999-2009», *American Economic Review, American Economic Association*, vol. 101(3): 206-211.

FERNÁNDEZ, J.L., y FORDER, J. (2012), «Reforming Long-term Care Funding Arrangements in England: International Lessons», *Appl. Econ. Perspect. Pol.* (Summer 2012) 34(2): 346-362.

GEMMILL, M.; COSTA-FONT, J., y KANAVOS, P. (2006), «Insurance coverage and the heterogeneity of health and drug spending in the United States», *Geneva papers on risk and insurance*, 31 (4): 669-691.

<p>GEMMILL, M.; COSTA-FONT, J., y MCGUIRE, A. (2007), «In search of a corrected prescription drug elasticity estimate: a meta-regression approach», <i>Health Economics</i>, 16 (6): 627-643.</p> <p>LAYARD, R.; CLARK, D.; KNAPP, M., y MAYRAZ, G. (2007), «Cost-benefit analysis of psychological therapy», <i>National institute economic review</i>, 202 (1): 90-98.</p> <p>LE GRAND, J. (2012), «Further tales from the British National Health Service», en <i>Health Affairs</i>, vol. 21, 2002, pp. 116-128.</p> <p>LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; COSTA-FONT, J., y McDAID, D. (2009), «Decentralisation and management autonomy? Evidence from the Catalan hospital sector in a decentralized Spain», <i>International Public Management Review</i>, 10(2): 1-17.</p> <p>LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; COSTA-FONT, J., y PLANAS, I. (2005), «Diversity and regional inequalities in the Spanish system of health care services», <i>Health Economics</i>, 14(S1): 221-235.</p>	<p>MARTIN, S.; RICE, N., y SMITH, P.C. (2008), «Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English programme budgeting data», <i>Health Economics</i>, vol. 27: 826-842.</p> <p>MCGUIRE, A. (2012), «The European value-pricing game», <i>Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research</i>, 12(1): 5-6.</p> <p>MURRAY y LÓPEZ (1999), «On the Comparable Quantification of Health Risks: Lessons from the Global Burden of Disease Study». <i>Epidemiology</i>, 10(5): 594-605.</p> <p>NEWHOUSE, J.P. (1992), «Medical care costs: How much welfare loss?», <i>Journal of Economic Perspectives</i>, 6: 3-21.</p> <p>OECD (2007), «Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?», Economics Department Working Paper, 477.</p> <p>— (2011), <i>Health data</i>.</p> <p>SALVADOR-CARULLA, L.; COSTA-FONT, J.; CABASES, J.; McDAID, D., y ALONSO, J. (2010),</p>	<p>«Evaluating mental health care and policy in Spain», <i>Journal of Mental Health Policy and Economics</i>, 13(2): 73-86.</p> <p>VAROL, V.; COSTA-FONT, J., y MCGUIRE, A. (2011), «Explaining Early Adoption on New Medicines: Regulation, Innovation and Scale», CESifo Working Paper Series 3459.</p> <p>WEISBROAD, B.A. (1991), «The health care quadrilemma: An essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment», <i>Journal of Economic Literature</i>, 29: 523-552.</p> <p>WORLD ALZHEIMER REPORT (2011), «World Alzheimer report, Alzheimer Disease International». Disponible en: http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf, visitado en mayo de 2012.</p> <p>ZWEIFEL, P.; FELDER, S., y MEIERS, M. (1999), «Ageing of population and health care expenditure: A red herring», <i>Health Economics</i>, 8: 485-496.</p>
---	--	---