

Un sistema sanitario sostenible

Madrid
2 de marzo de 2006

EDICIONES
CÍRCULO DE EMPRESARIOS



Índice

1. Resumen ejecutivo	5
2. Un sistema no exento de problemas	8
2.1. Principales características del sistema	9
<i>Volumen y características del gasto sanitario</i>	9
<i>El peso del gasto farmacéutico</i>	12
<i>La descentralización administrativa</i>	14
2.2. Principales problemas	15
<i>Insuficiente accesibilidad</i>	15
<i>Un excesivo enfoque curativo</i>	16
<i>Descoordinación entre Administraciones Públicas</i>	17
3. Grandes tendencias que marcarán el futuro	19
3.1. Los retos de los avances en tecnología e investigación	19
<i>La incorporación de tecnología: inevitable pero compleja</i>	19
<i>Consumo de medicamentos: presiones de oferta y de demanda</i>	21
3.2. Una sociedad más rica que demanda más y mejor sanidad	25
3.3. Nuevos canales de información: la sofisticación de los pacientes	27
3.4. La creciente demanda sanitaria de una población envejecida	28
4. Elementos para el diseño de un sistema sanitario sostenible	33
4.1. Mejora de la eficiencia	34
<i>Mayor utilización de la tecnología</i>	34
<i>Mejora de los sistemas de gestión</i>	36
<i>Introducción de una visión integrada de la atención</i>	39
<i>Coordinación entre Administraciones Públicas</i>	39
<i>Mayor desarrollo del enfoque preventivo</i>	43
4.2. La racionalización de la demanda: el copago selectivo	44
<i>Un diseño cuidadoso</i>	46
4.3. Enfoque asegurador	47
5. Anexos	51
6. Bibliografía	55

1. Resumen ejecutivo

El sistema sanitario español arroja en los últimos años **resultados muy positivos** en términos del estado de salud de los españoles. Sin embargo, lejos de cualquier complacencia, es necesario reconocer que muchos y complejos **factores** condicionan el funcionamiento estable del sistema y **ponen en peligro su sostenibilidad** a medio plazo, entendiendo ésta no sólo desde el punto de vista del coste, sino también de su calidad y accesibilidad.

Nuestro sistema adolece de **problemas** específicos ya **presentes**, como la descoordinación entre las administraciones públicas competentes en la materia o el insuficiente desarrollo de la prevención. Sin embargo, de los tres ejes típicos de cualquier sistema sanitario, coste, calidad y accesibilidad, es en este último donde los problemas son mayores, como ponen de manifiesto las listas de espera y el creciente descontento que generan.

Además de las peculiaridades que se producen en nuestro caso, el sistema sanitario español se enfrenta a unos **retos comunes** con los que ya se están planteando en otros países desarrollados. Son fenómenos que inciden notablemente **sobre su sostenibilidad y sus efectos no se harán esperar.**

En primer lugar, la aparición continua de **avances tecnológicos** presenta importante retos, no sólo desde el punto de vista estrictamente financiero, sino por la dificultad de aplicar criterios de eficacia y eficiencia a las decisiones de incorporación de esos avances. En ausencia de estos criterios, el sistema tenderá a entrar en una espiral de la tecnología por la tecnología que hará inviable su financiación.

También la **investigación en medicamentos** ocasiona presiones para el sistema. Por un lado, la generación de nuevos medicamentos es cada vez más costosa; por otro lado, fenómenos como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas o el aumento de la esperanza de vida son fuente de incremento del gasto farmacéutico.

A estos factores hay que sumar la propia **sofisticación de la demanda de servicios** sanitarios, impulsada por una sociedad más exigente en salud cuanto más se desarrolla y por una mejora generalizada de las fuentes de información a que tienen acceso los pacientes.

Todo ello, junto con las consecuencias de tener una población crecientemente envejecida, origina dificultades para **un sistema sanitario que no podrá seguir siendo sostenible en su configuración actual.**

Debe señalarse no obstante que no se trata de minimizar el coste total de la sanidad, sino de asegurar la sostenibilidad y la calidad del sistema. La situación del sistema sanitario español no es una situación única. De hecho, **muchos países desarrollados han emprendido procesos de reforma** que tratan de afrontar con éxito los retos que los fenómenos descritos, reales o potenciales, ya están planteando. Y teniendo en cuenta la complejidad de la situación la receta para tratarla es asimismo, compleja.

- Pueden llevarse a cabo medidas que **incrementen la eficiencia** del sistema aplicando para ello diversos avances tecnológicos, introduciendo instrumentos que mejoren la gestión o promoviendo una mayor coordinación entre las administraciones públicas involucradas.
 - La aplicación de nuevas tecnologías, como la **implantación de una tarjeta sanitaria electrónica única y compatible en todo el territorio nacional**, conduciría a mejorar el acceso a los servicios reduciendo simultáneamente su coste de provisión.
 - También la **informatización de los sistemas de gestión del historial clínico** supone una mejora posible gracias a la tecnología. Con ella podría compartirse la información, mejorar la asistencia y liberar recursos evitando, por ejemplo, la repetición innecesaria de pruebas.
 - La **telemedicina** es otro de los instrumentos que permiten reducir costes y mejorar servicios sanitarios, puesto que permite trasladar al domicilio del paciente parte de la atención médica primaria o, incluso, hospitalaria.
 - Hay además instrumentos de mejora de la gestión, como la **concertación público-privada**, que permite aplicar criterios de gestión privada a servicios financiados con recursos públicos.
 - Cabe también introducir **mecanismos de competencia** que aumenten la libertad de elección de los pacientes, desarrollando simultáneamente **indicadores de calidad** que les proporcionen la información necesaria para elegir.
 - La mayor eficiencia pasa también por aplicar una **visión integrada de la atención**, desarrollando equipos pluridisciplinarios que permitan atender

adecuadamente dolencias que pueden tratarse en un entorno sociosanitario.

- Otro aspecto esencial es la **coordinación entre administraciones públicas**, lo que posibilitaría aprovechar las **economías de escala**, mejorar algunos aspectos de calidad y generar **información** de mayor valor y utilidad.
 - Un último elemento de incremento de la eficiencia es la potenciación de la **prevención** y de la adopción de hábitos saludables, lo que contribuiría a racionalizar el gasto sanitario.
- Cabe asimismo aplicar fórmulas de **racionalización de la demanda** como el **copago selectivo**, instrumento presente en muchos países europeos. La participación de los pacientes en la financiación de los servicios sanitarios permite mejorar la gestión de la demanda y racionalizar el sistema. No obstante, debe **diseñarse cuidadosamente**, para evitar efectos negativos sobre la equidad o sobre determinados grupos de enfermos.
 - Por último, puede introducirse un **enfoque asegurador**, presente también en varios países europeos. Dicho enfoque se caracteriza por la existencia de una definición explícita de los servicios cubiertos por el sistema público y del coste por persona protegida. Este enfoque, que no implica una reducción de la cartera de servicios hoy incluida en el sistema público, permitiría que servicios adicionales que vayan surgiendo en el futuro y tengan un beneficio marginal menor que su coste sean cubiertos por la vía privada. Ello reduciría la presión sobre el sistema público, mejoraría el acceso y contribuiría a racionalizar la demanda.

La introducción de estos **cambios** puede tener una **naturaleza gradual**, de manera que pueda ir afectando progresivamente al sistema, pero no puede retrasarse, puesto que ello restaría capacidad de maniobra y nos abocaría a soluciones traumáticas. El transcurso del tiempo y la materialización plena de algunos de los retos pondrán de manifiesto si estas reformas parciales son suficientes o si, por el contrario, deberemos diseñar un sistema sustancialmente diferente al que conocemos hoy.

2. Un sistema no exento de problemas

Desde que en 1978 la Constitución Española¹ estableciera la obligación de los poderes públicos de proteger la salud de los ciudadanos, muchas cosas han cambiado en el ámbito sanitario español. Así, se ha garantizado la **cobertura universal** (casi un 100% de la población residente está cubierta en la actualidad, frente al 82% de 1978); se ha producido la **separación de fuentes de financiación del sistema**²; se ha completado la **descentralización administrativa** y se ha definido un **catálogo de prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud (SNS)** que ha de ofrecerse a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva y calidad.

En términos de resultados de salud, el balance de estas últimas décadas es positivo: según el indicador europeo “Años de vida saludable” calculado por Eurostat, la esperanza de vida saludable al nacer³ tanto en hombres como en mujeres ha crecido casi de forma generalizada en todos los años desde 1995; también ha aumentado la esperanza de vida al nacer en casi 5 años (hasta 80), lo que sitúa a España en el 5º lugar mundial de acuerdo con la clasificación del Informe sobre Desarrollo Humano 2004 de Naciones Unidas. Ese mismo lugar asigna el informe a España en mortalidad materna (4 por 100.000 nacidos vivos) y en cobertura vacunal. Por su parte, según el INE, la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos se sitúa en 3,6 en 2003.

No obstante, **nuestro sistema no está exento de problemas**: presenta características que le diferencian de otros sistemas de países desarrollados (el escaso desarrollo de la atención sociosanitaria, el elevado número de consultas per cápita o el importante peso del gasto farmacéutico) y adolece de problemas de accesibilidad, descoordinación y de un excesivo peso de la medicina estrictamente curativa (frente a la preventiva).

¹ Artículo 43.1: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.

² A partir de 1989 la financiación de la cobertura sanitaria comienza a financiarse principalmente con cargo a los presupuestos del Estado y no a las cotizaciones de trabajadores y empresas, en un proceso gradual.

³ Se trata de uno de los últimos indicadores incorporados al análisis de salud de la población: la Esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI), incluida dentro de los indicadores de Esperanza de vida saludable. Incorpora además de la información sobre la mortalidad de una población, la experiencia de morbilidad o incapacidad. La EVLI se define como el número medio de años de vida que esperaría vivir un individuo sin discapacidad (en buena salud) en una población determinada a una edad dada si se mantuvieran las actuales tasas de mortalidad y de discapacidad (mala salud) por edad que se observan en dicha población. La serie disponible comienza en 1995.

2.1 Principales características del sistema

En la actualidad la sanidad española está condicionada por una compleja serie de factores que afectan tanto al volumen y composición del gasto sanitario como a su eficacia y eficiencia.

Volumen y características del gasto sanitario

- El **gasto total en sanidad supera ampliamente el 7% del PIB** (cuadro 1), absorbiendo el sector público la mayor parte. De modo paralelo a lo sucedido en los demás países industrializados, **entre 1980 y 2003, el gasto sanitario (público y total) creció más rápidamente** (3,3 y 3,8% anual respectivamente) **que el PIB** (2,3% anual).

	Gasto total en sanidad, porcentaje de PIB	Gasto público en sanidad, porcentaje de PIB
1970	3,6	2,3
1980	5,4	4,3
1990	6,7	5,3
2000	7,4	5,3
2001	7,5	5,4
2002	7,6	5,4
2003	7,7	5,5

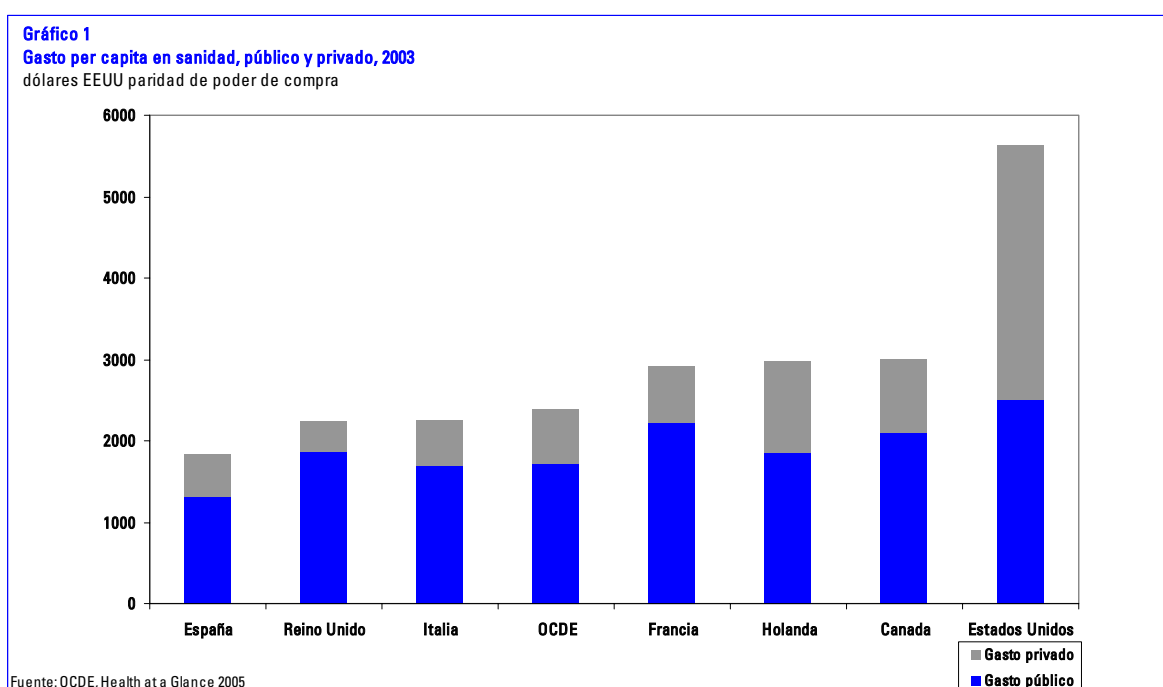
Fuente: OCDE (2005)

- Aun cuando el SNS ofrece una cobertura universal, la población accede de modo creciente a la sanidad privada, normalmente a través de algún tipo de seguro. Como se deduce de los datos del cuadro 1, **el gasto privado en sanidad aumenta más rápidamente que el PIB**. Entre 1990 y 2003 el porcentaje del gasto total per capita en sanidad realizado en el sector privado aumentó del 21 al 28% (en el conjunto de la OCDE esos porcentajes se mantuvieron ligeramente por encima del 40%, con una variación inferior a un punto⁴).

⁴ Valores calculados a partir de los datos publicados en OCDE Indicators 2005, Health at a Glance. Son datos expresados en términos de dólares de EEUU y ajustados por la paridad del poder de compra.

El gasto que las familias hacen en sanidad privada corresponde a dos grandes partidas: la compra de servicios de salud (directamente o mediante seguros privados), y la adquisición de medicamentos. Las estimaciones de distintos autores (Ahn y otros, 2003, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003) sugieren que, entre 1990 y 2001, la partida de gasto en servicios médicos ha perdido importancia relativa (pasa del 49% a valores en torno al 35%) en beneficio del gasto en medicamentos (crece del 42% a valores cercanos al 47%) y, sobre todo, del gasto en seguros. Así, los servicios sanitarios privados han duplicado su participación en el gasto familiar medio (del 8,5% al 17%).

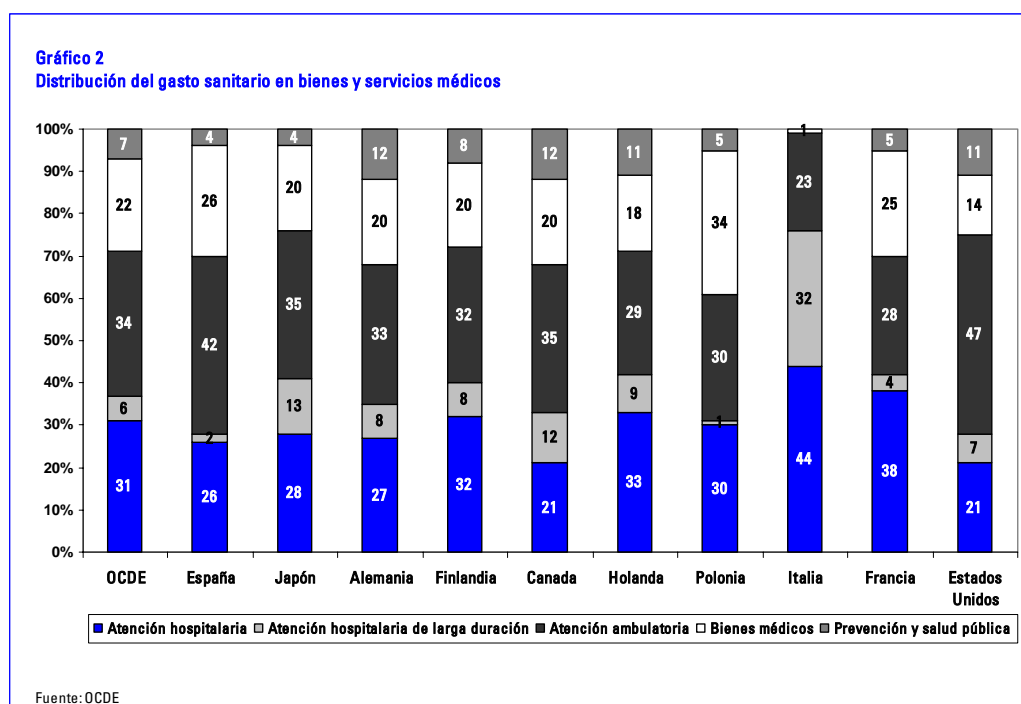
- El gasto sanitario per cápita en España sigue siendo inferior a la media de la OCDE en términos de paridad del poder adquisitivo (gráfico 1).



- **En nuestro país se produce un claro sesgo hacia la atención curativa:** entre los países de la OCDE, sólo Luxemburgo e Italia aparecen por detrás de España en el porcentaje de gasto corriente dedicado a la prevención.
- Se presenta un **desequilibrio en la distribución del gasto entre atención hospitalaria y primaria**⁵: ocupamos una de las últimas posiciones dentro de la

⁵ La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente. Incluye actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social.

OCDE en la importancia relativa del tratamiento hospitalario pero uno de los primeros lugares en el peso relativo de la asistencia ambulatoria (gráfico 2).



La **tasa de altas hospitalarias** (y la estancia media) es en España sistemáticamente **inferior a la de la OCDE**. Sin embargo, el **número de consultas médicas per cápita resulta mayor en comparación con el resto de países europeos**⁶.

- El sistema sanitario español está aquejado de un **insuficiente desarrollo de la llamada atención sociosanitaria**⁷, peculiaridad que adquiere especial importancia en un contexto de envejecimiento de la población y de cambio de los patrones de comportamiento familiar.

⁶ Toda la información estadística al respecto está disponible en OCDE, Indicators 2005, Health at a Glance.

⁷ No es fácil definir la atención sociosanitaria. Puede decirse que ésta atención consiste en la cobertura de las necesidades de un usuario que, necesitado de cuidados continuos y prolongados, no puede cuidarse por sí mismo. Esto es, la atención sociosanitaria la integran servicios con un marcado carácter de cuidados, en contraposición a otros niveles de atención más centrados en aspectos estrictamente curativos. Los servicios sociosanitarios promueven una atención integral en la que participan los servicios sociales, la atención comunitaria y los hospitales.

La información recogida de distintas fuentes⁸ permite afirmar que un 88% del tiempo dedicado al año al cuidado de la salud es aportado por la familia o por el propio afectado (autocuidado). Los niños, los ancianos, los enfermos crónicos o graves y quienes padecen minusvalías severas son grupos muy dependientes del cuidado familiar. Los ancianos son los que mayor dependencia familiar conocen, pues sólo una quinta parte de los discapacitados mayores de 65 años es atendida en servicios sociosanitarios públicos y privados.

Según un estudio de la OCDE realizado en 19 países (OCDE 2005b), **España aparece a la cola del gasto total en cuidados de larga duración⁹ como porcentaje del PIB.** Mientras países como Noruega o Suecia superan valores del 2% en ese indicador, **España se sitúa en un 0,6%.** Además, el gasto público apuesta más por el cuidado en instituciones que en el hogar, ya que a éste le dedica sólo un 0,05% del PIB.

Esta situación difícilmente será sostenible. Aunque las mejores condiciones de vida permiten una vejez autónoma más prolongada, los últimos años de vida siempre incrementan la dependencia de la persona. Si se cumplen las predicciones, la ratio entre población mayor de 85 y población de entre 50 y 64 años (*“parent support ratio”*) alcanzará en España en 2050 un 38%, una de las más elevadas del mundo. Esto ha de interpretarse como un aumento sustancial de la ayuda que las familias pueden tener que proporcionar a sus mayores. Sin embargo, el entorno social y laboral evoluciona de un modo que hace muy improbable que la familia pueda seguir asumiendo la responsabilidad del cuidado de los mayores.

El peso del gasto farmacéutico

El gasto en **medicamentos** representó el 21,8% del gasto sanitario total en 2003, tras un crecimiento real del 3,7% en los cinco años anteriores¹⁰ (frente al 2,9% de

⁸ Los datos mencionados en el párrafo y sus fuentes se detallan en Gómez e Infante (2004).

⁹ *Long-term care*, en terminología de la OCDE.

¹⁰ Entre 1997 y 2003 el crecimiento medio en la OCDE fue de 17,5% y en la UE-15 ascendió a 14,4%.

incremento del gasto sanitario total). De este modo, el **gasto farmacéutico per cápita se sitúa en España por encima de la mayoría de países de la OCDE.**

El incremento de la factura farmacéutica parece deberse **en los dos últimos años a una fuerte expansión del número de recetas** y, en menor medida, a un encarecimiento de la receta media¹¹. Se rompe así la tendencia general observada entre 1992 y 2002, cuando el volumen de recetas sólo creció a una tasa anual acumulada de 2,37%, frente al 6,49% al que aumentó el gasto medio por receta. Esta ruptura puede guardar relación con las medidas adoptadas en el ámbito de la farmacia, como el estímulo a las especialidades farmacéuticas genéricas, el sistema de precios de referencia¹² (ver anexo 1) o las limitaciones a los márgenes de las oficinas de farmacia¹³.

En todo caso, los precios de los medicamentos en España están acercándose progresivamente a los niveles europeos (Farmaindustria, 2004), lo que parece lógico – dada la integración de los mercados y la creciente armonización de los procesos de registro de los nuevos productos-. No obstante, el precio medio ponderado de los medicamentos en España es todavía sensiblemente inferior al de otros países europeos (cuadro 2).

¹¹ Véase cuadro 2 en el documento *La Financiación de las CCAA*, Círculo de Empresarios (septiembre 2005). Esos datos lógicamente excluyen el mercado de especialidades farmacéuticas sin receta cuya cuota sobre el total en 2002 fue de 12,3% en unidades vendidas y de 4,5% en valor de ventas.

¹² La cuota de mercado de medicamentos sometida a precios de referencia es de 25,2% en unidades y el 18% en valores.

¹³ Son varias las medidas que en los últimos años se han puesto en práctica para la contención del gasto farmacéutico en nuestro país: la rebaja de márgenes farmacéuticos y mayoristas de febrero de 97 (RD 164 y 165/1997); la lista negativa de julio del 98 (RD 1663/1998); la reducción de los precios de agosto de 1999 (RDL 12/1999); la fijación de márgenes farmacéuticos según el medicamento dispensado de julio de 2000 (RDL 5/2000); el establecimiento efectivo del sistema de precios de referencia 13; la aprobación en octubre de 2003 y entrada en vigor el 1 de enero de 2004 de la nueva orden de precios de referencia y, por último, la reciente Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, cuyo proyecto aprobó el Gobierno en diciembre de 2005.

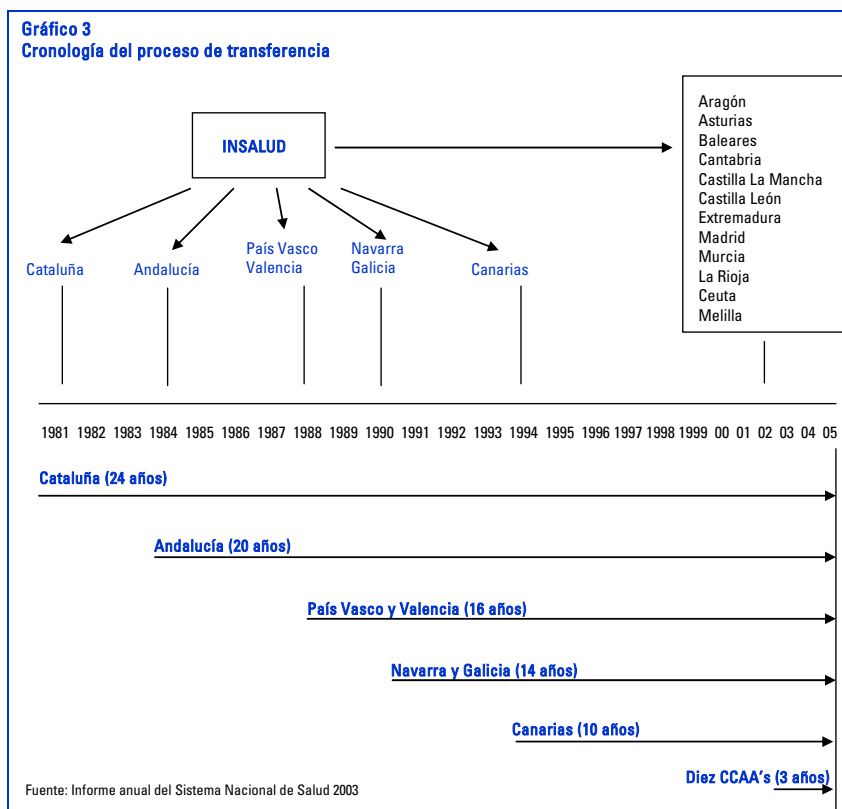
Cuadro 2
Precio medio ponderado de los medicamentos en los principales países de la Unión Europea

	2001		2002	
	PVP IVA (en euros)	Índice (España=100)	PVP IVA (en euros)	Índice (España=100)
Alemania	19,35	203	20,44	199
Reino Unido	17,68	186	18,51	180
Holanda	16,79	176	19,5	190
Bélgica	16,08	169	17,14	167
Italia	11,02	116	11,35	111
España	9,53	100	10,26	100
Francia	8,83	93	9,11	89

Fuente: Farmaindustria, 2004

La descentralización administrativa

Uno de los rasgos distintivos del sistema sanitario español es su **notable descentralización**, proceso que culminó en 2002 con el traspaso de las funciones y servicios del INSALUD a las diez CCAA que hasta entonces no las tenían (gráfico 3).



Ello significó que ya en el presupuesto inicial conjunto del SNS en 2003 un 89% correspondiera a las CCAA, siendo la participación de la Administración Central de un 9%, con el 2% restante gestionado por las Administraciones Locales. Además, a

resultas de la descentralización se dibujó un nuevo mapa de competencias por administraciones.

- **Corresponde al Estado definir el contenido básico del derecho a la protección de la salud.** Debe así garantizar que el contenido mínimo de las prestaciones, de las condiciones de acceso y de los derechos y obligaciones de los ciudadanos ante el servicio sanitario público sean iguales en todo el territorio nacional.
- Las CCAA están legitimadas para ampliar o mejorar las prestaciones en su ámbito regional, asumiendo los costes que de ello se deriven.
- Están previstos **mecanismos de coordinación** (ver anexo 2) y **garantías de financiación** en determinadas circunstancias (por ejemplo, cuando hay un fuerte incremento de la población protegida).

2.2 Principales problemas

El sistema sanitario está aquejado en nuestro país de diversos problemas. De los tres ángulos desde los que suele analizarse un sistema sanitario (calidad, coste y accesibilidad), es el tercero en el que se concentran los problemas, característica común a los sistemas financiados a través de impuestos. Además, nuestro sistema está excesivamente centrado en las fases curativas de los procesos, otorgando muy escaso relieve a la prevención, y padece los problemas de ausencia de coordinación esperables en una estructura descentralizada aún poco madura.

Insuficiente accesibilidad

Las largas listas¹⁴ o los prolongados tiempos de espera son manifestaciones de un **problema de accesibilidad del sistema sanitario**. Se trata de un fenómeno presente en diferentes países¹⁵ y uno de los principales problemas del sistema sanitario español.

¹⁴ Teóricamente la lista de espera se puede definir como la diferencia, en un momento del tiempo, entre el número de tratamientos considerados como necesarios y el número de pacientes que un sistema sanitario tiene capacidad para tratar (Edwards –1997-). Dicho de otra forma, la lista de espera es aquella relación de enfermos a los que el médico ha indicado una intervención (bien sea un procedimiento

Al igual que sucede en otros sistemas sanitarios financiados con impuestos, las **listas de espera son mecanismos de gestión de recursos escasos ante una demanda creciente** (dada la ausencia de mecanismos basados en los precios o en limitaciones explícitas de coste). Así, a través de las listas de espera se prima la prestación de los servicios que se consideran más urgentes. Además, estas listas pueden actuar sobre la demanda como un mecanismo que desincentive a aquellos pacientes a los que la intervención médica otorga un beneficio marginal.

En todo caso, la espera genera sentimientos de incertidumbre e insatisfacción que crecen a medida que lo hace la información y sofisticación de los pacientes. El último Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo (2004) indica que **la percepción sobre el tiempo de espera para una intervención ha empeorado en los últimos años**. De hecho, en 2000 el 32% de los encuestados apreciaba que la situación estaba mejorando pero en 2004 ese porcentaje había caído hasta el 24,2%. En junio de 2005, la lista de espera quirúrgica del Sistema Nacional de Salud alcanzaba un valor algo superior a las 406.000 personas¹⁶ (en diciembre de 2003 había algo más de 391.000). El tiempo medio de espera es de 79 días, aunque la variabilidad es alta y pueden darse casos de espera de unos 200 días y cerca de un 9% de los pacientes alcanza los seis meses de espera para ser intervenido.

Un excesivo enfoque curativo

Nuestro sistema sanitario está enfocado en la curación, sin prestar una especial atención a la prevención, y ello a pesar de que es sin duda el ámbito donde mejores logros pueden alcanzarse a largo plazo con un menor coste¹⁷. El resultado es que **se impulsa la tendencia al gasto**, al generar un sistema que premia el volumen de actos médicos y el recurso a medicamentos.

diagnóstico, terapéutico o rehabilitador) y que, por causas ajenas a la voluntad de los pacientes, tienen que esperar a ser atendidos (Churrua –2000-).

¹⁵ Es difícil obtener datos comparativos de países por la distintas definiciones aplicadas a los tiempos de espera. Un estudio de la OCDE (OECD Economic Studies Nº 38. 2004/1) ha situado a España junto con países como Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Italia, Holanda y Reino Unido dentro del grupo de países donde los tiempos de espera resultan ser el principal problema del sistema de salud.

¹⁶ Esta cifra sólo recoge datos de 16 CCAA. El Ministerio de Sanidad y Consumo no incluye los datos de la Comunidad de Madrid al contabilizarse éstos de forma distinta no pudiendo, por tanto, agregarse al resto de datos.

¹⁷ En un estudio reciente Leigh y otros (2005) demuestran que los ancianos que a lo largo de su vida fumaron menos, dejaron de fumar antes, hicieron más ejercicio o no fueron obesos, originaron un ahorro de costes muy significativo con respecto a otros ancianos con hábitos de vida menos saludables.

Resulta muy complicado obtener información cuantitativa sobre el gasto y el esfuerzo dedicados en España a la prevención, por lo que tampoco puede compararse fácilmente con los servicios curativos. Entre otras razones, las dificultades se deben a que son muchas y muy variadas las actividades que cabe considerar de prevención (por ejemplo, las campañas de la Dirección General de Tráfico o la promoción del deporte por parte del Ministerio y las Consejerías de Cultura). En cualquier caso, los datos disponibles son muy significativos. En 2003, sólo un 1,3% del gasto total en sanidad se dedicó en España al capítulo “Salud Pública y Prevención”, muy por detrás de la media de la OCDE (2,9%).

El cuadro 3 ofrece algunos indicadores que pueden ilustrar el papel secundario que la prevención parece desempeñar en el sistema sanitario español. Como se aprecia en los datos, la mortalidad evitable es notablemente mayor en el caso de enfermedades que podrían prevenirse que entre aquellas sensibles a cuidados médicos.

Cuadro 3		
Mortalidad evitable. 1991-2001		
MUERTES POR ENFERMEDADES SENSIBLES A PREVENCIÓN PRIMARIA		
	1991	2001
Ambos sexos	5,69%	4,44%
Varones	8,62%	6,80%
Mujeres	2,37%	1,81%
MUERTES POR ENFERMEDADES SENSIBLES A CUIDADOS MÉDICOS		
	1991	2001
Ambos sexos	1,39%	0,88%
Varones	1,55%	0,94%
Mujeres	1,20%	0,82%

Fuente: INE, Indicadores sociales 2004

Descoordinación entre Administraciones Públicas

La descentralización del sistema sanitario ha permitido acercar el centro decisorio al usuario, favoreciendo su capacidad de respuesta a las necesidades y preferencias de los ciudadanos, lo que permite una mejor gestión de los recursos y ganancias de eficiencia. Sin embargo, probablemente la descentralización del sistema sanitario español en 17 subsistemas no permite que éstos alcancen la masa crítica suficiente para diversificar riesgos poblacionales con ciertas garantías, perdiéndose asimismo la oportunidad de explotar las economías de escala capaces de aportar mayor calidad a un coste más moderado a determinados servicios. Sólo un enorme esfuerzo de coordinación y colaboración podría paliar esta deficiencia de un sistema fragmentado y poco interconectado. Además, no parece existir una suficiente voluntad de gobierno por parte de la Administración Central, centrada casi exclusivamente en un ámbito puramente de gestión y no de coordinación.

El problema se agrava por la **opacidad** que aqueja a **los flujos de información del SNS**. En la actualidad no existe un sistema de información nacional que permita valorar resultados o comparar los logros y recursos entre CCAA. Los indicadores relevantes no resultan homogéneos e imposibilitan cualquier comparación significativa (valgan como ejemplos la Encuesta Hospitalaria o las listas de espera).

3. Grandes tendencias que marcarán el futuro

Además de los **problemas específicos que afectan a nuestro sistema sanitario**, habremos de hacer frente a una serie de **elementos que pondrán en cuestión su sostenibilidad a medio plazo**. Son elementos que no son peculiares de nuestro caso, sino que también afectarán (ya lo están haciendo) a los sistemas sanitarios de los demás países desarrollados. En efecto, la **incorporación de avances tecnológicos** en las técnicas de diagnóstico, tratamiento y farmacopea, el **incremento y sofisticación de la demanda** por parte de los pacientes, así como el **envejecimiento de la población** son todos ellos factores que ya han comenzado a presionar al sistema. **Muchos países desarrollados han iniciado procesos de reforma** para tratar de afrontar estos fenómenos. **España no debería quedarse atrás**: los efectos sobre la sostenibilidad ya comienzan a manifestarse; cuanto antes se afronten, mayor será el margen de maniobra disponible.

3.1 Los retos de los avances en tecnología e investigación

La innovación tecnológica y la investigación farmacéutica habrán de desempeñar un papel protagonista en el futuro de la sanidad. Los avances en este campo, aun cuando abren infinidad de posibilidades para la mejora de la atención sanitaria, generarán importantes retos para la sostenibilidad del sistema.

La incorporación de tecnología: inevitable pero compleja

La evolución tecnológica tiene lugar en prácticamente todos los ámbitos de la sanidad, desde los procedimientos quirúrgicos hasta los aparatos de diagnóstico, sin olvidar los aspectos organizativos y de gestión del sistema sanitario. Esta omnipresencia de **la tecnología se deja sentir**, lógicamente, **tanto en la calidad de la atención y de los resultados sanitarios como en el coste de los servicios**. No es fácil

calibrar esos efectos, pues los avances tecnológicos no pueden cuantificarse¹⁸ y sus efectos en términos de gasto y eficiencia son ambivalentes.

Por una parte, y como se explica con mayor detalle en un apartado posterior, **la aplicación de nuevas tecnologías permite racionalizar la gestión del gasto sanitario**, ampliando las posibilidades de prevención, atención, curación y seguimiento, facilitando la consecución de los objetivos del sistema sanitario. **Pero**, por otra parte, la incorporación de esos avances **puede degenerar en una carrera de la tecnología por la tecnología, ajena a los criterios de eficacia y eficiencia** que deben regir su introducción en los servicios sanitarios, lo que genera fuertes tensiones sobre la sostenibilidad del sistema (ver cuadro adjunto).

INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS Y SOSTENIBILIDAD

- ✓ El problema del incremento de costes generado por la aplicación de nuevas tecnologías se agudiza cuando la incorporación de una determinada tecnología no es precedida de una evaluación rigurosa y objetiva, basada en los criterios de seguridad, eficacia, eficiencia e incluso equidad. La consecuencia es que **muchas veces la incorporación de nueva tecnología no es sustitutiva de la existente**, sino que se limita a incorporar muy poco valor adicional¹⁹.
- ✓ Las grandes diferencias en la intensidad con que muchas tecnologías se emplean en países distintos, normalmente sin diferencias sustanciales en los resultados, indican que hay una **incertidumbre considerable sobre el uso adecuado de esas tecnologías**²⁰. La falta de análisis previos rigurosos explica también que la tecnología puede llegar a adoptarse sin una suficiente valoración de las necesidades que conlleva en términos de mantenimiento y personal cualificado, lo que le resta eficacia sanitaria a la vez que incrementa los costes.
- ✓ Además, puede ocurrir que **una mejora tecnológica** reduzca el coste por paciente, pero que su incorporación **aumente el número de posibles usuarios, incrementando así el**

¹⁸ La mayoría de estudios empíricos disponibles opta por atribuir al cambio tecnológico los efectos que no pueden explicarse con el resto de variables relevantes. Se llega así al resultado generalmente admitido de que el cambio tecnológico ha sido uno de los principales causantes del aumento del gasto sanitario (Docteur y Oxley, 2003, y Newhouse, 1992).

¹⁹ Del Llano y otros, 2004.

²⁰ Docteur y Oxley, 2003.

coste total.

- ✓ Finalmente, es asimismo posible que los **profesionales médicos recurran a las tecnologías más caras incluso en los casos en que un análisis de coste-efectividad recomendara lo contrario.** El problema radica en que, por la acción de muy diversos incentivos, estos profesionales no tienen suficientemente en cuenta los costes de una nueva tecnología, valorando mucho más los beneficios de su uso, por muy marginales que éstos sean.

No es éste un problema estrictamente español, sino que afecta a todos los países desarrollados. Tampoco es un desafío futuro, sino que ya está presente, dadas las dificultades para determinar qué innovaciones adoptar y cómo implantar sistemas de evaluación de los costes relativos y los beneficios potenciales de las nuevas tecnologías frente a las existentes. No es una tarea sencilla. Por un lado, la rapidez del avance tecnológico obliga a una actualización continua. Por otro, no existen indicadores fiables de unos costes y beneficios rodeados de incertidumbre. Las pruebas clínicas y los controles para determinar el grado de seguridad y eficacia de una innovación serán fundamentales, pero requieren muchos recursos y los resultados definitivos tardan en llegar.

Consumo de medicamentos: presiones de oferta y de demanda

Uno de los campos más activos en investigación aplicada a la sanidad es el farmacéutico. De acuerdo con la *Encuesta sobre actividades de I+D* del INE, **el sector farmacéutico representaba en 2003 el 18,4% del gasto en I+D de toda la industria española²¹**, aun cuando su participación en la cifra de negocio total era de sólo un 2,3%. Así, este sector dedica un 6% de su cifra neta de negocio a la investigación (el conjunto de la industria destina a ese capítulo sólo un 0,7%). Además, se trata de un esfuerzo continuado: entre 1995 y 2003, la industria farmacéutica vio crecer su cifra de negocio al 6,4% anual, mientras que su gasto en I+D lo hacía al 12,8%, por encima del resto de sectores intensivos en tecnología (Farmaindustria, 2004).

Si la factura farmacéutica supone ya un porcentaje muy importante del gasto sanitario, como veíamos en el apartado anterior, es una partida que adquirirá incluso mayor importancia en el medio plazo. Por una parte, **el coste de los medicamentos**

²¹ En Estados Unidos, curiosamente, esa participación es casi idéntica: 18,7% según datos de la National Science Foundation.

tenderá a elevarse dadas las mayores **dificultades del proceso de descubrimiento de nuevos principios activos**, las **exigencias crecientes de la fase de ensayos clínicos** (en especial en los biofármacos) y el **mayor coste unitario de desarrollo de nuevos productos**. Por ejemplo el hecho de que el coste real de crear un nuevo medicamento se ha multiplicado por seis en el último cuarto de siglo (ver cuadro adjunto).

FACTORES DE ELEVACIÓN DEL COSTE DE LOS FÁRMACOS

- ✓ El **coste unitario de los medicamentos tiende a elevarse notablemente**. DiMasi y otros (2003) estiman que el desarrollo de un nuevo fármaco en términos reales costaba en 2000 un total de 802 millones de dólares, cuando ese coste era de 318 millones en 1987 y de 138 millones en 1975. Semejante encarecimiento de los costes responde a **varias causas, todas ellas relacionadas directa o indirectamente con los esfuerzos en investigación**. De las distintas fases en que se puede dividir el proceso de desarrollo de un nuevo fármaco, los mismos autores sitúan en los ensayos clínicos la parte más importante del aumento de costes.
- ✓ En los últimos años la industria farmacéutica ha centrado sus esfuerzos en la **creación de tratamientos para las enfermedades crónicas y degenerativas**, apostando por los biofármacos. Esta clase de terapias implica **grandes costes en la fase de tests clínicos**, pues requieren sistemas más complejos de atención y control de los pacientes, periodos de prueba más prolongados y muestras mayores para comprobar su eficacia.
- ✓ **Se ha alargado el tiempo que se necesita para lanzar nuevos productos**. La creación de fármacos tradicionales llevaba un promedio de casi 9 años a mediados de los años 80, y hoy esa cifra se ha reducido a 7,5; sin embargo, los productos biofarmacéuticos han elevado ese tiempo de 4,25 a 7,25 años (Tufts Center, 2005).
- ✓ Por otra parte, las empresas farmacéuticas ahora tratan de establecer la **efectividad-coste de sus productos probándolos frente a los de otras marcas**, lo que **resulta más costoso que hacerlo frente a placebos** porque las pruebas deben ser estadísticamente más poderosas para establecer diferencias claras con los competidores.
- ✓ Lo cierto es que las **condiciones actuales de la industria farmacéutica** abren bastantes **interrogantes acerca de su futuro**. La intensa competencia de productos patentados y genéricos, la caducidad de importantes patentes en un plazo de 2-3 años, el fracaso de

muchos productos en las últimas fases de su desarrollo o en el mercado²² y las crecientes exigencias de mayor seguridad y eficacia por parte de gobiernos, consumidores y aseguradoras son algunas de las circunstancias que condicionan el modelo actual de la industria farmacéutica.

- ✓ Algunos analistas del sector²³ consideran que los avances científicos y tecnológicos - biotecnología, medicina molecular, farmacogenética, etc- configurarán un nuevo modelo basado en la producción de medicamentos más eficaces (los llamados medicamentos personalizados, mejor ajustados a las condiciones del paciente individual), con menores costes monetarios y de tiempo en su desarrollo, y con mayores tasas de éxito de los proyectos de investigación iniciados. En cualquier caso, aun suponiendo que ese cambio ocurra, es difícil determinar cuándo tendrá lugar, el ritmo al que se producirá y cómo afectará a los precios de los productos farmacéuticos.

Por otra parte, también la **demanda de medicamentos generará presión adicional sobre la sostenibilidad del gasto sanitario**. Así, los avances en farmacología influirán notablemente en la evolución futura del sistema sanitario español, ya que afectarán a variables tan importantes como la incidencia de determinadas enfermedades, la esperanza de vida, el consumo y los precios de los medicamentos o los costes de los tratamientos.

Si bien es cierto que la aparición de nuevos fármacos no implica necesariamente incrementos de gasto (un estudio realizado en EEUU, por ejemplo, indica que la sustitución del internamiento hospitalario por la medicación en el tratamiento de pacientes depresivos ha contribuido a reducir en un 19% el coste por paciente²⁴), hay factores que explican una tendencia al aumento de la factura farmacéutica en los países más avanzados.

El desarrollo de nuevos fármacos explica tanto parte del incremento de la esperanza de vida como la cronificación de determinadas enfermedades que antes

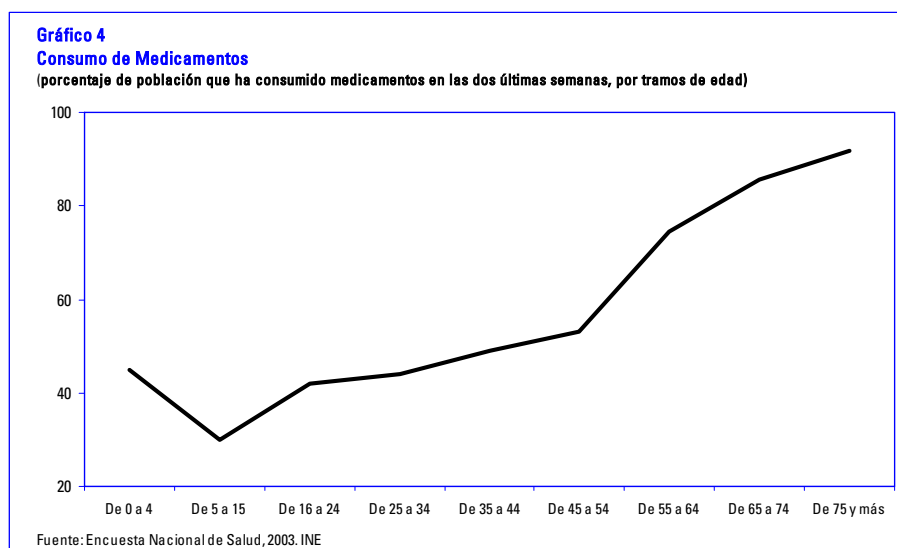
²² Grabowski y otros (2002) calcularon que sólo 3 de cada 10 productos comercializados en los años 90 generaron ingresos suficientes para cubrir los costes de su desarrollo.

²³ Véanse, por ejemplo, los informes de IBM (2002) y PWC (2005).

²⁴ Greenberg y otros, 2003.

podían ser mortales²⁵, factores ambos que crónicas tienden a elevar el gasto farmacéutico en cuanto que suponen un mayor consumo potencial de medicamentos.

Por una parte, el **proceso de envejecimiento poblacional** elevará el porcentaje de personas en los tramos de edad más alta, en los que se **elevan el consumo per cápita de medicamentos de los españoles** (Ahn y otros, 2003) y el porcentaje de personas que toman medicamentos (gráfico 4)²⁶.



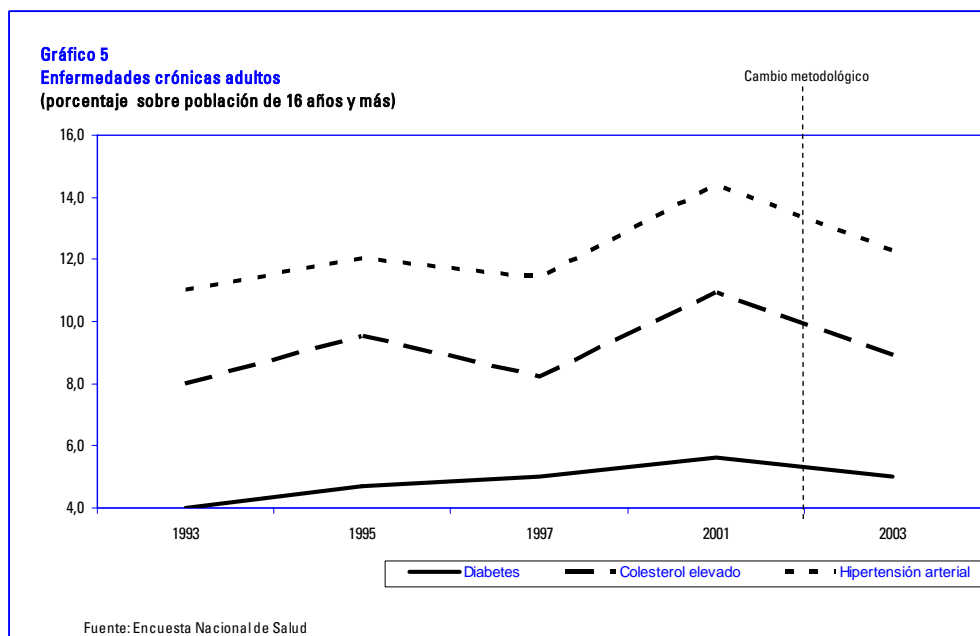
Por otra parte, la mayor longevidad **amplía la prevalencia de morbilidad**, sobre todo de **enfermedades crónicas** –Parkinson, Alzheimer, osteoporosis, desórdenes cardiovasculares, artritis reumatoide, problemas oculares, etc.- así como la duración de las mismas (sólo la industria farmacéutica estadounidense estaba probando a finales de 2005 más de 900 fármacos dirigidos a combatir enfermedades relacionadas con el envejecimiento²⁷).

²⁵ La aparición de más y mejores fármacos sería la causa de un 40% del incremento en la esperanza de vida entre 1982 y 2001 (Lichtenberg, 2003). Otro estudio sugiere que los nuevos medicamentos para tratar el cáncer explicarían alrededor de un 50% del incremento experimentado desde 1975 en las tasas de supervivencia a la enfermedad, lo que equivale a casi un 11% del aumento en la esperanza de vida al nacer (Lichtenberg, 2004). La aplicación temprana de mejores tratamientos antiretrovirales incrementaría en casi 3 años la supervivencia al VIH (Schackman y otros, 2002).

²⁶ La Encuesta Nacional de Salud señala que el porcentaje de personas que se medican ha aumentado desde 1993 a 2001 para todos los grupos de edad, excepto para el de 0 a 15 años. Los datos de 2003 muestran que la tendencia al aumento se mantiene, aunque los cambios metodológicos impiden comparaciones válidas.

²⁷ Según el Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, (PhRMA, 2005).

En España ya se está produciendo un aumento de la tasa de prevalencia de enfermedades crónicas entre la población adulta (gráfico 5). Cabe esperar que la incidencia de algunas de ellas continúe su evolución al alza como consecuencia de ciertos comportamientos que van generalizándose entre la población española. Es el caso de los malos hábitos alimenticios y del sedentarismo, cuyas consecuencias ya empezamos a padecer en forma de altas tasas de sobrepeso y obesidad, especialmente preocupantes en la población más joven: según la Encuesta de Salud (ENS) de 2003, un 8,5% de la población entre 2 y 17 años es obesa y un 18,2% adicional tiene sobrepeso. También nuestra creciente exposición a situaciones estresantes está convirtiendo a la depresión en una de las principales causas de incapacidad (el 4,56% de la población española declaraba sufrir depresión según la ENS de 2003).

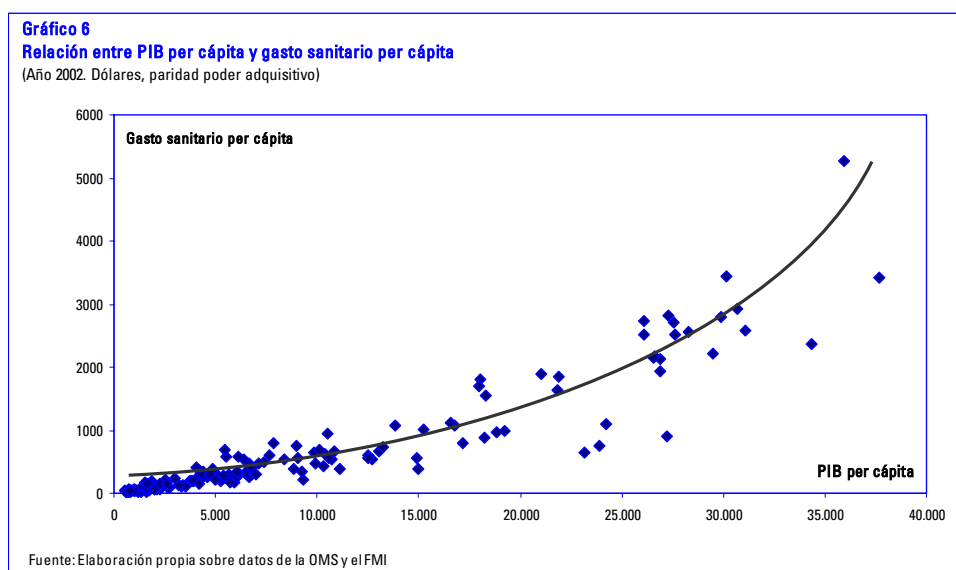


3.2 Una sociedad más rica que demanda más (y mejor) sanidad

En el transcurso de los últimos años se ha registrado un incremento suave pero continuado de la proporción de los recursos totales que se dedica a la atención sanitaria en la mayoría de países industrializados (OCDE, 2005). Esta tendencia significa que, en esos países, **la elasticidad renta del gasto sanitario es mayor que la**

unidad²⁸; es decir, a medida que las sociedades se hacen más ricas, se va produciendo un imparable incremento del gasto relativo en sanidad.

Así, como puede observarse en el gráfico 6²⁹, las diferencias en PIB per cápita explican un porcentaje elevado de las diferencias en gasto sanitario per cápita; a mayor renta individual, mayor gasto individual en sanidad. Esta relación por el lado de la demanda parece indiscutible. La gente tiende a ocuparse más de su salud conforme disfruta de un mayor nivel de vida porque, entre otras cosas, la salud es un prerequisite para preservar dicho bienestar.



En la evolución del gasto sanitario intervienen factores tanto por el lado de la oferta como por el de la demanda, cuyos efectos alcanzan a precios y cantidades de los servicios sanitarios. McGuire y Serra (2005) señalan al respecto que la contribución de los precios relativos al incremento en el gasto sanitario tiende a ser mucho menor que la correspondiente al aumento en la cuantía de los servicios. Durante el decenio 1990-2000, el aumento de los precios relativos de la sanidad fue de aproximadamente un 1,5% anual o menos en la mayoría de países desarrollados, mientras que el volumen relativo de servicios sanitarios creció cerca del 3% anual.

²⁸ Un incremento del 1% en el PIB aparece asociado a un incremento superior al 1% en el gasto en sanidad. Esta relación es una tendencia; no se da en todos y cada uno de los casos. Hay estudios que muestran elasticidades más bajas en algunos casos, circunstancia que podría deberse a elementos de oferta, en concreto a las políticas de contención de costes de muchos países incluidos en las muestras (Herwartz y Thelien, 2003).

²⁹ Cada uno de los puntos representados en el gráfico corresponde al par de valores (PIB per cápita, gasto sanitario per cápita) para cada uno de los 140 países de una muestra correspondiente a la tendencia (línea negra –ajuste meramente gráfico).

En todo caso, el crecimiento de la economía española y los mayores niveles de bienestar llevarán aparejada una mayor preocupación de los ciudadanos por su salud. La respuesta ante esta situación no tiene por qué ser siempre el incremento del gasto público. Además del problema de sostenibilidad, debe destacarse que no hay una correlación evidente entre gasto sanitario y calidad de la salud, medida ésta por la esperanza de vida, por ejemplo. En principio, conforme aumenta el gasto, la esperanza de vida lo hace a buen ritmo. Pero se llega a un límite a partir del cual el aumento de gasto no implica mayor esperanza de vida, sino que la relación se convierte en asintótica (Ahn y otros, 2003). Por ambas razones hay un nivel a partir del cual es preciso analizar cuidadosamente las decisiones adicionales de gasto. Además, no cabe olvidar que con un mismo gasto absoluto, la calidad de la asistencia puede variar notablemente.

3.3 Nuevos canales de información: la sofisticación de los pacientes

El incremento de la demanda derivado del mayor nivel de riqueza se ve agudizado por la **mejora en las fuentes de información de que disponen hoy los pacientes**. Los médicos van perdiendo progresivamente su papel de principal fuente de conocimiento. Los pacientes están más informados y exigen una mayor participación en las decisiones médicas, lo que modera algunos de los problemas derivados de la asimetría de la información³⁰.

Gracias al avance de las tecnologías de la comunicación, los pacientes disfrutan de un acceso fácil a grandes cantidades de información relativas a la salud. Aumentan así sus conocimientos y no dudan en reclamar al sistema de salud la mejor atención posible para sus necesidades individuales. Y sus **reclamaciones adquieren fuerza a medida que se extiende el fenómeno del asociacionismo** y se potencia la representatividad de las organizaciones de pacientes³¹. Es más, se les empieza a

³⁰ La relación tradicional entre médico y paciente viene marcada por una clara asimetría en la información que ambas partes manejan. Se trata de lo que los economistas denominan una "relación de agencia". El médico (agente) posee los conocimientos, habilidades y competencias propias de su profesión. El paciente (principal) carece de gran parte de ese bagaje técnico, razón por la cual acude al médico en búsqueda del diagnóstico y el tratamiento más adecuados. Se delega en el médico, confiando en que éste actúe en bien del paciente.

³¹ El Foro Español de Pacientes se constituyó en diciembre de 2004 con el objeto de promover la adecuada representación del conjunto de asociaciones que integran pacientes españoles en los ámbitos locales, autonómicos, estatales y europeos, en los que se considere oportuna su representación. Agrupa a 603 organizaciones, con más de 250.000 socios.

considerar con los derechos propios de cualquier consumidor. La posibilidad de elegir especialista, por ejemplo, responde a ese nuevo enfoque.

Estos cambios en la relación de agencia entre médico y paciente no están libres de los importantes riesgos que nacen del manejo inadecuado de una ingente cantidad de información. La relación puede verse perjudicada para ambas partes si el paciente cuestiona en exceso la capacidad o las decisiones de los facultativos, lo que incrementa el grado de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Algo similar ocurre cuando tecnologías poco efectivas o fuera del alcance del sistema despiertan un optimismo excesivo. Con relación a este peligro, un fenómeno de cuyo potencial daño para la sostenibilidad del sistema ya alertan los especialistas es el llamado “consumismo médico”³². Los **pacientes exigen servicios y garantías** igual que lo harían con cualquier producto de consumo. Demandan, por ejemplo, la aplicación de las terapias más caras y sofisticadas, por creerlas siempre mejores aunque no lo sean realmente. **Los profesionales pueden acceder a esas demandas** por muchas razones: desde la insistencia de los pacientes hasta el temor a reclamaciones y quejas posteriores (en algunos casos puede llegar a materializarse en procesos judiciales), pasando por la ausencia en los médicos de incentivos personales para evitar al sistema gastos innecesarios. En este sentido, hay que recordar que la sostenibilidad del sistema sanitario está condicionada por otra relación de agencia: **el médico (agente) toma decisiones de gasto de cuya financiación no responde**, pues ésta compete a la administración pública correspondiente (principal).

3.4 La creciente demanda sanitaria de una población envejecida

Otro de los factores que condicionarán la evolución futura de la sanidad es el **envejecimiento de la población**. Este fenómeno, común a la mayoría de los países industrializados, incidirá sobre la demanda de servicios sanitarios a medio plazo.

España vive ya un proceso agudo de envejecimiento de la población, apenas paliado por la entrada en el país de un gran número de inmigrantes jóvenes y con más hijos que las familias españolas³³. Tanto es así que las previsiones de Naciones Unidas

³² El estudio de Lindley y otros (2005) ofrece un ejemplo real de los problemas que este fenómeno causa tanto para el sistema sanitario como para los pacientes.

³³ La inmigración plantea cuestiones adicionales en relación con el problema de la sostenibilidad del sistema sanitario. Por ejemplo, el estado de salud de la población inmigrante podría diferir del de la autóctona por causas como los distintos hábitos de vida previos. Sin

sitúan a España en el año 2050 como la nación con la mediana de edad más alta del planeta (55,2 años); ese dato sería el reflejo de una sociedad muy envejecida, con un 44,1% de la población por encima de los 60 años, un 37,6% mayor de 65 años y nada menos que un 13,4% de octogenarios y personas incluso más ancianas.

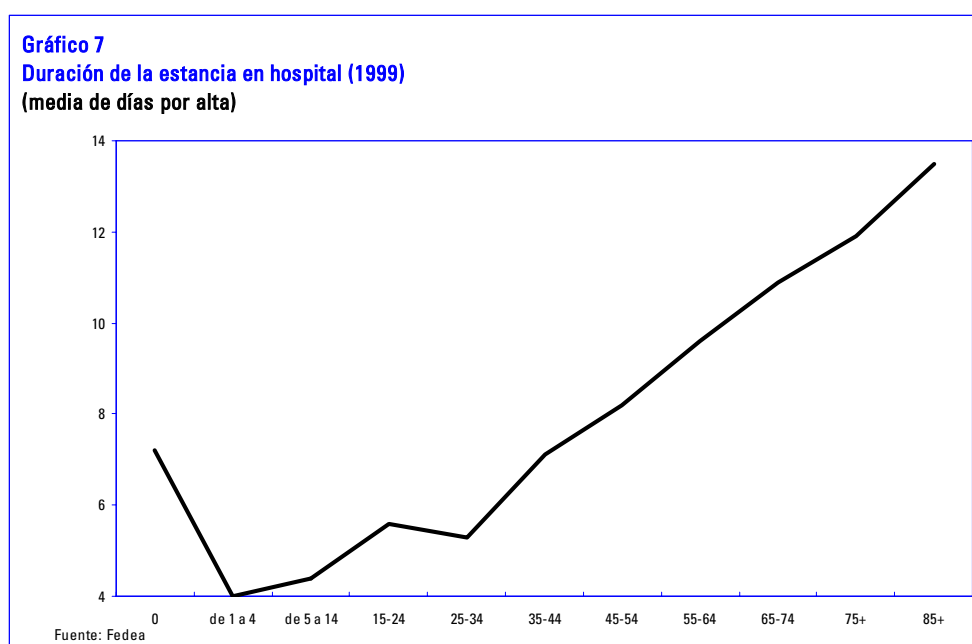
La presión demográfica de este fenómeno queda perfectamente retratada en las proyecciones realizadas sobre la tasa de dependencia –personas dependientes sobre población en edad de trabajar-. Según Naciones Unidas, esa tasa se situaba en 2000 en el 46,4%, y se descomponía en un 21,5% correspondiente a menores dependientes y un 24,8% a ancianos. Si las previsiones son certeras, tales ratios pasarían a ser en 2050 del 96,2%, 22,4% y 73,8% respectivamente³⁴.

Cuadro 4				
Envejecimiento de la población española				
	1975	2000	2025	2050
Porcentaje de la población en edad avanzada				
Total				
60+	14,4	21,8	31,4	44,1
65+	10,0	17,0	23,6	37,6
80+	1,7	3,8	6,6	13,4
Mujeres				
60+	16,2	24,3	34,3	47,5
65+	11,5	19,3	26,4	41,2
80+	2,1	4,9	8,3	16,3
Hombres				
60+	12,5	19,2	28,4	40,4
65+	8,5	14,5	20,6	33,8
80+	1,2	2,6	4,7	10,2
Índice de envejecimiento	52,1	147,9	283,1	386,4
Composición de la población por edades				
de 0 a 14	27,6	14,7	11,1	11,4
de 15 a 59	58,0	63,5	57,5	44,5
de 60 en adelante	14,4	21,8	31,4	44,1
Mediana de edad (años)	29,7	37,7	49,2	55,2
Tasa de Dependencia				
Total	60,4	46,4	53,0	96,2
Jóvenes	44,3	21,5	17,0	22,4
Ancianos	16,1	24,8	36,1	73,8
Potencial support ratio¹	6,2	4,0	2,8	1,4
Parent support ratio²	4,1	10,2	13,3	38,0
Nota: ¹ Potencial support ratio: Es el número de personas entre 15 y 64 años por cada persona de 65 años o más. ² Parent support ratio: Es el número de personas de 85 años y más por cada 100 personas entre 50 y 64 años.				
Fuente: World Population Ageing 1950-2050 (Naciones Unidas, 2002)				

embargo, la evidencia disponible no permite afirmar que el gasto sanitario de los inmigrantes sea mayor. Para un estudio al respecto, véase Cots y otros (2002).

³⁴ Las estimaciones de otros organismos, como el INE, apuntan en idéntica dirección a la señalada por Naciones Unidas.

En el ámbito de la salud este proceso es muy relevante, ya que genera problemas de sostenibilidad para el sistema sanitario actual. En efecto, el gasto público hospitalario por grupos de edad tiene forma de j inclinada (véase el gráfico 7)³⁵; es decir, crece de manera muy apreciable con la edad. Por lo tanto, el gasto sanitario total aumentará para una población dada en la medida en que se vaya invirtiendo la pirámide poblacional.



Si se aplica la estructura del gasto sanitario per cápita (bajo la hipótesis de que éste se mantiene constante) a la evolución demográfica esperada, el resultado corresponde a una estimación del gasto total en el futuro. Este ejercicio lo realizó el Banco de España (2002), estableciendo para el gasto sanitario un crecimiento esperado de 1,6 puntos porcentuales sobre PIB entre 2000 y 2050, incremento superior al estimado por el Comité de Política Económica de la UE e inferior en un 50% al de la OCDE (2001).

Existe un amplio consenso en que el envejecimiento, en ausencia de otros cambios, produce por sí mismo un mayor gasto sanitario, tal y como prevén los organismos arriba mencionados. Sin embargo, estas proyecciones nunca deben tomarse como ejercicios de precisión, puesto que sus resultados dependen esencialmente de los supuestos que se apliquen a diversas variables (perfiles de gasto

³⁵ En el gráfico se ha utilizado como variable proxy del gasto público hospitalario la duración media de estancia en un hospital por grupos de edad.

en sanidad por sexos y edades, escenarios de evolución demográfica, etc³⁶). Lo cierto es que no está clara la magnitud del impacto que la evolución demográfica tiene sobre el gasto en sanidad, básicamente porque no hay fórmulas precisas que permitan anticipar cómo van a comportarse la demanda y la oferta de servicios sanitarios ante el envejecimiento. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que es en el último año -a lo sumo los dos últimos años- de vida del individuo donde se concentra la mayor parte de su gasto sanitario. Es decir, podría hablarse de un coste de la mortalidad fijo e independiente de la edad de muerte, por lo que el aumento de la esperanza de vida elevaría el gasto sólo de manera proporcional. Otra evidencia, sin embargo, habla de un aumento más que proporcional, ya que la tasa de hospitalización parece haber aumentado más para tramos de edad superiores³⁷. Incluso es posible que algunos de los efectos del envejecimiento suavicen el aumento del gasto. Hay estudios que apuntan que la mayor esperanza de vida, con menores tasas de mortalidad, hará que menos personas estén en su último año de vida. Puesto que el año que antecede a la muerte es el que acarrea mayor gasto sanitario, esto significaría una reducción de costes totales para la sanidad. Ahn y otros (2005) estiman que para 2049 ese efecto parcial podría suponer un ahorro del 8% en el gasto hospitalario.

ENVEJECIMIENTO Y GASTO SANITARIO: UNA RELACIÓN AMBIVALENTE

En realidad, cabe afirmar que la relación envejecimiento-gasto sanitario está mediada por la acción de distintos factores que podemos resumir en una cadena con dos grandes eslabones. En primer lugar, la relación estará condicionada por el modo en que el envejecimiento afecte a la salud y, por tanto, a la demanda de servicios sanitarios, básicamente por la posibilidad de vivir periodos más largos de salud delicada. En segundo lugar, por el modo en que los sistemas sanitarios respondan a una mayor demanda potencial, si es que ésta realmente se da en una población envejecida. Pensemos que las innovaciones, no sólo tecnológicas, sino también organizativas, pueden incrementar la eficiencia de los sistemas sanitarios, permitiendo la prestación de más y mejores servicios sin aumentos de gasto.

En cuanto al primero de los condicionantes, los datos internacionales (Gómez, Infante 2004) demuestran que hay una relación positiva y fuerte entre envejecimiento y enfermedad, sobre todo por el impacto de las enfermedades crónicas y las discapacidades entre los más ancianos. En España, los ancianos discapacitados son el doble de propensos a la enfermedad crónica que

³⁶ Por ejemplo, con niveles muy bajos de natalidad el envejecimiento podría ir acompañado de una disminución de la población que, si lo demás permanece constante, reduciría el gasto total.

³⁷ Estos aspectos se discuten en Carabaña (2003).

los no discapacitados. Además, la discapacidad parece ser no tanto el resultado de la vejez como de los hábitos de vida perjudiciales para la salud. En este sentido, habría buenas y malas noticias. Por un lado, los hábitos de vida han mejorado (y con ello el estado de salud) entre los ancianos y el conjunto de la población. Pero, por otro, eso no ha ocurrido entre los estratos de población más pobres. En el caso español, el nivel de renta, instrucción y cualificación profesional entre los ancianos es de los más bajos de la OCDE. Ese nivel irá creciendo en el próximo decenio, conforme lleguen a la edad de jubilación quienes nacieron entre mediados de los 40 y mediados de los 50. Serán mayores aquellas personas con mejores hábitos de vida, lo que podría paliar el efecto de un mayor número de ancianos en situación de dependencia o fragilidad³⁸. Se pone así de manifiesto la importancia de la prevención y la educación en hábitos saludables en el marco del envejecimiento poblacional. Un mayor esfuerzo preventivo debería reducir el recurso futuro a la medicina curativa, limitando la excesiva dependencia que la población tiene con respecto al sistema sanitario. O, en otras palabras, un uso más eficiente de los recursos actuales liberaría recursos en el futuro, ampliando el margen de actuación ante problemas como el demográfico.

Con respecto al segundo de los eslabones, según Gómez e Infante (2004) en España la frecuentación de la consulta médica y las altas hospitalarias aumentan con la edad. También el consumo de fármacos de los ancianos es netamente mayor. No sólo eso; los mayores de 65 años ingresan en el hospital con patologías más graves -patologías múltiples en muchas ocasiones- y su estancia es más larga. Este último fenómeno parece deberse a la falta de alternativas a la convalecencia y rehabilitación hospitalarias. Frente a todo ello, las mejores condiciones de salud de los ancianos actuales, y el que los ancianos enfermos reciban en muchos países desarrollados tratamientos de menor intensidad tecnológica pueden permitir una atención sanitaria a este grupo menos costosa. A esto habría que sumar el hecho antes comentado de que es en los últimos meses de vida del individuo cuando se dispara el gasto sanitario, pues los tratamientos son más agresivos y la tecnología empleada es más avanzada. Y esto es más cierto entre los jóvenes que entre los ancianos, de tal modo que es la mortalidad prematura la que conlleva un mayor gasto.

³⁸ Ahn y otros (2003) demuestran que la relación entre edad y estado de salud percibido está condicionada por un conjunto de factores, como estado civil, situación laboral, nivel de renta familiar o educación.

4. Elementos para el diseño de un sistema sanitario sostenible

Como se ha puesto de manifiesto en los capítulos anteriores, el sistema sanitario español se enfrenta a una serie de problemas específicos y, sobre todo, a retos que son comunes a otros países y que pondrán en cuestión su **sostenibilidad a medio plazo**. Ante esta situación, el objetivo no es minimizar el coste total de la sanidad, sino mejorar su funcionamiento y elevar los niveles de calidad de vida. Para ello, cabe introducir en el sistema elementos que lo perfeccionen pero respetando su configuración esencial actual (un sistema público financiado a través de impuestos). Ello permitirá afrontar temporalmente los problemas de sostenibilidad, puesto que facilitará un **uso más eficiente de los recursos y una mejor gestión de la demanda**. No obstante, el reto (y las oportunidades) que supondrán factores como el envejecimiento de la población, la sofisticación de la demanda y, sobre todo, la incorporación de avances tecnológicos y de investigación hará necesario introducir cambios más profundos en el modelo.

Como se ha dicho, no es un problema español, sino un reto común al que también se enfrentan otros países industrializados. De hecho, la gran mayoría de los países europeos está inmersa en procesos de reforma para tratar de afrontar el desafío con mayores garantías de éxito. No tiene sentido esperar que nuestro sistema pueda permanecer ajeno a esos cambios.

Es más, si algo distingue al sistema español de otros es que **las reformas en nuestro país son cada vez más necesarias** dado que los principales cambios en los últimos años han girado en torno a la descentralización de competencias, dejando en un segundo plano la introducción de mecanismos de mejora de la eficiencia del sistema (como se expone más adelante, sólo ha habido medidas parciales y de escaso alcance). Así las cosas, las reformas han de emprenderse cuanto antes para que su **introducción gradual** comience a surtir los efectos deseados.

A continuación se ofrecen algunos de los elementos que pueden contribuir a preparar a nuestro sistema sanitario frente a los problemas de sostenibilidad ya esbozados. Si bien es cierto que no existe una “fórmula mágica” que permita solucionar el problema, también lo es que sólo hay un número limitado de fuentes de mejora que, además, están siendo probadas en muchos países de nuestro entorno. Se trata, en realidad, de **aprovechar las oportunidades para racionalizar el sistema con**

un objetivo de incremento y mejora de las prestaciones a la par que se modera el crecimiento del gasto a través de una mayor productividad.

4.1 Mejora de la eficiencia

Mayor utilización de la tecnología

En epígrafes anteriores se mostraba el modo en que los avances tecnológicos pueden elevar notablemente el gasto sanitario; sin embargo, también pueden contribuir significativamente a mejorar la gestión en este sector. Así, **la tecnología permite mejorar el acceso a los servicios** (ampliando las posibilidades de prevención, atención, curación y seguimiento) **y reducir simultáneamente el coste de su provisión**. Hay múltiples aplicaciones posibles: desde la prescripción electrónica hasta la creación de sistemas integrados de seguimiento de los diagnósticos y las terapias, pasando por la creación de bases de datos electrónicas sobre historias clínicas. Muchos países europeos están introduciendo reformas en este sentido (Reino Unido está abordando un ambicioso programa de inversiones en tecnología sanitaria y Alemania ha introducido una tarjeta electrónica). A continuación se exponen algunas de las vías posibles de mejora en el caso español.

- En general, la aplicación y extensión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) debería tener en el ámbito sanitario efectos similares a los que se observan en otros sectores. Las TIC's suponen, por una parte, un **aumento del stock de capital y tecnológico** con el que trabajan los empleados sanitarios, lo que redundará en beneficios como los explicados en los puntos precedentes y que, en un sentido amplio del concepto, cabría catalogar de **mejoras en la productividad del trabajo**. Pero, por otro lado y a un plazo algo más largo, permiten una **mejor organización del conjunto de recursos empleados** en la provisión de servicios sanitarios, posibilitando así incrementos en la productividad total de los factores.
- Una de las posibilidades radica en la **informatización de la sanidad**³⁹ y en la **implantación de la denominada tarjeta sanitaria**. La identificación de cada

³⁹ La Comisión Europea ha destacado la importancia de los sistemas de información sanitaria (Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre los productos sanitarios, COM/2003/0386 final). Como dato ilustrativo de su importancia, la propia Comisión señala que el mercado estadounidense de estos productos alcanzaba en 2003 un valor de más de 4.000 millones de euros.

paciente y la codificación de su historial, con la incorporación de toda esa información a bases de datos que permitan compartirla, mejoraría la asistencia y liberaría recursos. Así se evitaría, por ejemplo, la repetición innecesaria de pruebas o el consumo de tiempo en la búsqueda de información, proporcionando a los agentes intervinientes un fácil acceso a toda la información disponible.

Además, en el caso español este tipo de instrumentos incidiría positivamente en uno de sus problemas específicos: la **coordinación entre administraciones**. La tarjeta sanitaria única y compatible, que también se está desarrollando a nivel europeo, garantizaría el acceso (independientemente del lugar habitual de residencia) y proporcionaría una información esencial para hacer frente a problemas como el de financiación de la atención a desplazados.

Recientemente el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó una norma⁴⁰ que regula la tarjeta sanitaria individual, estableciendo que es el instrumento que garantiza al acceso a todo el Sistema Nacional de Salud e incorpora un código de identificación individual que permitirá acceder a la información que se acumule en la base de datos de población protegida. Aunque supone un avance sustancial, no es única, ni incluye todas las aplicaciones que podrían derivarse de una tarjeta electrónica (por ejemplo, incorporar directamente toda la información médica sobre el titular de la tarjeta).

- Otro de los avances tecnológicos relevantes es la denominada **telemedicina**, esto es, la asistencia a distancia. La aplicación al campo sanitario de las tecnologías de la telecomunicación permite, por ejemplo, trasladar al domicilio del paciente parte de la atención hospitalaria (observar la evolución de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos), reduciendo el coste que en la actualidad supone el desplazamiento del personal sanitario a los domicilios de los enfermos o la estancia en el hospital y también ayuda en zonas rurales lejos de un hospital general.
- Las herramientas telemáticas hacen posible, además, la **externalización e incluso la internacionalización de la provisión de servicios** como, por

⁴⁰ Real Decreto 183/2004 por el que se regula la tarjeta sanitaria individual (artículo 2.2): “La tarjeta sanitaria individual emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes será válida en todo el Sistema Nacional de Salud, y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación”.

ejemplo, el diagnóstico por imágenes o el asesoramiento de especialistas. Así, un hospital podría adquirir ciertos servicios a proveedores externos más eficientes (otros hospitales, nacionales o extranjeros), reduciendo costes de esa forma, vía especialización.

- También es razonable suponer que la incorporación de ciertos desarrollos tecnológicos incrementa los costes a corto plazo, para reducirlos a largo plazo. Eso ocurre, por ejemplo, si unos *mejores equipos de diagnóstico* permiten detectar la enfermedad con prontitud y aplicar un tratamiento que evite la aparición en el futuro de situaciones más graves de tratamiento más costoso. Sucede, asimismo, si una tecnología va ampliando su campo de aplicación a lo largo del tiempo, sustituyendo progresivamente a tecnologías menos eficientes.

En este entorno, las decisiones sobre qué tecnologías incorporar al sistema y a qué ritmo hacerlo son fundamentales, puesto que pueden ayudar a una gestión más eficiente de los recursos. Precisamente para mejorar la adopción de este tipo de decisiones, Reino Unido creó una agencia (la denominada National Institute for Clinical Excellence) para evaluar las tecnologías y los procedimientos, buscando con ello aportar luz sobre las mejores prácticas en el ámbito sanitario. Este tipo de iniciativas (una evaluación externa que oriente a todos los agentes intervinientes) resultan muy positivas a la hora de hacer un buen uso de los avances tecnológicos.

Mejora de los sistemas de gestión

La introducción de **instrumentos de gestión eficiente** permitiría mejorar sustancialmente el sistema actual, aquejado de algunas prácticas heredadas de décadas pasadas. No se trata tanto de un debate entre gestión pública o privada, sino, más bien, entre instrumentos de gestión más o menos eficientes. No cabe olvidar que esta mejoría en la gestión es posible respetando la situación de partida, en la que la **financiación de los servicios es siempre de origen público, independientemente de quién produzca esos servicios**. Es más, la mejora no debe plantearse como una mera reducción o contención de los costes a corto plazo, sino como un **incremento de la calidad de la asistencia compatible con la sostenibilidad del sistema**. Si esta asistencia es precaria, la salud de la población se resiente y los costes suben en el medio y largo plazo, de modo que el modelo resulta menos eficaz y más ineficiente.

- Una primera vía de mejorar la gestión es a través de sistemas de **concertación público-privados**. Un ejemplo de esta solución es lo que ya está sucediendo en varias Comunidades Autónomas (Cataluña, Madrid o Valencia), que están experimentado fórmulas que coexistan con el sistema pero permitan mejorarlo. Se recurre a formas de colaboración público-privada⁴¹ en las que se establecen sistemas de concertación de prestación de determinados servicios. Estas concesiones pueden incluir desde la construcción y mantenimiento de los servicios no sanitarios de los hospitales (lo que, además, incide inmediatamente en la posición financiera de la Comunidad Autónoma) hasta la gestión del personal sanitario.

Hay además otros ejemplos de concertación que han demostrado su éxito: no sólo en momentos puntuales del tiempo (para reducir listas de espera) sino como una vía de integración de todos los recursos disponibles a través de la creación de un *pool* de infraestructuras cuyo uso se puede financiar con fondos públicos o privados, indistintamente (es el caso de las residencias de la tercera edad en múltiples Comunidades Autónomas).

- En coherencia con esta misma línea argumental favorable a mejoras en la gestión, resulta innegable que la introducción de incentivos para los profesionales sanitarios, potenciaría la eficiencia y la eficacia en la gestión de la asistencia. Pero para ello es preciso introducir incentivos positivos y negativos que permitan la gestión del personal (con retribuciones más adecuadas y niveles de exigencia ajustados).
- Pero las mejoras no sólo pueden realizarse a través de formas de colaboración público-privada, también a través de la **introducción de mecanismos de competencia** que eviten la situación actual, en la que los hospitales actúan como monopolios locales. Así, cabría introducir una suerte de competencia referencial entre centros, de manera que pudieran compararse los resultados (desde muy diversos puntos de vista) de los hospitales. Podría seguirse el ejemplo noruego, en el que los resultados de las instituciones se publican en

⁴¹ Por ejemplo, la empresa que gana el concurso de licitación del centro recibe un pago por habitante en su área de actuación que se incrementa en una cuantía variable (en función del IPC, los costes de construcción, etc.). Este acuerdo entre administración y constructoras permite la financiación privada de la construcción con un contrato a largo plazo (25 o 30 años), por el que la Administración paga un canon anual variable una vez que la infraestructura esté completamente terminada. Al cabo de ese plazo ésta revierte a la Administración. Ejemplos concretos de aplicación de este tipo de sistemas son los hospitales de Alzira, el Comarcal del Baix Llobregat o el de Valdemoro.

una web⁴² en la que pueden compararse aspectos como las listas de espera o la calidad de sus procedimientos.

Podría asimismo permitirse la libertad de elección de médico o centro hospitalario por parte de los pacientes, siempre dentro de un esquema estrictamente público o permitiendo la elección entre servicios prestados por entidades públicas o privadas, aunque con financiación pública. Sería una práctica similar a la que hoy se observa en la función pública de la Administración Central del Estado, en la que se permite elegir entre atención privada y pública (una inmensa mayoría de ellos se inclina por la asistencia privada). Es además posible cambiar de proveedor (privado o público) con gran facilidad, lo que estimula la competencia entre ellos. Por último, es el único caso en el que no se produce la doble cotización.

En el escenario europeo, países como Alemania, Noruega o Reino Unido tienen mecanismos de libre elección de hospital por parte de los pacientes, combinados con sistemas de retribución a los hospitales elegidos por los servicios prestados (“el dinero sigue al paciente”).

Sin embargo, la competencia no es una solución perfecta en este sector, dada la asimetría de la información y el insuficiente desarrollo de ésta en lo que se refiere a calidad y resultados de las diversas alternativas de tratamiento. Como destaca Michael Porter⁴³, esta insuficiencia de información puede conducir a decisiones erróneas, en las que los pacientes ahorren dinero en tratamientos efectivos (pero más caros a corto plazo) para malgastarlo en otros mucho menos eficientes (más caros a largo plazo).

Por tanto, una mejor gestión de los recursos pasa en primer lugar por el desarrollo de mecanismos adecuados para medir e informar sobre la calidad y los resultados del sistema sanitario. Es ésta una función de las administraciones públicas, que deben establecer los estándares de información (comparable y ajustada a los riesgos) y exigir que los oferentes del sector sanitario utilicen esos indicadores, de manera que los pacientes (y las autoridades) tengan un mejor criterio. En ausencia de esos mecanismos, una

⁴² www.sykehusvalg.net.

⁴³ *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Porter y Olmsted Teisberg (2006). Harvard Business School Press, May 2006.

mayor competencia reduciría costes con cierta rapidez, pero el precio a pagar sería un aumento de los costes en el medio plazo como consecuencia del deterioro en la asistencia y en la salud.

Introducción de una visión integrada de la atención

En foros internacionales hay un acuerdo general sobre la necesidad de que la prestación de servicios sanitarios adquiera una perspectiva más amplia, incluyendo equipos multidisciplinares y desarrollando formas de atención adecuada para determinadas dolencias que no requieren ingreso hospitalario. Se permitiría así mejorar el servicio y racionalizar la gestión, al emplear las camas hospitalarias (mucho más caras) sólo cuando sea necesario.

Un caso claro es el de la atención específica a dolencias no graves asociadas al envejecimiento y que requieren esencialmente atención sociosanitaria (y no hospitalaria). Este tipo de asistencia incluye diferentes clases de atención, desde los servicios sociales hasta la hospitalización, pasando por la atención sanitaria comunitaria, y puede considerarse equivalente al concepto de cuidados de larga duración. Diversas experiencias en países desarrollados demuestran que la atención multidisciplinar en los servicios geriátricos es positiva para la salud de los pacientes a la vez que permite una reducción de costes frente a tratamientos más tradicionales (OCDE, 2005, y Gómez e Infante, 2004).

El desafío de futuro en este ámbito es constituir un sistema sanitario con gran coordinación entre los niveles de atención (primaria, comunitaria, hospitalaria, socio-sanitaria, etc). Ésta habrá de ser además integral y enfocada a la atención en el propio hogar. Proporcionar el apoyo que permita a los mayores permanecer en sus hogares y recibir allí el cuidado que precisan, mejora su situación, pues es lo que normalmente prefieren. Desde el punto de vista de la eficiencia y sostenibilidad, **este sistema de atención en el hogar tiende a resultar menos costoso que el cuidado en residencias o similares.**

Coordinación entre administraciones públicas

Como se expuso en el capítulo anterior, nuestro sistema está aquejado de ausencia de coordinación entre las administraciones públicas gestoras (y reguladoras) del sistema sanitario. Aunque en el Estado residen las competencias de coordinación

básica, lo cierto es que la cesión de competencias en el ámbito sanitario ha generado problemas de información, normativos y de gestión. Por ello sería preciso introducir mejoras en ámbitos diversos:

- **Información:** como ha sucedido en otras áreas, la **descentralización administrativa** ha traído consigo una **pérdida de información respecto al funcionamiento del sistema** y, con ello, de **comparabilidad**. Si bien es cierto que ha habido esfuerzos en este sentido⁴⁴, la mejora del sistema requiere mayores dosis de transparencia y comparabilidad, de manera que sean los pacientes (y los votantes) los que juzguen si les parecen o no satisfactorias las prestaciones sanitarias que reciben (y financian con sus impuestos).
- **Establecimiento de protocolos comunes:** un elemento esencial para garantizar la igualdad de acceso de toda la población protegida a los servicios sanitarios (independientemente de su lugar de residencia) sería la elaboración de protocolos (o guías de práctica médica⁴⁵) comunes a todas las Comunidades Autónomas.

Además de ser **positivos desde el punto de vista de la equidad**, la existencia de protocolos comunes permitiría **racionalizar la cadena de decisiones sanitarias**, evitando la repetición de pruebas o la prescripción de otras innecesarias. A todo ello se une su capacidad de ser un **instrumento de mejora de la calidad del servicio prestado**. En algunos países europeos (Holanda, Alemania y países escandinavos), las actividades de los médicos son regularmente sometidas a supervisión a partir de su cumplimiento o no de los protocolos (establecidos en el caso holandés por el colegio de médicos), analizando los tratamientos aplicados y los resultados obtenidos.

- **Coordinación normativa:** de manera análoga a lo que está sucediendo en otras áreas, la descentralización administrativa ha conducido a la aparición de una **tendencia a la regulación “diferenciadora”** por parte de las

⁴⁴ El Real Decreto 605/2003 estableció medidas para el tratamiento homogéneo sobre listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas correspondientes a los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud. Se igualan, por lo tanto, los parámetros para la recogida de datos de cada una de las CCAA acerca de las listas de espera quirúrgicas por dolencias y tiempo de espera. Sin embargo, a día de hoy la Comunidad de Madrid no puede agregar su contabilización al conjunto de sistema debido a que no se atiene a los parámetros establecidos.

⁴⁵ Definidas como “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias específicas”. Institute of Medicine.

Comunidades Autónomas. Se produce así una situación en la que la norma se erige en un **instrumento de diferenciación política o de protección de la “industria” local**, fragmentando lo que podríamos denominar el espacio sanitario español. Esta situación reduce la eficiencia del sistema, minorando así los efectos positivos de la descentralización en la prestación de servicios sanitarios. Una adecuada coordinación lo evitaría.

- **Establecimiento de un catálogo de prestaciones básicas:** para mejorar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios, cabría que el Ministerio de Sanidad y Consumo (en colaboración con las Comunidades Autónomas) desarrollara un catálogo básico de prestaciones para toda la población protegida en España.

Ese catálogo básico estaría financiado por el Estado, mientras que las autoridades autonómicas podrían adoptar decisiones de extensión de su oferta asumiendo, eso sí, la responsabilidad de su financiación.

Actualmente en nuestro país se está definiendo el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que comprende prestaciones correspondientes a diversos ámbitos⁴⁶. Sin embargo, este catálogo no persigue los objetivos citados, puesto que se ha decidido que no sea un mínimo y, además, sea definido de la manera más amplia y de mayor calidad posible. En consecuencia, es probable que incorpore aspectos no básicos y se constituya en un argumento para que las CCAA requieran que el Estado lo financie íntegramente (repetiendo el debate de hace unos meses sobre la insuficiencia financiera del sistema).

- **Coordinación de servicios:** si bien es cierto que existen muchos factores que abogan por los efectos favorables de la descentralización de los servicios sanitarios (lo que redundaría en una mayor satisfacción de los pacientes), hay ámbitos en los que la existencia de una **masa crítica** es muy **relevante para la eficacia del sistema**.

Casos como el sistema de trasplantes (ver cuadro adjunto), la investigación médica o la atención de determinadas dolencias son ejemplos evidentes de las

⁴⁶ Salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

ventajas de la existencia de un tamaño mínimo. Para determinado tipo de intervenciones, el número de casos atendidos eleva sustancialmente las probabilidades de éxito; también la investigación médica requiere de un volumen de fondos elevado. Son, así, áreas en las que la coordinación entre Comunidades incrementa sustancialmente la eficacia. Es preciso por tanto desarrollar medidas en este sentido, con acuerdos por los que varias Comunidades compartan “centros hospitalarios de excelencia” o centros de investigación.

LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) es un organismo dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo que asume las competencias relativas a la obtención y la utilización clínica de órganos y tejidos. Para desarrollar dichas funciones se constituye y actúa como unidad técnica operativa y coordinadora de las actividades de donación, extracción, preservación, distribución, intercambio y trasplante de órganos y tejidos en el conjunto del Sistema Sanitario Español. Los principios que la gobiernan son los de cooperación, eficacia y solidaridad.

Aunque en España se retrasó hasta la década de los 80 la aplicación general de la técnica de trasplantes⁴⁷, se ha desarrollado un sistema muy eficaz, tanto que a principios de los 90 ya se empezó a hablar del “modelo español” para referirse a un sistema que en pocos años se había situado en la vanguardia mundial.

Muchos son los datos que avalan la calidad del sistema. España es el país donde más trasplantes hepáticos se llevan a cabo, en proporción al número de habitantes (en 2003 se superó el millar de trasplantes de hígado con una tasa de supervivencia de 85% en el primer año y de 75% a los cinco años). El éxito del modelo viene marcado además de por las altas donaciones de órganos –en 2003 hubo 34,6 donaciones por cada millón de habitantes- y por la organización de la extracción, asignación y trasplante de órganos.

Uno de los principios sobre los que se asienta el sistema de obtención de órganos para el trasplante es la coordinación, clave de su eficacia. En España, la coordinación se organiza

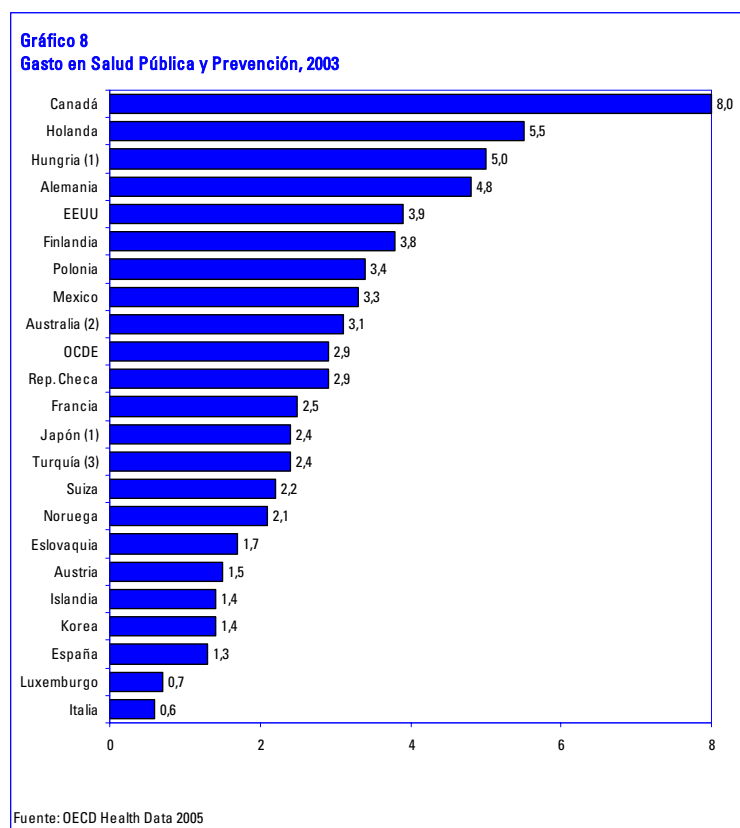
⁴⁷ La primera intervención de transplante considerada exitosa en el mundo se desarrolló en 1954 en Boston (EEUU). El paciente vivió durante ocho años después de la operación. En 1967, otro trasplante, esta vez en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), tuvo una enorme repercusión pública. Se trataba del primer trasplante de corazón. Tras el entusiasmo que despertaron esas primeras intervenciones, llegó un periodo de inacción y hubo que esperar a los años 80 para ver crecer de nuevo las expectativas de injerto de órganos gracias a procedimientos quirúrgicos eficaces y generales.

en tres niveles. En un primer nivel se encuentra la Coordinación Nacional a través de la ONT. No tiene atribuciones de gestión directa y asume como misión principal la promoción, facilitación y coordinación de la donación y el trasplante de todo tipo de órganos, tejidos y médula ósea. Gracias a la ONT, el sistema sanitario dispone de un marco institucional de ámbito nacional que permite armonizar y aunar los esfuerzos de todos los sistemas autonómicos y hospitalarios relacionados con los trasplantes. El segundo nivel, en el contexto de la coordinación autonómica, lo ocupan las Oficinas regionales de Coordinación de Trasplantes dependientes de la Consejería de Sanidad. Por último, el sistema se completa con la coordinación hospitalaria, cuyo funcionamiento gira en torno a la figura del coordinador de trasplante en cada hospital autorizado para donación y/o trasplante.

Mayor desarrollo del enfoque preventivo

Nuestro sistema está muy centrado en actividades paliativas y curativas, lo que implica una insuficiente atención a la prevención (ver gráfico 8) y a la mejora de las costumbres. Son éstas cuestiones de importancia creciente, sobre todo considerando la extensión presente y futura de algunos hábitos de vida que generarán grandes problemas (y gastos) sanitarios en el medio plazo. Valga como ejemplo el caso de la obesidad, que se considera un factor relevante del desarrollo de dolencias diversas (hipertensión, colesterol alto, diabetes, problemas respiratorios, enfermedades cardiovasculares...) y cuya presencia está avanzando a gran velocidad en las sociedades desarrolladas⁴⁸.

⁴⁸ En España, la tasa de obesidad entre adultos se duplicó entre 1987 y 2003.



Un mayor esfuerzo en el ámbito de la **prevención** y en la adopción de hábitos saludables de vida **contribuiría sustancialmente a mejorar la salud** de los españoles y, con ello, **a racionalizar el gasto sanitario**.

4.2 La racionalización de la demanda: el copago selectivo

Otro de los instrumentos aplicables para mejorar la capacidad del sistema sanitario de hacer frente a los retos de la sostenibilidad es **gestionar eficientemente la demanda a través del copago**, como ya se está haciendo en muchos países de nuestro entorno. Éste se define como el porcentaje del precio de los medicamentos o los servicios médicos que es asumido por los pacientes. Más exactamente, como el **porcentaje del precio monetario (ya que la ausencia de un copago no implica que el paciente no pague otros precios, por ejemplo el del tiempo de espera)**. Además, el copago hace que el coste de los servicios sanitarios públicos resulte más transparente y visible.

Caben muy diversas formas de copago: desde un sistema en el que las cantidades pagadas son pequeñas (centrado por tanto en la racionalización de la demanda), hasta otro en el que el copago es una fuente esencial de financiación

adicional del sistema. Pueden también establecerse variantes en función de los servicios a los que se aplica (consumo de medicamentos, atención primaria, servicios hospitalarios o servicios hospitalarios no médicos –manutención-). Por último, es posible introducir diversas vías de contribución por parte de los pacientes (en función de su renta, su situación laboral o el tipo de enfermedad que padecen). Como se explica en el cuadro adjunto, hay muy diversas alternativas presentes en los países europeos.

EL COPAGO EN LA UE-15

En los países desarrollados se dan sistemas de copago que afectan tanto al consumo de medicamentos como a la prestación de otros servicios sanitarios.

En lo que se refiere a los medicamentos, aunque en la Unión Europea a 15 hay varios tipos de copago (de cuantía fija, en porcentaje al precio de los medicamentos, aplicando cantidades deducibles o en función de la efectividad del fármaco), la mayoría de los países aplican un porcentaje del precio que puede variar entre el 0% (los pensionistas españoles) hasta el 100% (para medicamentos excluidos de cobertura). En todo caso, todos los países del área prevén alguna forma de copago de los medicamentos (a excepción de Holanda, algunas regiones italianas y parte de los asegurados irlandeses).

En el caso de los servicios sanitarios, aproximadamente la mitad de los países de la UE-15 (incluyendo Alemania, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Luxemburgo, Portugal y Suecia) establecen algún sistema de participación de los usuarios en el coste de la atención primaria. También la asistencia especializada requiere alguna forma de cofinanciación del paciente en la mitad de los países del área (salvo Dinamarca, España, Grecia, Holanda, Irlanda y Reino Unido).

Tampoco es un instrumento nuevo para nuestro sistema sanitario, aunque sólo se aplica actualmente a los medicamentos. Es posible que esta peculiaridad se derive de la imposibilidad de introducir otras formas implícitas de gestión de la demanda (como las ya citadas listas de espera) en el caso del consumo de medicamentos. En todo caso, desde inicio de los 80 existe un sistema de copago según el cual los usuarios asumirán el 40% del precio de aquellos medicamentos que sean financiados por el Sistema Nacional de Salud. Hay varias excepciones a esta regla: los pensionistas (que no pagan nada), las personas aquejadas de enfermedades crónicas (que asumen sólo un 10% del precio) y los funcionarios (que pagan el 30% incluso tras su jubilación). Además, los pacientes ingresados en hospitales públicos no han de

hacer pago adicional ninguno por los fármacos consumidos durante la estancia hospitalaria.

Aunque esta regla no se ha visto alterada sustancialmente en los últimos años, lo cierto es que **en porcentaje de la factura farmacéutica el peso relativo del copago ha ido reduciéndose notablemente** (si en 1982 el copago representaba el 19% del consumo farmacéutico total a principios de la década de 2000 esta cifra se situaba en torno al 7%). El principal factor explicativo de esta evolución es el gasto de los pensionistas, que representaba menos del 60% del gasto farmacéutico a principios de los 80 pero que superaba el 77% de dicha variable al inicio de la primera década de este siglo (y eso a pesar de que el proceso de envejecimiento de la población española dista de haber alcanzado su máximo).

Un diseño cuidadoso

Aunque la introducción de mecanismos de copago tiene ventajas, debe diseñarse con cuidado. Por un lado, estos mecanismos permiten evitar comportamientos ineficientes (a precio cero, demanda infinita) y prolongar la sostenibilidad del sistema (tanto más cuanto mayor sea su capacidad de cofinanciación). Por otro, pueden tener efectos negativos⁴⁹:

- Hay que tener en cuenta que **los dos objetivos** que se pueden perseguir con la aplicación del copago –gestión de la demanda y financiación del servicio- **dan lugar a recomendaciones contrapuestas**. Si el objetivo es evitar el consumo excesivo, el copago debería instaurarse en servicios de elevada elasticidad precio (servicios cuya cantidad demandada cae sensiblemente al aumentar el precio); si el objetivo es añadir financiación, el copago debería recaer sobre los servicios con menor elasticidad precio (aquellos cuya demanda es menos sensible al precio).
- Incluso mayor atención habría que prestar a los **efectos sobre la equidad** (para pacientes con menores niveles de renta) o sobre determinados grupos de enfermos (por ejemplo, los aquejados de enfermedades crónicas).

⁴⁹ López Casanovas (2003) ofrece una extensa discusión sobre la aplicación de copagos en los servicios sanitarios, en la que se incluye tipología, efectos teóricos y evidencia empírica.

Si el copago no se diseña de forma apropiada, corre el riesgo de convertirse en un impuesto que grave sobre todo a los pacientes con las rentas más bajas y enfermedades crónicas⁵⁰. Algunos estudios, a partir de los resultados del *Health Insurance Study* de la *Rand Institute* en California, apuntan la posibilidad de que los sistemas de copago mal diseñados pueden ser no sólo regresivos, sino también negativos para el estado de salud de los individuos con menores rentas (Rice y Morrison, 1994). En su documento para *Kaiser Permanente* en California, Tollen y Crane (2002) afirman, basándose en la evidencia de varios estudios, que tales efectos podrían darse, si bien no está claro el impacto sobre el estado de salud.

Para evitar estos efectos negativos debidos a la heterogeneidad de pacientes, **los sistemas de copago han de permitir un trato diferenciado** a individuos y grupos sociales en función de características como su renta o sus condiciones de salud. Asimismo, el copago debería aplicarse a la parte de la demanda no iniciada por el médico.

Por tanto, un copago más extendido que mejore la gestión de la demanda (tanto para medicamentos como para otros servicios sanitarios) podría contribuir sensiblemente a la mejora de la sostenibilidad del sistema sanitario español. Así, la evidencia empírica disponible avala la hipótesis de que el copago reduce la utilización de los servicios, si bien las elasticidades precio observadas en esa relación muestran variabilidad. Los datos también señalan que esa menor utilización afecta a todo tipo de servicios, independientemente de su efectividad⁵¹. En cualquier caso, como se ha dicho, todos estos elementos deberían valorarse con sumo cuidado en el diseño de cualquier posible esquema de copago.

4.3 Enfoque asegurador

En aras de mejorar la sostenibilidad cabría asimismo avanzar hacia un sistema mixto que combinara elementos públicos y privados.

⁵⁰ Los enfermos crónicos son precisamente aquellos cuya demanda de servicios sanitarios tiene un menor componente discrecional. Es decir, la necesidad de utilizar los servicios es el factor que explica la mayor parte de su demanda, por lo que un copago que no tuviese en cuenta estas circunstancias podría calificarse de impuesto sobre la enfermedad.

⁵¹ Menos concluyente es la evidencia relativa a los efectos del copago sobre la salud y la equidad (López Casasnovas, 2003).

En él, **el sistema público ofrecería una cobertura básica** explícita y claramente definida, materializada en una “lista cerrada” de prestaciones financiada a través de los impuestos. Esta cobertura, **que en ningún caso sería inferior a la actual, se vería complementada a través de un sistema privado** de carácter voluntario (financiado por los pacientes directamente o a través de seguros). Así, los servicios adicionales que vayan surgiendo y tengan un beneficio marginal menor que su coste serían atendidos por la vía privada. Además, a diferencia de lo que sucede en la actualidad, no se producirían duplicidades entre los sistemas público y privado, sino que serían estrictamente complementarios⁵².

El principio general sobre el que descansa este sistema mixto (junto al repetido objetivo de búsqueda de la sostenibilidad) es la relación asintótica entre gasto sanitario y mejoras en la calidad de la salud (medida, por ejemplo, a través de la esperanza de vida). En efecto, empíricamente se observa que a partir de un determinado volumen de gasto sanitario, incrementos adicionales no conducen a mejoras perceptibles en la salud de la población protegida. Por tanto, la complementariedad público-privada permitiría acercar los servicios a las preferencias reales (reveladas) de los pacientes.

En todo caso, no cabe olvidar que la definición de los límites a la cobertura pública no estaría exenta de dificultades, dadas las constantes presiones que aparecerían para incorporar nuevos tratamientos, tecnologías o medicamentos. Es preciso por tanto contar con un sistema eficiente de análisis y selección de los avances en medicina que vayan produciéndose.

Junto con la delimitación de la cobertura, que permitiría reducir la presión financiera sobre el sistema público, podrían introducirse **otros instrumentos** adicionales (algunos de los cuales ya han sido mencionados en apartados anteriores) **que permitieran simultáneamente mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios** incluidos en ese paquete básico financiado con recursos públicos.

Así, el **recurso sistemático a conciertos** con el sector privado que permitieran poner en común la infraestructura hospitalaria disponible **haría posible reducir las listas de espera**. Se aplicaría así el principio de que “la financiación pública sigue al paciente”, independientemente de que la provisión del servicio sea pública o privada (aplicando al ámbito clínico lo que ya se está haciendo en la actualidad en la atención

⁵² Como se ha citado anteriormente, el único colectivo en el que actualmente no se produce duplicidad es el de los funcionarios del Estado (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

sociosanitaria). También el **recurso más generalizado a la gestión privada de servicios hospitalarios públicos** (como ya se produce en casos como el de Alzira y en un futuro Torreveja, Denia y Valdemoro) **contribuiría a reducir la presión financiera** sobre el sistema público.

A ello podrían añadirse otras mejoras en la gestión de los servicios públicos, como la **elaboración de “facturas en la sombra”** que reflejaran el coste de tratamiento de los pacientes y se les entregaran a éstos sólo a efectos informativos. Además de una mayor concienciación de la demanda respecto a los costes en que incurre el sistema (reduciendo la imagen de gratuidad que en ocasiones se tiene), estas facturas **mejorarían la gestión de los recursos públicos**, al permitir que los presupuestos de los centros públicos (y de cada uno de los servicios que proveen) se valoraran atendiendo al gasto estimado por persona protegida.

En suma: la adopción de un enfoque asegurador permitiría la coexistencia de un sistema público y otro privado de carácter complementario. Tal complementariedad, junto con la introducción de otros elementos adicionales (la factura en la sombra, la concertación sistemática, etc...), permitiría introducir mejoras en la calidad, accesibilidad y costes del sistema público.

5. Anexo 1

El sistema de precios de referencia

El sistema de precios de referencia entró en vigor en diciembre de 2000 y fue modificado en enero de 2004 en virtud de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS⁵³.

En la actualidad, el precio de referencia se determina para cada conjunto de especialidades farmacéuticas como la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores de las presentaciones agrupadas por cada vía de administración, estimados según la dosis diaria definida (excluidas las presentaciones con un precio de venta de laboratorio inferior a dos euros).

Por conjunto se entiende la totalidad de las presentaciones de especialidades farmacéuticas financiadas que tengan el mismo principio activo, entre las que habrá por lo menos una especialidad genérica, cuyo precio no podrá superar el de referencia. Además la sustitución por el genérico de menor precio es obligatoria para los farmacéuticos, siempre que se prescriba una de las especialidades del conjunto que tenga un precio superior al de referencia y con una especialidad genérica de iguales características. En caso de que ésta no existiese, el farmacéutico debe dispensar el medicamento prescrito a precio de referencia, corriendo a cargo del laboratorio la diferencia entre ese precio y el de venta de laboratorio.

De acuerdo con los datos que maneja Farmaindustria, la cuota de mercado de los medicamentos genéricos es aún muy reducida (9,1% de mercado en unidades) si bien crece a un ritmo apreciable. Así, de los 255 nuevos productos comercializados en España en 2004 el 60% fueron especialidades genéricas.

⁵³ Desarrollada por la Orden Ministerial de 23 de octubre de 2003.

5. Anexo 2

El Sistema Nacional de Salud y los mecanismos de coordinación entre administraciones.

Según el artículo 44 de la Ley General de Salud (Ley 14/1986, LGS), punto 1 “todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integran el Sistema Nacional de Salud” y éste se entiende, de acuerdo con el punto 2 del mismo artículo como “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas” En cada Comunidad Autónoma, los servicios sanitarios son gestionados por un Servicio de Salud, dependiente de la correspondiente Consejería del Gobierno Autónomo.

La génesis del Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra en los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, cuyo alcance en términos de servicios prestados y cobertura de los mismos fue ampliándose progresivamente a lo largo del siglo pasado. En sus inicios, era un sistema centralizado, como correspondía a una organización política del Estado también centralizada. La Constitución de 1978 cambió ese carácter centralizado, pues en su redacción prevaleció la idea de que la sanidad podría proporcionarse mejor desde la cercanía del ámbito regional.

A partir de 1979 comenzó el proceso de transferencias de competencias. Primero fueron las competencias en salud pública y planificación sanitaria, totalmente transferidas con carácter general en 1981, así como los servicios de asistencia sanitaria de las redes dependientes de la Administración del Estado (Atención Primaria de Sanidad Nacional y Administración Institucional de la Sanidad Nacional, que incluían la asistencia pública domiciliaria, la red de salud mental y otros servicios). Comenzó, por último, la transferencia de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Eso ocurría en 1981, siendo Cataluña la primera comunidad en beneficiarse del traspaso. Habría que esperar hasta 2002 para completar ese proceso con todas las Comunidades.

En el actual SNS, no hay relación de jerarquía entre Gobierno Central y Gobiernos Autonómicos en aquellas materias con competencias transferidas, en las que corresponde al Gobierno Central la responsabilidad de coordinar e impulsar la cooperación, además de velar por la garantía de calidad de los servicios y la equidad de acceso en todo el territorio. Asimismo, la Administración Central tiene la competencia

exclusiva en Sanidad Exterior, Relaciones Internacionales, Política del Medicamento, Fomento de la Investigación y Alta Inspección.

Este modelo tan descentralizado está sometido a grandes tensiones, como bien demuestran las controversias suscitadas en torno al modelo de financiación sanitaria⁵⁴. De ahí la importancia de la coordinación y la cooperación. La LGS estableció el Consejo Interterritorial del SNS como órgano de coordinación, y con una composición que se ha ido adaptando al proceso de transferencias. Este Consejo ha de adoptar sus decisiones por consenso, y toman la forma de recomendaciones, pudiendo las Comunidades y la Administración Central firmar acuerdos mutuamente obligatorios. A día de hoy, el Consejo Interterritorial lo integran la titular del Ministerio de Sanidad y Consumo, y los Consejeros de las CCAA competentes en la materia, incluida Ceuta (el representante de Melilla participa como invitado).

La coordinación

La descentralización del sistema sanitario requería de mecanismos de coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud (LCC) define los siguientes ámbitos de colaboración entre las Administraciones Públicas: prestaciones del SNS, farmacia, profesionales sanitarios, investigación, sistema de información sanitaria, y calidad del sistema sanitario.

Esta ley establece que el catálogo de prestaciones del SNS debe garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado. En concreto define el catálogo de prestaciones básicas del SNS que incorpora, junto con las contempladas en 1995 (atención primaria, atención especializada, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario), las de salud pública y las prestaciones sociosanitarias. Establece también que la incorporación de una nueva prestación a ese catálogo deberá acompañarse de una memoria económica con la valoración del impacto positivo o negativo que suponga.

El artículo 20 de la LCC se dedica al desarrollo de la cartera de servicios del SNS. Determina, concretamente, que será el Consejo Interterritorial el marco en el que se

⁵⁴ Ver el documento titulado *La Financiación de las CCAA*, Circulo de Empresarios (septiembre 2005).

acuerde la cartera de servicios correspondiente al catálogo de prestaciones del SNS, pudiendo las CCAA aprobar sus respectivas carteras que habrán de incluir como mínimo la cartera de servicios del SNS. En cuanto a la evaluación económica de las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos será el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) quien la lleve a cabo a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros evaluadores a propuesta de las CCAA.

Por lo que respecta a la farmacia, el MSC ejercerá las competencias del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia, y control de los medicamentos y productos sanitarios así como la decisión sobre su financiación pública y la fijación del correspondiente precio sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las CCAA. Las actividades correspondientes a esas competencias se asignan a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

6. Bibliografía

Ahn, N., Alonso, J. y Herce, J.A.: *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. (Documentos de Trabajo, Fundación BBVA, n° 7, 2003).

Ahn, N., García López, J. R. y Herce, J.A.: *Demographic Uncertainty and Health Care Expenditure in Spain*. (Documentos de Trabajo, FEDEA, n° 2005-7, 2005).

Banco de España: *Las implicaciones económicas del envejecimiento de la población*. (Banco de España, Boletín Económico, pp. 55-69, mayo 2002).

Carabaña, J.: *Los cambios demográficos y sus consecuencias sociales*. (Revista ICE n° 811, pp.153-174, 2003).

CES (Centro Económico y Social): *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España*, 2004.

Círculo de la Sanidad: *El futuro de la sanidad en España*, 2004.

Comisión de Política Económica: *Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations*, (EPC/ECFIN/655/01-EN, 2001).

Cots, F., Castells, X., Ollé, C., Manzanera, R., Varela, J. y Vall, O. *Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona*. (Gaceta Sanitaria, 16 (5), pp. 376-84, 2002).

DiMasi, J. A., Hansen, R. W. y Grabowski, H. G.: *The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs*. (Journal of Health Economics, 22, pp 151-185, 2003).

Docteur, E. y Oxley, H.: *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*. (OECD Economics Department, Working Paper, n° 374, 2003).

Farmaindustria: *Memoria Anual*, 2004.

Fedea: *Work Package 2: Use of health and nursing care by the elderly. Spanish Country Report Ageing, Health and Retirement in Europe*. AGIR Project, 2003

Grabowski, H. G., Vernon, J. y DiMasi, J. E.: *Returns on research and development for 1990s new drug introduction*. (PharmacoEconomics 20 (3), pp.11-29, 2002).

Greenberg, P., Kessler, R. Birnbaum, H. Leong, S., Lowe, S., Berglund, P. y Corey-Lisle P.: *The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000?* (The Journal of Clinical Psychiatry 64 (12) pp. 1465-1475, 2003).

Gómez, A. e Infante, A.: *Demografía y sanidad en España: ¿Qué podemos aprender de Europa?* (ICE, mayo-junio, 2004).

González, B.: *Descentralización y reformas sanitarias en España*, 2004.

Herwartz, H. y Theilen, B.: *The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples*. (Health Economics, 12 (2) pp. 113-124, 2003).

IBM: *Farma 2010 - El nuevo listón de la innovación*. (IBM Business Consulting Services, 2002).

Leigh, J. P., Hubert, H. B. y Romano, P. S.: *Lifestyle Risk Factors Predict Healthcare Costs in an Aging Cohort*. (American Journal of Preventive Medicine, 29 (5), pp. 379–387, 2005).

Lichtenberg, F. R.: *The Expanding Pharmaceutical Arsenal in the War on Cancer*. (NBER Working Paper n° 10328, 2004).

Lichtenberg, F. R.: *The Impact of New Drug Launches on Longevity: Evidence from Longitudinal, Disease Level Data from 52 Countries, 1982-2001*. (NBER Working Paper n° 9754, 2003).

Lindey, K. J., Glaser, D. y Milla, P. J.: *Consumerism in Healthcare can be Detrimental to Child Health: Lessons from Children with Functional Abdominal Pain*. (Archives of Disease in Childhood, 90, pp. 335-337, 2005).

López-Casasnovas, G. y Planas-Miret, I.: *Co-payments in European Health Care Systems: the Spanish approach*. (Univ. Pompeu Fabra. Barcelona, 2001).

López-Casasnovas, G. et al.: *La descentralización ¿parte del problema sanitario o de su solución?* (Gac sanit 2003; 17(4):319-26, 2003).

López Casasnovas, G. (director): *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. (Colección Estudios Económicos, 31. Servicio de Estudios de La Caixa, 2003).

López Casasnovas, G.: *El debat el copagament*. (el Periódico, 15.02.2006).

McGuire, A. y Serra, V.: *The Cost of Care. Is There an Optimal Level of Expenditure?* (Harvard International Review, 27 (1), 2005).

Ministerio de Sanidad y Consumo: *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2003*. Observatorio 2003, 2004.

Moore, G., Rey, D. y Rollins, J.: *La sanidad en el tercer milenio: cómo la revolución tecnológica está cambiando el pulso de la sanidad*. (Andersen Consulting, 1997).

Naciones Unidas: *World Population Ageing 1950-2050*. (Population Division, DESA, United Nations, 2002).

OCDE: *Explaining Waiting-Time Variations for Elective Surgery Across OECD Countries*. (OCDE Economic Studies No. 38, 2004/1).

OCDE: *Ensuring Quality Long-Term Care for Older People*. (OECD Policy Brief, March 2005).

OCDE: *Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending*. (OECD, Economic Outlook, n° 69, 2001).

OCDE: *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*.

PhRMA: *Medicines in development for older Americans, 2005*. (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, 2005).

Porter, M. E. y Olmsted Teisberg, E.: *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Publishing, 2006).

PWC: *Personalised Medicine: The Emerging Pharmacogenomics Revolution*. (PricewaterhouseCoopers, 2005).

Rice, T y Morrison, K. R.: *Patient Cost Sharing for Medical services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform*. (Medical Care Review, 51 (3), pp. 235-287, 1994).

Rico, A. e Infante, A.: *Demografía y sanidad en España: ¿Qué podemos aprender de Europa?* (Revista ICE nº 815, pp.185-204, 2004).

Standing Committee of the Hospitals of the European Union: *Measuring and Comparing Waiting Lists. A Study in Four European Countries*, 2004.

Tollen, L. y Crabe, R.: *A temporary Fix? Implications of the Move Away from Comprehensive Health Benefits*. (EBRI Issue Brief 244, 2002).

Tufts Center for the Study of Drug Development: *Tufts Outlook 2005*. (Tufts University, 2005).