

# HORIZONTES DE CAMBIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: AGENDA PARA UNA REFORMA SANITARIA ORDENADA

**Juan Oliva**

*Presidente de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud y Departamento de Análisis Económico, Universidad de Castilla-La Mancha*

**Salvador Peiró**

*Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP); Fundación para la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO) y Red de Investigación en Servicios de Salud y Enfermedades Crónicas (REDISSEC)*

**Jaume Puig-Junoy**

*Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra*

## RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud vive momentos de fuerte tensión presupuestaria ocasionada por la situación económica. Sin embargo, más allá de la crisis, desde hace tiempo se apuntaban elementos de tensión en el sistema sanitario que requerían de cambios estructurales para apuntalar su solvencia. En este artículo se propone una agenda a desarrollar articulada en cuatro ejes básicos: reducción del despilfarro (infrautilización, sobreutilización, prevención de efectos adversos), la apuesta de unir financiación y utilización a la obtención de resultados en salud (financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías, rediseño de los copagos e integración de presupuestos huyendo de compartimentos entre niveles asistenciales), avanzar en la coordinación entre niveles y sistemas (atención primaria y especializada; sistemas sanitario y de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia; salud en todas las políticas) y promover el buen gobierno de la sanidad, buscando para ello la complicidad de los principales actores del sistema.

## PALABRAS CLAVE

Gasto sanitario, Tensión presupuestaria, Aportación de valor, Evaluación económica, Financiación selectiva, Resultados en salud, Copagos, Coordinación, Buen gobierno, Hoja de ruta.

## 1. Introducción

Es un tópico reiterado que el Sistema Nacional de Salud (SNS) español es uno de los sistemas sanitarios de mayor éxito en el mundo. Aunque informes y evaluaciones de los sistemas sanitarios hay varios y sus conclusiones sobre el sistema español difieren, cuando acudimos a indicadores cuantitativos influidos por una actuación sanitaria de calidad, como la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, España ocupa uno de los mejores puestos a nivel internacional (Nolte y McKee, 2008). La sanidad es el servicio público más utilizado y el que más valoran los ciudadanos, así como el que opinan que

más justifica los impuestos que pagan. Ahora bien, al mismo tiempo los ciudadanos opinan también que es aquel del que se hace peor uso y el que tiene más margen de mejora.

Invertimos un 9,6% de nuestro PIB en recursos sanitarios. Ello es aproximadamente lo que corresponde con nuestro nivel de renta y está en consonancia con el gasto ajustado por renta de otros países europeos con modelo SNS. Sin embargo, en diez años, entre 1999 y 2009, el gasto público real por persona ha crecido algo más de un 49%, cuatro veces más de prisa que el PIB, pasando del 5,3% al 7% en 2009 (Puig-Junoy, 2011). Ello, unido a la brutal caída de

los ingresos tributarios totales y a la fuerte prima demandada por los mercados para la financiación de la deuda española, ha puesto en estado de alerta a todas las partidas públicas.

Sin menoscabar la relevancia de la actual situación de agonía financiera, desde hace tiempo se habían apuntado tensiones en nuestro sistema sanitario y muchas voces abogaban por abordar reformas sensatas (AES, 2008a). La solvencia del sistema sanitario, su capacidad para responder a cambios demográficos, tecnológicos y sociales, se verá fuertemente erosionada si no se implementan una serie de cambios de tipo estructural. El objetivo de este artículo es comentar brevemente algunas de las reformas que, en opinión de los autores, precisa el SNS.

Un punto de arranque ideal para plantear una agenda de reforma sanitaria ordenada sería la puesta en marcha de un Pacto por la Salud, de carácter más general que el reiteradamente fallido Pacto por la Sanidad, que englobara la promoción de la salud y la autonomía personal y la atención a la enfermedad crónica y a la dependencia, y que contara con el mayor número posible de apoyos tanto parlamentarios como de sociedades científicas, profesionales y ciudadanas. Sin embargo, con o sin este acuerdo, las reformas a implementar en el seno del SNS no deben retrasarse más, so pena de quedar definitivamente relegadas ante el atisbo de recuperación económica o, peor aún, de ser sustituidas por recortes indiscriminados de carácter cortoplacista. Los cuatro ejes sobre los que se propone avanzar son la reducción del despilfarro, la apuesta de unir financiación y utilización a la obtención de resultados en salud, avanzar en la coordinación entre niveles y sistemas y promover el buen gobierno de la sanidad, buscando para ello la complicidad de los principales actores.

## 2. Planteando la agenda

### 2.1. La reducción del despilfarro

El primer punto a abordar para la mejora de la eficiencia en la atención sanitaria es reducir el despilfarro. Básicamente se trata de limitar los procesos, productos y servicios que no aportan valor (en términos de salud

y calidad de vida) a pacientes y poblaciones, al tiempo que se salvaguardan aquellos que sí lo ofrecen o cuyo valor relativo es mayor.

Un reciente trabajo aproximaba las cifras de despilfarro en el sistema sanitario estadounidense (problemas de calidad, coordinación, sobreutilización, complejidad administrativa, fraude y otros) a entre el 21 y el 34% de su gasto sanitario (Berwick y Hackbarth, 2012). En el SNS no disponemos de información de este tipo pero diversos datos apuntan a un importante derroche en medicamentos (antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, antiosteoporóticos, coxibs, psicótropos, etc.) no exento de efectos adversos, en pruebas diagnósticas, descoordinación de la atención a crónicos, y otros problemas que sugieren que estamos combinando el sobretratamiento en pacientes leves (gasto sin beneficios) con subtratamiento en pacientes de alto riesgo (gasto por descompensaciones y complicaciones).

Por una parte, existe un problema de *subutilización* de servicios sanitarios en pacientes que no reciben pruebas, tratamientos o intervenciones que estarían indicados dada su situación clínica. En el SNS existen evidencias directas de subutilización de fármacos en la prevención del reinfarto, de la tromboembolia en la fibrilación auricular, en la insuficiencia cardiaca, en el diagnóstico y manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como en la hipertensión arterial, el asma, y en el manejo de los llamados *síntomas menores*. La subutilización incrementa enormemente el fracaso terapéutico, entendido como los incrementos de morbilidad y mortalidad evitable con el adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes, lo cual se traduce en despilfarro por el gasto en hospitalizaciones y tratamientos de enfermedades y descompensaciones que se podían haber evitado (Abadía-Taira y cols., 2011).

En el extremo contrario, la *sobreutilización* se refiere a la indicación de pruebas, tratamientos, intervenciones, visitas médicas y otras prestaciones sanitarias de forma innecesaria (sin beneficios clínicos para los pacientes). En el SNS existen evidencias directas de sobreutilización de antibióticos (entre el 6 y el 55% de los que se prescriben), hipolipemiantes (entre el 10 y el 79%),

antiulcerosos (entre el 13 y el 54%), antiosteoporóticos (entre el 43 y el 92%), y psicótrpos, con un 25% de pacientes que reciben estos fármacos sin presentar desórdenes mentales (Abadía-Taira y cols., 2011). La sobreutilización de pruebas diagnósticas está menos estudiada, pero algunos trabajos muestran las excesivas solicitudes de algunas pruebas de laboratorio y una extraordinaria variabilidad en las tasas poblacionales de realización de la mayor parte de las pruebas de laboratorio que sugiere un importante volumen de peticiones inadecuadas (Salinas y cols., 2011). Asimismo, hay que considerar también los más habituales: hiperfrecuentación de algunos pacientes a los servicios de atención primaria, actuaciones preventivas de discutible eficacia o las derivaciones a la atención especializada o la huida masiva de pacientes *no urgentes* hacia los servicios de urgencia hospitalarios (Peiró y cols., 2010).

Una tercera área donde centrar la atención son los problemas de *seguridad y los efectos adversos*. En este ámbito cabe destacar los estudios promovidos en los últimos años en el área de hospitalización (estudio ENEAS), (Aranaz Andrés, 2006) en atención primaria (estudio APEAS) (Aranaz Andrés, 2006), residencias (estudio EARCAS) (Aibar Remón, 2011) y en algunos otros campos más específicos. Los resultados, como resaltan los diversos informes, no son muy diferentes a los hallados en otros países desarrollados, pero por ello mismo son muy preocupantes. Según el ENEAS, el 9,3% de los pacientes hospitalizados presentaron algún efecto adverso (EA). El 16% de estos EA eran graves y el 42,8% evitables. La aplicación de estos porcentajes a los 5,2 millones de ingresos hospitalarios que se produjeron en España en 2006 supondría 450.000 efectos adversos hospitalarios/año (200.000 evitables); de ellos, 90.000 graves (40.000 evitables). Los resultados del APEAS no son más reconfortantes: la extrapolación de sus resultados a escala nacional supondrían cerca de tres millones de efectos adversos por año, de los que unos 300.000 serían graves y 1,4 millones potencialmente evitables. Estas cifras sitúan los efectos adversos como uno de los principales problemas (evitables) de salud de la población española, probablemente el más importante junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

## 2.2. *Financiación y utilización basada en resultados*

La credibilidad del ajuste presupuestario en la sanidad depende sobre todo de la capacidad para evolucionar en un plazo razonable hacia una *financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías* basada en el mejor conocimiento científico disponible. Invertir en evaluar la eficacia incremental comparada de cualquier nuevo tratamiento, o de los ya existentes en el mercado, es la forma más efectiva de garantizar la solvencia futura del sistema sanitario público. Un aspecto que requiere abordaje urgente es financiar con recursos públicos solo aquellos medicamentos, tecnologías, prestaciones y servicios que —además de eficaces y seguras— sean eficientes. Se trata de tomar en consideración de manera clara y explícita la dimensión de la eficiencia (el balance coste, efectividad incremental) en la toma de decisiones relacionadas con la financiación pública, el precio y el uso adecuado de una innovación (AES 2008b; Puig-Junoy y Peiró, 2009).

Esto supone añadir nuevos requerimientos al proceso de decisión y exige un marco que lo haga factible, tanto en lo tocante a la normativa como en el ámbito de la gestión clínica. Implica la necesidad de dotarnos de instituciones adecuadas para informar las decisiones sobre priorización de recursos que incorporen la dimensión de la eficiencia. La experiencia europea de la última década puede sernos de extraordinaria ayuda ya que un número creciente de países —Inglaterra, Suecia, Holanda, Alemania, Portugal...— han apostado por distintos modelos de los cuales podemos aprender, no para adoptar acríticamente una determinada fórmula, sino aquella combinación de elementos de éxito identificados en diferentes experiencias y más fácilmente adaptables a nuestro medio y estructura (Oliva y cols., 2008). Así, la introducción de la evaluación económica de medicamentos en la práctica de las decisiones europeas de reembolso o financiación ha supuesto cambios importantes que afectan la organización del sistema de salud, el propio procedimiento para conseguir el reembolso, las decisiones de reembolso y la asignación de recursos que resulta de estas decisiones. Si realmente se desea emprender un camino más racional para que la financiación se base

en la efectividad comparada y la relación coste-efectividad, conviene, a la luz de la experiencia europea, no encallarse en el *quién* debe evaluar sino centrarse en el *qué, cuándo, cómo y para qué* evaluar. Lo que ocurra en España en el futuro próximo, más allá de las palabras y de la normativa, dependerá de la opción que se tome ante las alternativas conocidas para cada una de las cuestiones citadas.

Por otra parte, los criterios de eficiencia deben ser usados no solo para valorar qué nuevas tecnologías se deben incorporar a la cartera de servicios del SNS, sino también para valorar las tecnologías a retirar (Campillo-Artero y Bernal-Delgado, 2012; Repullo, 2012). Las decisiones de desinversión deberían estar guiadas por la evidencia científica sobre la efectividad comparativa y la eficiencia relativa de las actuaciones preventivas, los tratamientos y las pruebas. En suma, decisiones de inversión y desinversión deberían ser lo suficientemente transparentes para que las partes implicadas conozcan y comprendan (aunque no las compartan) las decisiones adoptadas y puedan servir de guía a la innovación.

Otro aspecto a considerar en este epígrafe es el papel que deben jugar las aportaciones de los usuarios —los llamados *copagos*— dentro del ámbito del SNS. Si no se desea que se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, el copago debe tener un papel recaudatorio limitado. Sería más deseable un copago evitable y basado en criterios de efectividad, a un copago lineal y obligatorio. Si es obligatorio, como es el caso actual, lo óptimo es que sea de importe reducido para todos, que se acumule la cifra total que paga un paciente por cualquier tipo de copago, con un límite máximo de aportación (Suecia) o un porcentaje de la renta (Alemania), dejando fuera del copago, o siendo muy reducido, para pacientes con enfermedades crónicas. El coste de no seguir un tratamiento efectivo en caso de padecer un problema de salud serio, por ejemplo, tras un infarto, es demasiado elevado como para disuadir a los pacientes imponiendo elevados copagos

Idealmente, un buen diseño de copagos debería hacer que estos fueran evitables en aquellos casos donde el tratamiento sea más efectivo, y el pacien-

te pagara la diferencia hasta el precio de otros tratamientos más caros pero que aportan escaso valor para la salud. Por otra parte, no hay que olvidar que el copago disciplina no solo al paciente sino también al médico, ayudando a un uso más racional de los recursos. Asimismo, se debe reseñar que un buen copago debería estar basado en el valor de la atención y no en el precio. Esto es, debe ser más reducido o nulo cuanto más efectivo y necesario sea el tratamiento, y más alto cuanto menos efectivo y menos necesario sea. Los copagos evitables, como los vigentes en Alemania y Holanda, van en esta dirección. El elemento clave del diseño de copagos afinados es que deben estar basados en el valor. Y este valor debe ser determinado por la evidencia científico-clínica (Puig-Junoy, 2012).

El tercer gran aspecto a reseñar dentro de este epígrafe es la necesidad de superar la gestión sanitaria basada en compartimentos estancos, con mentalidad de *silo*. Por el contrario, debemos orientar los presupuestos para pagar por aquello que deseamos obtener. Por tanto, la línea de cambio es empezar a pagar en el margen por resultados en salud: pagar más por tener a los pacientes sanos que no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos o más reingresos por complicaciones después de una intervención quirúrgica o por excesos en la cirugía electiva; pagar más por visitas resolutivas que por derivaciones de pacientes entre profesionales sin resolver sus problemas de salud. Ello requiere *integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales* (primaria, especializada, sociosanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos) que ayude a visualizar el coste integral de la atención a un paciente, limitando así la visión parcial y fragmentada que hoy centrifuga y encubre la falta de resolución clínica.

Frente a la actual compartimentación de niveles asistenciales, la integración de presupuestos a través de una financiación prospectiva basada en una cápita ajustada por las características de la población cubierta contribuiría a fomentar la atención integral de la salud y la dependencia y a visualizar los costes totales derivados de su atención. La integración a nivel

macro debería incluir, entre otras cosas, la obligación de rendir cuentas sobre el desempeño de las organizaciones en su ámbito geográfico correspondiente (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2012), lo que a su vez favorecería la introducción de mecanismos de pago por resultados, reforzando así los incentivos a ofrecer una asistencia resolutiva y orientada a mantener una población sana y cuidada (Urbanos y cols., 2012).

### 2.3. *Coordinación entre niveles y sistemas*

Las enfermedades crónicas son, con diferencia, la primera causa de morbilidad en España, consumiendo la mayor parte del presupuesto sanitario, además de tener un fuerte impacto en otras dimensiones económicas. Las enfermedades crónicas tienen características específicas que dificultan su abordaje por los esquemas tradicionales de las organizaciones sanitarias, más diseñados para el abordaje de las enfermedades agudas y las infecciosas. Sus causas son múltiples y complejas, en su desarrollo intervienen numerosos factores de riesgo, están sujetas a un patrón de recurrencia y deterioro progresivo, su naturaleza es permanente, se desarrollan a lo largo de la vida y tienen una prevalencia mucho más elevada en la vejez, y tienden a producir incapacidad funcional y dependencia. Desde la perspectiva de los servicios sanitarios tienen dos características esenciales: 1) son en buena parte prevenibles a través de cambios en los estilos de vida y cambios sociales y, una vez sobrevenidas, es posible prevenir sus exacerbaciones y descompensaciones y mantener la calidad de vida de los pacientes reduciendo el consumo futuro de servicios sanitarios; 2) su abordaje requiere la prestación de servicios clínicos complejos a largo plazo y a través de todo el continuo asistencial, con acceso coordinado a diferentes recursos sanitarios (fármacos, pruebas diagnósticas, cirugía, rehabilitación, prótesis, cuidados de enfermería, transporte) y, en muchos casos, extendida a los servicios sociales.

Pese a algunos avances recientes (Gobierno Vasco, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) la atención a las enfermedades crónicas permanece centrada en torno al manejo de sus

complicaciones agudas, mientras todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados, incluyendo el nuestro, buscan fórmulas para *mejorar la atención a los pacientes crónicos y controlar* al tiempo el gasto derivado de sus frecuentes exacerbaciones y descompensaciones. El llamado Chronic Care Model (Wagner y cols., 2001) —basado en la promoción de los autocuidados, el rediseño de la organización, los sistemas de información clínicos y los recursos comunitarios, especialmente de atención primaria— es la aproximación más visible en nuestro entorno, pero el consenso general sobre sus ventajas no reduce la incertidumbre sobre su implementación y desarrollo en el contexto del SNS, dada su extremada jerarquización y la existencia de fuertes barreras entre niveles asistenciales y dentro de los propios niveles. Se trata de un aspecto esencial de cuya resolución depende buena parte de la estabilidad financiera del SNS pero también la efectividad y calidad de los cuidados que presta, un aspecto esencial de su solvencia.

Para responder al anterior reto, se precisa avanzar en una *mayor coordinación intersistemas*. Es decir, entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales. El aspecto esencial es tender puentes que permitan ir construyendo una cultura de la cooperación entre ambos sistemas. Para ello se ha de ser consciente de que la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas solo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y conocimiento adquiridos por ambos. Sin embargo, esta coordinación se debe armar o propiciar. No surgirá de manera espontánea. En este sentido, los aspectos a reforzar sobremanera es considerar que las políticas de salud deben ir más allá de los aspectos exclusivamente sanitarios y que la promoción de la autonomía personal no es meramente la atención a las personas en situación de dependencia (Oliva y cols., 2011). Para vertebrar ambos elementos, el papel de la Salud Pública como elemento cohesionador de la coordinación entre atención sanitaria y a la atención social es clave. Si el objetivo de la Salud Pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, entonces su ámbito de actuación debe trascender el ámbito sanitario e identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no

sanitarios como la atención social, la educación, el mercado laboral, el urbanismo o las políticas fiscales, por citar algunos, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales y de salud (*Salud en todas las políticas*) (Artacoz y cols., 2010; González López-Valcárcel y Ortún, 2011). Mirando a dos o tres décadas vista, un elemento clave para la sostenibilidad del Estado de Bienestar será el estado de salud de las personas de 65 y más años. Pero dicho estado no dependerá de las inversiones sanitarias realizadas en ese momento, sino de las realizadas a lo largo de la vida de las personas: desde la infancia (o incluso antes, con el cuidado prenatal), la juventud y la madurez, siendo dichas inversiones en gran medida de carácter no sanitario. Muchas de estas inversiones transitan por acuerdos entre agentes sociales (reducción de sal en las comidas preparadas; limitación del consumo de tabaco en lugares públicos...), contenidos curriculares a incorporar en los planes educativos de población en edad infantil y joven o del desarrollo de investigación aplicada que identifique políticas de éxito en otros países (fiscales, de coordinación entre sistemas...) y, por tanto, no requieren de grandes dotaciones presupuestarias para su implementación. Se ha de ser consciente de que las inversiones que tratan de modificar hábitos individuales, comportamientos sociales o de crear entornos favorables para la salud solo tienen retornos en el largo plazo. Sin embargo, no por ello son menos necesarias de acometer.

Un último aspecto a considerar dentro del apartado de coordinación es el plantearnos los escenarios de desarrollo de la *colaboración público-privada en sanidad* y, en concreto, sobre las *fórmulas de gestión de los servicios sanitarios*. En este sentido, la propuesta de nuevos planteamientos o el ahondar en estrategias ya implementadas deberían, en teoría, partir de la combinación de los puntos fuertes de cada sistema, con especial énfasis en la búsqueda de la rentabilidad social pero sin dejar de diseñar esquemas eficientes de incentivos apoyados en elementos de comparación y competencia. Durante las dos últimas décadas en España hemos experimentado con todo tipo de fórmulas de gestión y cambios de formas organizativas dentro de la gestión sanitaria, tanto en el campo de la gestión directa (pública)

como indirecta (privada) (al lector interesado en los detalles de las fórmulas de gestión se le remite a Abellán y cols., 2012). En estos años deberíamos haber acumulado información relevante sobre las fortalezas y la debilidades detectadas de cada una de las fórmulas elegidas. Sin embargo, resulta triste constatar que no existen evaluaciones independientes realizadas en nuestro medio sobre esta cuestión y que para obtener alguna enseñanza debemos mirar a la experiencia de otros países. La opacidad en los resultados de las experiencias implementadas conlleva una falta de conocimiento que propicia recelo y desconfianza sobre las mismas y lastra el desarrollo de nuevos escenarios en el marco del SNS.

#### 2.4. *Buen gobierno de la sanidad y complicidad de los actores*

El cuarto eje es el más complejo de abordar ya que supone un cambio cultural profundo dentro del SNS. Una buena gobernanza influye positivamente en todas las funciones del sistema sanitario, mejorando su desempeño y, en última estancia, los resultados de salud (Council of Europe, 2010). La buena gobernanza de los sistemas sanitarios debe apoyarse en valores fundamentales como son los derechos humanos, el cumplimiento de las leyes y la democracia; y en principios rectores a los que responde la sanidad pública: universalidad, equidad y solidaridad. Pero las anteriores normas deben ser complementadas por otros principios de gobernanza como serían construir un sistema mucho más transparente en la información proporcionada a usuarios, profesionales y ciudadanos; buscar fórmulas de participación en la toma de decisiones con los profesionales sanitarios y con la ciudadanía; desarrollar normas y estructuras concretas para que las personas responsables de la toma de decisiones rindan cuentas de las mismas y justificar las anteriores basándose en criterios explícitos de efectividad, eficiencia y calidad en todos los niveles del sistema sanitario. El objetivo es promover, primero, y defender, a continuación, una cultura de integridad, buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención y detección del fraude y la corrupción.

La complicidad de los principales actores en el mantenimiento de la solvencia del SNS no será posible sin avanzar hacia normas de buen gobierno. Los profesionales sanitarios poseen motivación intrínseca, alto nivel de formación, elevado nivel intelectual, la relevancia social de su desempeño es enorme... y, sin embargo, son uno de los colectivos profesionales con mayores índices de *burn out*. Ello debe hacer pensar en el rediseño de los actuales sistema de incentivos (Berdud y cols., 2012): invertir en capital motivacional, retribución adecuada, capacidad de discriminar el desempeño, y mayor de autonomía en este, reconocimiento, tiempo para la formación e investigación, una mayor participación en las decisiones, desarrollo de la carrera profesional basada en elementos de mérito y desempeño profesional claros y explícitos. A cambio de ello, también debe ser exigible la aplicación de los mismos criterios generales propuestos: transparencia y rendición de cuentas en el desempeño. Asimismo, la solvencia del sistema sanitario no será viable sin la corresponsabilidad de los ciudadanos con el sistema sanitario y con su salud. Ciudadanos bien informados, competentes y comprometidos en la promoción y cuidado de su propia salud y bien formados en la utilización de los servicios sanitarios. Ello supone incorporar a la ciudadanía como agente clave en la participación de la planificación de la coordinación asistencial y la coordinación intersistemas.

Sin embargo, para poder involucrar a los profesionales, a los agentes sociales y a la ciudadanía en la compleja tarea de apoyar la solvencia del SNS debe existir un compromiso por parte de los decisores de más alto nivel (representantes de la ciudadanía) que se traduzca en la declaración de reglas claras de priorización y actuación y en un alto grado de exigencia ética (buen gobierno). Aunque el desempeño no sea sencillo, afortunadamente contamos con acertadas indicaciones para ayudarnos en el mismo (Meneu y Ortún, 2011; Gobierno Vasco, 2011) y con la reciente experiencia de países de nuestro entorno que han apostado decididamente por dotar a su sistema sanitario de este tipo de normas (Department of Health, 2012).

### 3. Conclusiones

El Sistema Nacional de Salud está siendo uno de los estabilizadores sociales clave en España para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso, hasta hace poco tiempo prácticamente universal, a la sanidad pública es un logro y un derecho del que disfrutamos, pero es un elemento de cohesión social y de protección de la salud que está mostrando todo su valor en los más duros momentos de esta crisis.

La solvencia del Sistema Nacional de Salud y la posibilidad de desarrollar políticas de salud intersectoriales que amortigüen los efectos de la crisis económica sobre la salud de los ciudadanos pasarán necesariamente por conjugar la gestión eficiente de los recursos con un especial énfasis en la equidad de las políticas implementadas. En un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para incrementar la deuda, parece un imperativo del que será difícil escapar el lograr un mejor desempeño con menos recursos disponibles. Los cuatro ejes señalados marcan los principios básicos de una agenda a desarrollar, en el entendimiento de que los ejes no solo son complementarios entre sí, sino que difícilmente pueden entenderse por separado y que el éxito de avanzar en una propuesta de estas características exigiría que se acometieran conjuntamente.

Para ello, condiciones necesarias, aunque no suficientes, serán apoyarnos en las fortalezas de nuestro sistema, pero también identificar bolsas de ineficiencia, aprender de experiencias ajenas pero aplicarlas con inteligencia en nuestro medio, apelar al liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios y favorecer la participación ciudadana, tomar decisiones informadas y cultivar la evaluación de nuestras políticas no como una herramienta relativamente útil, sino como parte del cambio cultural necesario para que nuestro sistema sanitario continúe manteniendo y mejorando el bienestar social.

La impasividad y los recortes indiscriminados conllevan una erosión de la calidad del sistema y arriesgan la desafección del ciudadano hacia el sistema sanitario público y hacia sus representantes. Un mantra repetido hasta la saciedad en los últimos tiempos es que hay

que tomar decisiones valientes. Sin duda, pero deben sobre todo ser decisiones inteligentes, bien informadas por pruebas científicas, legitimadas por normas de buen gobierno y que repartan los sacrificios entre los agentes implicados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abellán Perpiñán, J. M.; Martínez Pérez, J. E.; Méndez Martínez, I.; Sánchez Martínez, F. I. y Garrido García, S. (2012), *Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia*, Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.
- Abadía-Taira, M. B.; Martínez-Lizaga, N.; García-Armesto, S.; Ridaio-López, M.; Yáñez, F.; Seral-Rodríguez, M. y cols. (2011), «Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas», *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*; 4:345-363.
- Aibar Remón, C. (dir.), *Estudio EARCAS-Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios* (2011), Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, (consultado 28/12/2012), disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf>
- Aranaz Andrés, J. M. (dir.) (2006), *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización*, ENEAS 2005, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (consultado 28/12/2012), disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)
- Aranaz Andrés, J. M. (dir.) (2006), *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS)*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (consultado 28/12/2012), disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
- Artacoz, L.; Oliva, J.; Escrivá, V. y Zurriaga, G. (2010), «La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España», *Informe SESPAS/Gaceta Sanitaria*, 24 (suppl. 1):1-6.
- Asociación de Economía de la Salud (AES) (2008a), *Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad*, Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 2008, (consultado 28/12/2012), disponible en: [www.aes.es/Publicaciones/sintesisipactoMSC.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/sintesisipactoMSC.pdf)
- Asociación de Economía de la Salud (2008b), *Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud* (consultado 28/12/2012), disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE2.pdf>
- Berdud, M.; Cabasés, J. M. y Nieto, J. (2012), «Motivational Capital and Incentives in Health Care Organisations», *D. T.1209*, Universidad Pública de Navarra.
- Berwick, D. M. y Hackbarth, A. D. (2012), «Eliminating waste in US health care», *JAMA*, 307:1513-6
- Campillo-Artero, C. y Bernal-Delgado, E. (2012), «Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas», *Gac Sanit.* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.010>.
- Council of Europe (2010), *Recommendation CM/Rec (2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems*.
- Department of Health (2012), *The Mandate. A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board: April 2013 to March 2015*, Presented to Parliament pursuant to Section 13A(1) of the National Health Service Act 2006 (consultado 15/11/2012), disponible en: [www.dh.gsi.gov.uk/mandate](http://www.dh.gsi.gov.uk/mandate)
- Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo (2010), *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* (consultado 15/11/2012), disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/>
- Gobierno Vasco, Consejería de Salud y Consumo (2011), *Recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca* (consultado 15/11/2012), disponible en: <http://www.irekia.euskadi.net/es/news/5158-buen-gobierno-sanidad-publica-vasca?t=1>
- González López-Valcárcel, B. y Ortún, V. (2010), «Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective», *J Epidemiol Community Health*, 64:497-9.
- Meneu, R. y Ortún, V. (2011), «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis», *Gac Sanit.*, 25 (4):333-8.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* (consultado 12/12/2012), disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
- Nolte, E. y McKee, C. M. (2008), «Measuring the health of nations: updating an earlier analysis», *Health Aff (Millwood)*, 27(1):58-71.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats (2012), Quart informe. Àmbit hospitalari. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Oliva, J.; Antoñanzas, F. y Rivero-Arias, O. (2008), «Evaluación económica y la toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y difusión de tecnologías sanitarias», Informe SESPAS 2008, *Gac Sanit.* 2008, 22 Suppl 1:137-42.
- Oliva, J.; Zunzunegui, V.; García-Gómez, P. y Herrera, E. (editores) (2011), «Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. Síntesis», *Gaceta Sanitaria*, 25 Suppl. 2:1-4.



- Peiró, S.; Libroero, J.; Ridao, M. y Bernal-Delgado, E., Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (2010), «Variability in Spanish National Health System hospital emergency services utilization», *Gac. Sanit.*, 24(1):6-12.
- Puig-Junoy, J. y Peiró, S. (2009), «From the therapeutic utility to the added therapeutic value and the incremental cost-effectiveness ratio», *Rev. Esp. Salud Pública.* 2009, 83(1):59-70.
- Puig-Junoy, J. (2011), «¿Recortar o desinvertir?», *Economía y Salud*, núm. 72, diciembre.
- Puig-Junoy, J. (2012), *¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias*, Barcelona, Libros del Lince.
- Repullo, J. R. (2012), «Taxonomía práctica de la “desinversión sanitaria” en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud», *Rev. Calid. Asist.*, 27:130-8.
- Salinas, M.; López-Garrigós, M.; Díaz, J.; Ortuño, M.; Yago, M.; Laíz, B. y cols. (2011), «Regional variations in test requiring patterns of general practitioners in Spain», *Ups. J. Med. Sci.*, 116(4):247-51.
- Urbanos, R.; González, B. y Puig-Junoy, J. (2012), «La crisis económica llega a la sanidad pública», *Economistas*, 131:158-16.
- Wagner, E. H.; Austin, B. T.; Davis, C. y cols. (2001), «Improving chronic illness care: translating evidence into action», *Health Aff (Millwood)*, 20:64-78.