

Enfoque: Gestión sanitaria (I)

Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario

Manel Peiró^{a,*} y Joan Barrubés^{a,b}

^a Departamento de Dirección de Personas y Organización, ESADE Business School, Barcelona, España

^b Antares Consulting, Barcelona, España

Historia del artículo:

On-line el 23 de mayo de 2012

Palabras clave:

Crisis económica
Reforma sanitaria
Autonomía de gestión

Keywords:

Economic crisis
Healthcare reform
Autonomy of management

RESUMEN

La crisis económica no puede ocultar la necesidad de transformación del Sistema Nacional de Salud. Desde hace años son bien conocidas las dificultades financieras del sistema sanitario, cuyo gasto crece a un ritmo superior que la economía. El desarrollo y la difusión de las nuevas tecnologías y la mayor utilización de los servicios de salud, junto con el gasto farmacéutico, la inflación de los precios y la poca eficiencia del sistema, explican el nuevo contexto. Los retos que afronta el sistema de salud no son nuevos: abordar la deuda, mejorar la financiación, revisar el catálogo de prestaciones, transformar la gobernanza del sistema y dotar a las instituciones de una real autonomía de gestión. La gravedad de la situación económica puede ser una oportunidad para efectuar los cambios largamente esperados.

© 2012 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

New Context and Old Challenges in the Healthcare System

ABSTRACT

The economic crisis cannot conceal the need for transformation of the National Health System. The financial difficulties of healthcare systems whose spending is growing at a faster rate than the economy have been well known for years. The development and diffusion of new technologies, increased use of health services, rising drug costs, inflation of prices, and the inefficiency of the system explain the new context. The challenges facing the healthcare system are not new: address the debt, improve funding, review the list of services, transform the governance of the system and provide the institutions with real management autonomy. The gravity of the economic situation can be an opportunity to carry out the long-awaited changes.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

© 2012 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Abreviaturas

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PIB: producto interior bruto

La magnitud de la crisis económica ha agudizado el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. El hundimiento de las llamadas hipotecas *subprime* en agosto de 2007 se considera el detonante inicial de una crisis económica de proporciones descomunales, y entre cuyas múltiples consecuencias se evidencia la imposibilidad de mantener los servicios públicos que constituyen los pilares del estado de bienestar. La educación, las pensiones y la sanidad están seriamente amenazadas por el formidable descenso de los ingresos públicos, consecuencia directa de la caída de la actividad empresarial, acompañada de un dramático incremento del número de personas en desempleo y de la notable

caída del número de empleados que cotizan al sistema de seguridad social. No se vislumbra el final de este escenario, y a medida que va calando la percepción de que nada podrá ser como era antes de la crisis, se hace evidente que el Sistema Nacional de Salud, creado con la promulgación¹ de la Ley General de Sanidad de 1986, deberá ser reformado ineludiblemente para garantizar su viabilidad.

No obstante, la magnitud de la crisis económica no debe ocultar las serias dificultades financieras que desde hace años viene padeciendo la mayoría de los sistemas de salud de los países desarrollados. La consolidación de sistemas de salud de cobertura universal en los países europeos más avanzados ha contribuido durante los últimos 50 años a una permanente mejora de los indicadores de salud, pero también a un aumento continuado del gasto sanitario, superior al crecimiento económico de esos mismos países. Sucede lo mismo en todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en los que el gasto sanitario ha experimentado un crecimiento superior al del producto interior bruto (PIB), hasta alcanzar una situación que pone en cuestión la sostenibilidad económica de unos sistemas sanitarios creados y desarrollados, en su mayor parte, en épocas de mayor prosperidad².

* Autor para correspondencia: Avda. Pedralbes 60-62, 08034 Barcelona, España.
Correo electrónico: manel.peiro@esade.edu (M. Peiró).

EL NUEVO ESCENARIO

El continuo crecimiento del gasto sanitario en las últimas décadas alcanzó en 2008 el 9% de promedio entre los países de la OCDE. En todos los casos, el crecimiento del gasto sanitario ha sido mayor que el crecimiento económico de esos mismos países, que en los últimos 15 años han tenido un crecimiento anual del PIB de un 2,6%, mientras que en el mismo periodo el crecimiento del gasto sanitario ha alcanzado un 3,9% anual². La evidencia muestra que el gasto en salud crece en la medida que los países se desarrollan y se preocupan por mejorar su bienestar, pero diversos factores contribuyen decisivamente en este crecimiento continuo del gasto sanitario²⁻⁴.

Desarrollo y difusión acelerada de la tecnología sanitaria

La tecnología sanitaria, entendida como toda técnica, procedimiento, sistema diagnóstico, terapéutico u organizativo, ha experimentado una evolución extraordinaria en las últimas décadas, y ha contribuido de un modo determinante a la mejora de la salud de la población.

No obstante, también se considera a la tecnología sanitaria una de las principales causas del incremento del gasto sanitario⁵, en buena medida debido a su uso inadecuado, cuando ligado a su desarrollo y difusión se produce un incremento en las indicaciones de procedimientos médicos y quirúrgicos no adecuados, prescripciones farmacéuticas de complacencia o una ampliación de la población diana de los tratamientos.

También se ha detectado la introducción de nuevas tecnologías con limitada evidencia sobre su eficacia, a lo que debería añadirse un efecto bien conocido, y es que las nuevas tecnologías no siempre sustituyen a las anteriores y se añaden a ellas.

Para algunos autores, la difusión de nuevas tecnologías podría llegar a explicar un 33-50% del incremento del gasto sanitario⁶.

Incremento continuo de la demanda y la utilización de servicios

Una mayor utilización de los servicios sanitarios incide directamente en un mayor gasto sanitario. España es uno de los países europeos en que los ciudadanos acuden al médico con mayor frecuencia, 7,5 visitas al médico por habitante y año, mientras que en Suecia la frecuencia de visitas es de 2,9 al año².

Diversos factores influyen en la mayor o menor frecuencia de utilización de los servicios médicos, entre ellos la existencia de pagos adicionales. En principio, la gratuidad de los servicios médicos favorece el acceso a los servicios sanitarios, mientras que la existencia de algún pago por parte del usuario, un *ticket* moderador, tiende a reducir la utilización de los servicios sanitarios, tal y como han puesto de manifiesto varios estudios⁷.

Las principales causas de este incremento continuo de la utilización de servicios por parte de la población son los que se describen a continuación.

Envejecimiento de la población

Se lo considera el factor más importante en todos los países desarrollados, y en opinión de algunos autores puede ocasionar cerca del 20% del incremento del gasto sanitario, aunque para otros la fase terminal de la enfermedad explica el impacto en el gasto sanitario mucho mejor que la edad⁸. Las previsiones para Europa apuntan a que los mayores de 65 años constituirán el 24% de la población en 2030⁴. En España se prevé que en 2049 el 31,9% de la población sea mayor de 65 años (en 2009 era el 16,8% de la población) y el 11,8%, mayor de 80 años (era el 4,9% en 2009)⁹. Vivir más no implica necesariamente gozar de buena salud en edades

avanzadas, y la creciente probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica en esas fases de la vida se traduce en mayores costes de cuidado de la salud⁴.

Incremento de enfermedades crónicas

Según la Organización Mundial de la Salud, el 60% de todas las muertes en el mundo se deben a enfermedades crónicas. Se estima que en la Unión Europea un 20-40% de los mayores de 15 años padecen alguna enfermedad crónica¹⁰. Los pacientes crónicos son los más habituales en las consultas médicas y en el futuro lo van a ser mucho más. En los países industrializados la comorbilidad se sitúa alrededor del 25% en los mayores de 65 años, y los sistemas de salud que los atienden están preparados para curar pero no para cuidar¹¹. El modelo asistencial actual está centrado en la atención de las enfermedades agudas, pero diversas recomendaciones aconsejan orientarlo también a la atención de enfermedades crónicas¹¹.

Los resultados disponibles evidencian que un factor crítico en la atención a los pacientes crónicos es el diseño de un sistema de salud que integre y coordine la intervención de los distintos agentes con una cultura y una estrategia compartidas en el cuidado de los pacientes. Los modelos de atención a pacientes crónicos fundamentan su evolución en que los pacientes tienen más responsabilidad y capacidad de decisión en el manejo de sus enfermedades².

Hábitos de vida poco saludables

Factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo contribuyen también a un mayor uso de los servicios sanitarios y, junto con la hipertensión y la hipercolesterolemia, explican una «epidemia de mortalidad cardiovascular prematura»¹². España se sitúa entre los países europeos con un mayor porcentaje de obesos entre su población¹³, y diversos estudios evidencian el mayor gasto sanitario generado por los adultos obesos.

Mayores expectativas de la población

Es un factor que también contribuye a un aumento del gasto sanitario. Diversas razones lo explican: el incremento relativo del concepto de calidad de vida y una menor tolerancia a la enfermedad, la *medicalización* de problemas que antes no se consideraba sanitarios¹⁴, las segundas opiniones médicas o la judicialización del ejercicio profesional y su impacto en las prácticas médicas conservadoras.

La inflación de los precios sanitarios por encima de la inflación general

Algunos estudios sostienen que esta es la segunda causa, en términos de importancia económica, de crecimiento del gasto sanitario⁶. La inflación específica del sector sanitario incluye, como principales elementos, el precio de nuevos fármacos, prótesis, dispositivos tecnológicos o material sanitario, así como las retribuciones de los profesionales sanitarios. En los últimos años hemos asistido a un proceso de encarecimiento de los precios unitarios de las nuevas tecnologías sanitarias (fármacos, prótesis, etc.) debido a los costes crecientes de la introducción de innovaciones. Por otro lado, en el periodo de crecimiento económico se ha producido un proceso de actualización de retribuciones a los profesionales que, conjuntamente con la escasez de profesionales sanitarios en algunas especialidades, ha supuesto un incremento por encima del IPC¹⁵. Este fenómeno es de tal importancia que las

primeras medidas que se tomaron para reducir el déficit fueron, precisamente, la reducción del precio de los medicamentos y la rebaja de los salarios de los profesionales.

Gasto farmacéutico

Entre los países de la OCDE, y con un amplio margen de variabilidad entre ellos, el gasto en productos farmacéuticos supone en promedio el 17% del total del gasto sanitario y el 1,5% del PIB. En esos países, el gasto farmacéutico había llegado a crecer a un ritmo superior al del gasto sanitario, pero entre 2003 y 2008, tras la aplicación de algunas medidas de contención, se consiguió situar el crecimiento del gasto farmacéutico en un 3,1% por debajo del gasto sanitario, que creció de promedio a un 4,5% anual².

Las políticas de contención del gasto farmacéutico aplicadas suelen basarse en el control de precios, volumen de la prescripción, introducción de genéricos y aumento del coste soportado por los usuarios. En España el gasto farmacéutico representa el 22% del gasto sanitario, superior al de otros países europeos, pese a que el precio de los fármacos es más bajo que en esos países. El mayor gasto se explica por el mayor consumo farmacéutico en comparación con ellos. Las políticas y acciones destinadas a contener el gasto farmacéutico en España han sido constantes en los últimos años, pero las medidas instauradas no han alcanzado los resultados esperados, posiblemente debido a su carácter coyuntural, centradas exclusivamente en el lado de la oferta y sin plantear un rediseño del proceso en su totalidad. En este sentido, es de destacar que la contribución de los ciudadanos en el coste de los fármacos, el copago por excelencia del sistema de salud español, ha ido disminuyendo de un modo progresivo durante los últimos 20 años, pasando de un 11 a un 5,8%³.

Poca eficiencia del modelo de atención sanitaria

Diversos factores aparentemente no relacionados entre sí influyen en la eficiencia del sistema de salud y en el crecimiento del gasto sanitario del conjunto. De este modo la escasa integración entre niveles asistenciales implica unos costes crecientes de administración y coordinación del sistema, muy visibles en la duplicidad de visitas médicas y pruebas diagnósticas.

Asimismo, la productividad de los profesionales sanitarios tiene un efecto considerable en el gasto sanitario. En el contexto español, el modelo imperante es el de profesional asalariado, y variaciones en su productividad tienen un enorme impacto en el gasto sanitario. Diversos análisis^{3,16,17} coinciden en señalar la baja productividad del conjunto del sector público en España y también de los profesionales del sistema sanitario. Los aumentos registrados de actividad asistencial se deben fundamentalmente a los incrementos de las plantillas de los centros sanitarios.

La práctica clínica también presenta algunas disfunciones: la variabilidad y los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria generan un cierto sobrecoste en el sistema.

El cumplimiento de algunos trámites administrativos (renovación de recetas, cumplimentación de bajas laborales, certificaciones, etc.) supone también ineficiencias en los procesos y genera una actividad y una utilización de los servicios médicos inadecuadas. Por otra parte, difícilmente cabe esperar una mayor eficiencia de un sistema sanitario excesivamente rígido y burocratizado, colonizado políticamente, en el que las instituciones sanitarias no disponen de la elemental autonomía de gestión ni incentivos para mejorar su eficiencia o instrumentos que permitan distinguir y reconocer la excelencia de sus profesionales.

Los sistemas de salud deberían ser económicamente sostenibles cuando los beneficios de mantener o mejorar el nivel de salud de una población son superiores a los costes de su atención sanitaria².

Para algunos autores, un mayor gasto sanitario se relaciona con la reducción de la tasa de mortalidad, en concreto debido a las enfermedades cardiovasculares, que por sí solas explicarían por lo menos la mitad de la reducción experimentada en la tasa de mortalidad¹⁸.

Según algunas previsiones⁴, si en los países europeos el gasto sanitario sigue creciendo al ritmo actual, podría pasar del 8% de PIB promedio en el año 2000 a más del 14% en 2030. El mayor problema es que este gasto crece a un ritmo superior al de la economía de los países y de su capacidad para financiarlo mediante impuestos o cotizaciones. Así pues, la sostenibilidad del sistema de salud depende principalmente del crecimiento económico, por lo que en el corto plazo la crisis económica, el menor crecimiento y el consecuente deterioro de las finanzas públicas pone seriamente en riesgo el sostenimiento de unos sistemas de salud que estructuralmente ya presentaban un problema de sostenibilidad económica.

LOS VIEJOS RETOS

En el caso de España la situación es aún más dramática que en países de nuestro entorno, fundamentalmente debido a que, además del déficit estructural, se arrastra una deuda del sistema sanitario con los proveedores (industria farmacéutica, tecnología sanitaria, concertos, oficinas de farmacia). A finales de 2011 sólo la deuda con la industria farmacéutica y la industria de tecnologías sanitarias alcanzó los 11.595 millones de euros, un 36% superior a la de 2010 y con un retraso medio en los pagos superior a los 500 días¹⁹. Si se añade a los demás proveedores del sistema sanitario, la deuda se sitúa probablemente por encima de los 15.000 millones. La gravedad de esta situación compromete muy seriamente el sostenimiento del sistema de salud y obliga a drásticas medidas de contención del déficit a corto plazo y a la implantación de medidas de transformación estructurales a medio y a largo plazo.

La deuda acumulada

El primer reto es sin duda aflorar toda la deuda del Sistema Nacional de Salud, establecer un plan solvente para que no siga aumentando y acordar un mecanismo que garantice su liquidación a las empresas proveedoras. El riesgo de no acordar una solución es que algunas de estas empresas lleguen a limitar sus suministros a los centros sanitarios, tal como ha sucedido en otros países del sur de Europa.

El gasto sanitario total en España supone el 9,5% del PIB (2009), que es de los más bajos de Europa, mientras la esperanza de vida de los ciudadanos españoles es de las más elevadas del mundo. El sistema de salud en España se financia mediante impuestos y se transfiere a cada comunidad autónoma en su financiación general. Las comunidades deciden la cuantía de su gasto sanitario, que representa entre el 35 y el 40% de sus presupuestos generales. En 2009 las comunidades autónomas destinaron 64.097 euros a sanidad (unos 1.320 euros por persona y año)²⁰.

En el contexto actual, las posibilidades para soportar unos costes sanitarios rígidos, difíciles de reducir, son muy limitadas. En España, entre 2007 y 2010 la caída de los ingresos fiscales fue superior al 20%²¹, pero en ese mismo periodo el gasto sanitario siguió aumentando y los intentos para frenar su crecimiento se han mostrado cuando menos insuficientes. Los gobiernos autonómicos con mayor deuda acumulada y mayor déficit presupuestario no podrán mantener un nivel de gasto público, lo que supone una amenaza para el sostenimiento del gasto sanitario, y reducir al mismo tiempo la deuda acumulada con los proveedores. Razonablemente, cabe esperar que se vean abocados a recortar sus gastos rápidamente e iniciar procesos de transformaciones en profundidad de sus sistemas de salud.

La mejora de la financiación

Hay pocas opciones para incrementar los ingresos sanitarios. Es de esperar que la subida de impuestos anunciada por el nuevo Gobierno de España revierta en una mayor recaudación, pero si se retardase la recuperación económica o se iniciase una nueva recesión económica, los ingresos generados podrían ser inferiores a los esperados.

Una segunda opción pasa por la contribución económica directa de los usuarios. España es uno de los pocos países europeos en que no están establecidos mecanismos de participación de los usuarios en el coste¹⁶ y donde la elevada proporción de servicios sanitarios gratuitos no contribuye a que la población perciba su coste. Este es un procedimiento extendido en países de la OCDE, y en un contexto en que las arcas públicas están exhaustas, se observa una tendencia creciente a plantear la introducción de fuentes de financiación individuales antes que colectivas. Estos instrumentos, los copagos, tienen como efecto la reducción del uso de los servicios sanitarios, una mayor corresponsabilidad de los ciudadanos y un incremento de la financiación del sistema²². En este sentido, se acepta que la aplicación de copagos puede afectar a la equidad del acceso a los servicios y suponen un «impuesto» añadido a los pacientes. Por este motivo, deberían vincularse al nivel de renta y modularse por tipos de enfermedad. En cualquier caso, la administración del copago tiene un coste añadido.

En el caso de España, una de las acciones con menores costes añadidos y que requeriría menos modificaciones sería sin duda la actualización del copago en farmacia³. La contribución efectiva del paciente en el coste de los medicamentos se ha reducido a la mitad entre 1990 (11%) y 2010 (5,4%).

El catálogo de prestaciones

Una cuestión que habrá que abordar en el futuro próximo es la amplitud del catálogo de prestaciones y fundamentalmente el mecanismo por el cual estas se incorporan al sistema. Racionar servicios y limitar o reducir las prestaciones cubiertas se incluyen habitualmente en cualquier agenda de reforma sanitaria, pero son difíciles de implantar. Difícilmente se puede plantear una modificación del catálogo de prestaciones sin tener resuelto el procedimiento de evaluación e incorporación, en su caso, de las nuevas prestaciones y tecnologías sanitarias. La evaluación debe ser el mecanismo previo imprescindible para la inclusión de una nueva prestación en el catálogo del sistema de salud, y en este sentido los informes de las agencias de evaluación deberían ser determinantes. Pese a estar ampliamente extendidas, hasta el momento las recomendaciones y los informes de la mayoría de estas agencias no son vinculantes para sus gobiernos, ni tan siquiera las del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido, que aplica un criterio de coste-efectividad para la evaluación de las prácticas médicas y de las nuevas prestaciones. El *National Health Service* (NHS) incorpora obligatoriamente una nueva prestación a su catálogo si el NICE la recomienda positivamente, mientras que las recomendaciones negativas quedan a discrecionalidad del NHS.

La gobernanza del sistema de salud

La organización del propio sistema de salud es una de las transformaciones pendientes tanto a nivel central como autonómico. En la medida que en el sistema hay más actores distintos —distintas Administraciones Públicas, instituciones sanitarias con personalidad jurídica propia, grupos de profesionales, proveedores sanitarios, ciudadanos, etc.—, la complejidad del sistema es mayor y los enfoques tradicionales para su gobierno basados en la

jerarquía se muestran insuficientes en este contexto. La gobernanza del sistema incide, pues, en modelos «donde la jerarquía es, simplemente, uno más de los mecanismos que pueden pautar las relaciones entre múltiples actores»²³.

La separación efectiva de las funciones de compra de las de provisión de servicios, un modelo organizativo basado en el contrato entre compradores y proveedores de servicios sanitarios, favorece la transparencia y la eficiencia. Para ello se requiere una gobernanza del sistema que facilite la identificación más clara de las responsabilidades en el sistema de salud y la monitorización de los objetivos de salud establecidos en los contratos².

En este escenario, el protagonismo de los ciudadanos debe ser creciente, en contraposición a los principios que han fundamentado la creación y el desarrollo de una buena parte de los sistemas de salud, una suerte de «despotismo sanitario ilustrado» basado en «todo para los ciudadanos, pero sin los ciudadanos». Las políticas de calidad y seguridad de los pacientes deben adquirir también mayor relevancia, al tiempo que los pacientes serán más responsables de su propia salud y los eventuales tratamientos y cuidados que deban seguir.

La autonomía de gestión

Para obtener un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos, la autonomía de gestión de las instituciones sanitarias es un factor imprescindible. Para que se den las condiciones de una real y efectiva autonomía de gestión de las instituciones sanitarias, estas precisan disponer de una personalidad jurídica propia y un órgano de gobierno profesional, independiente y no colonizado políticamente. El criterio y el mecanismo utilizado para el nombramiento de los integrantes de este órgano de gobierno —consejo de administración, patronato, junta de gobierno, en función de cuál sea la figura jurídica adoptada— devienen una decisión crucial para salvaguardar la independencia de la institución, potenciar su identidad, desvincularla de los vaivenes políticos y garantizar, en definitiva, su buen gobierno. Se señalan como requisitos exigidos para ese buen gobierno la «transparencia, responsabilidad e incentivos para promover la participación»²⁴.

Lamentablemente, la realidad en el conjunto del sistema sanitario español dista mucho de lo expuesto. Administrar suele confundirse con gestionar, los presupuestos se convierten en instrumentos limitativos alejados de la realidad y las necesidades de los centros, los políticos y los aparatos de los partidos nombran, destituyen e intercambian a los directivos de las instituciones sanitarias, no existe una cultura de medición de resultados y, en consecuencia, los equipos directivos no dependen de ellos, por lo que su responsabilidad es muy limitada y, en definitiva, muchas organizaciones sanitarias se comportan como meros servicios de la Administración²⁴.

Autonomía de gestión implica una transferencia de la responsabilidad a los centros y sus profesionales. Empiezan a acumularse experiencias que asocian autonomía de gestión a la obtención de mejores resultados de los hospitales y centros de salud, así como más implicación y responsabilidad de los profesionales en la gestión de los centros. En un estudio efectuado sobre 1.194 hospitales de siete países (Alemania, Canadá, Francia, Italia, Reino Unido, Suecia y Estados Unidos)²⁵, los resultados obtenidos muestran que cuando mejor es la gestión de los hospitales mejor es la calidad de la atención a los pacientes y mayor la productividad de los centros. Poniendo de manifiesto la variabilidad en las prácticas de gestión en los hospitales analizados, los autores relacionan la gestión más eficaz con unos factores comunes en los mejores hospitales analizados: la competencia entre centros, la presencia de gestores clínicamente cualificados, los mayores grados de autonomía de gestión, el mayor tamaño y la titularidad privada de los hospitales, con o sin ánimo de lucro. Sin duda son criterios difícilmente trasladables a la realidad

sanitaria española, pero aportan una buena dosis de evidencia de cuál debería ser la orientación de las decisiones y uno de los retos que deberían acometer nuestros hospitales.

Otros autores destacan una serie de factores, probablemente más fácilmente incorporables a nuestro entorno, que caracterizan a las organizaciones sanitarias catalogadas «de alto valor»²⁶. Se trata de hábitos incrustados en la rutina del funcionamiento del hospital, como la planificación —entendida como la definición explícita de objetivos a alcanzar por la organización y la programación de los medios necesarios para lograrlos—, el diseño de la infraestructura —en concreto el diseño de microsistemas que incluyen personal, información y tecnología clínica, espacio físico, procesos de gestión y políticas y procedimientos que favorecen la atención y el cuidado del paciente—, la medición y el seguimiento —utilizados principalmente para la gestión y el control interno— y finalmente el autoaprendizaje —revisión crítica y sistemática de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica disponible—.

Autonomía de gestión no es sinónimo de buena gestión, pero esta no puede darse sin aquella. Con la buena gestión mejora la eficiencia de los centros sanitarios, y para favorecerla es necesario también que los sistemas de pago a hospitales y centros de salud incentiven una utilización más eficiente de los recursos. La autonomía de gestión facilita compartir servicios entre proveedores, reordenar mapas sanitarios o introducir mecanismos retributivos para los profesionales vinculados a su rendimiento, *p4p* o *pay for performance*.

La complejidad de la práctica médica condiciona que el ejercicio profesional sea prácticamente impensable si no es en el marco de una organización sanitaria, y la participación, el compromiso y el liderazgo de estos profesionales son indispensables para acometer la gestión diaria de las instituciones. Para que los profesionales se sientan comprometidos con la organización, el primer paso lo ha de dar la propia institución, fomentando y favoreciendo su participación y desarrollando las políticas de gestión de personas adecuadas para que los profesionales perciban el apoyo de su organización, que es el factor más importante en el desarrollo del compromiso con la institución²⁷. Obviamente, sin una real autonomía de gestión el desarrollo de esas políticas de gestión de personas es más difícil; se imponen políticas de personal sin duda más adecuadas para otros ámbitos de la Administración, pero nada apropiadas para las necesidades de las instituciones sanitarias y las expectativas de los profesionales sanitarios que trabajan en ellas.

En conclusión, la capacidad y la autonomía de gestión de las instituciones favorecen su mayor eficiencia y flexibilidad y, en consecuencia, las del sistema de salud y facilita su orientación a la excelencia y a la rendición de cuentas de sus resultados asistenciales, docentes, investigadores y económicos.

CONCLUSIONES

Estos cinco retos aquí planteados (deuda acumulada, mejora de la financiación, catálogo de prestaciones, gobernanza del sistema y autonomía de gestión) vienen siendo enunciados de forma recurrente en los últimos años. La gravedad del nuevo contexto económico supone una oportunidad clara y difícilmente mejor para abordarlos definitivamente. Es de esperar, pues, que dicha gravedad no sea utilizada únicamente como argumento para reducir el gasto sanitario público a corto plazo, a la espera de una eventual mejora del entorno económico, y en cambio pueda ser de utilidad como palanca que facilite la transformación necesaria del sistema nacional de salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986, 15207-24.
2. OECD, Health Policy Studies. Value for Money in Health Spending. París: OECD Publishing; 2010.
3. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella E. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting, S.A.; 2010.
4. Economist Intelligence Unit. The future of healthcare in Europe. A report from the Economist Intelligence Unit sponsored by Janssen. Londres: The Economist Intelligence Unit Limited; 2011.
5. Smith S, Newhouse JP, Freeland MS. Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Aff (Millwood)*. 2009;28:1276–84.
6. Mohr PE, Mueller C, Neumann P, Franco S, Milet M, Silver L, et al. The impact of medical technology on future health care cost. Final report. Bethesda: Project HOPE Center for Health Affairs; 2011.
7. Brook RH, Ware JE, Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Sherbourne CD, et al. The effect of coinsurance on the health of adults: results from the RAND Health Insurance Experiment. Santa Monica: RAND Corporation; 1984. Disponible en: <http://www.rand.org/pubs/reports/R3055>
8. Zweifel P, Folder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ*. 1999;8:485–96.
9. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población a largo plazo. Periodo 2009-2049. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
10. Nolte E, McKee M, editores. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies series. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill; 2008
11. Bengoa R, Nuño Solinís R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
12. An epidemic of risk factors for cardiovascular disease. *Lancet*. 2011; 377:527.
13. Sanz de Galdeano A. An economic analysis of obesity in Europe: health, medical care and absenteeism costs. Documento de Trabajo 2007-38. Serie 6. Madrid: Cátedra FEDEA-La Caixa; 2007.
14. Smith R. In search of “non-disease”. *BMJ*. 2002;324:883–5.
15. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes para el análisis del gasto sanitario. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/infAnalisisGasto.htm>
16. Beltrán A, Forn R, Garicano L, Martínez M, Vázquez P. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Madrid: McKinsey & Company y FEDEA; 2009.
17. García Vargas J, Pastor A, Sevilla J. Diez temas candentes de la sanidad española para 2011. El momento de hacer más con menos. Madrid: PricewaterhouseCoopers, S.L.; 2010.
18. Cutler DM, Rose AB, Vijan S. The value of medical spending in the United States, 1960-2000. *N Engl J Med*. 2006;355:920–7.
19. FENIN (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria). Carta al Presidente del Gobierno de varias asociaciones patronales y Cámaras de Comercio extranjeras «La deuda sanitaria es incompatible con la marca España». 2012. Disponible en: http://www.fenin.es/es/sala-prensa_notas_detalle.php?ID_noticia=1578
20. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. Estadística del gasto sanitario público (EGSP). Principio del Devengo (2002-2009). Madrid: Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
21. Dirección General de Análisis Macroeconómico y Economía Internacional. Subdirección General de Análisis Coyuntural y Previsiones Económicas. Síntesis de Indicadores Económicos. Tablas y Gráficos. Madrid Ministerio de Economía y Competitividad. 2012. Disponible en: http://serviciosweb.meh.es/APPS/DGPE/TEXTOS/pdf/completos/sie_total.pdf
22. Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. *Gac Sanit*. 2012;26:78–9.
23. Longo F. Introducción. Los directivos públicos ante los retos de la gobernanza contemporánea. En: Longo F, Ysa T, editores. Los escenarios de la gestión pública del siglo XXI. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya; 2008. p. 15–35.
24. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011;25:333–8.
25. Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J. Management in healthcare: why good practice really matters. Londres: McKinsey & Company; 2010.
26. Bohmer RMJ. The four habits of high-value health care organizations. *N Engl J Med*. 2011;365:2045–7.
27. Peiró M. Dirección pública y gestión del compromiso de los profesionales. En: Longo F, Ysa T, editores. Los escenarios de la gestión pública del siglo XXI. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya; 2008. p. 249–79.