Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario

McKinsey&Company

fedea
Fundación de Estudios de Economía Aplicada

www.cambioposible.es/sanidad

Contenidos

Prólogo 3

El sistema sanitario español se encuentra en una encrucijada y su sostenibilidad está en riesgo 4

Bajo el esquema actual, el sistema sanitario español no es sostenible a futuro 5

Un aumento de la responsabilización de todos los agentes es clave para revertir esta tendencia 8

Las líneas de actuación son conocidas pero las barreras al cambio han sido insalvables hasta la fecha 12

Hay que "empezar a caminar" introduciendo un número reducido de medidas 16

Medida 1: Introducir nuevos mecanismos de corresponsabilización de los usuarios 17

Medida 2: Incorporar de forma sistemática las nuevas prestaciones y la innovación terapéutica en el sistema 21

Medida 3: Incrementar la transparencia en el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios 24

Medida 4: Fomentar la autonomía de gestión y reforzar los esquemas de incentivos a los centros y a sus profesionales 27

Avanzar hacia un sistema sostenible es responsabilidad de todos 30

Cátedra FEDEA-McKinsey 31

Referencias bibliográficas 32

Autores 36

Prólogo

España ha conseguido avanzar de forma significativa en su modelo sanitario en los últimos 30 años y es gracias a eso que partimos hoy de una buena posición relativa. Sin embargo, el sistema va a enfrentarse a retos significativos en los próximos años, tanto financieros, como de incremento de la demanda de atención, como de escasez de recursos disponibles. Y en ese contexto, creemos que bajo el modelo de funcionamiento actual el sistema va a ser insostenible tal y como lo conocemos hoy.

Es precisamente la madurez que ha alcanzado el sistema sanitario actual lo que nos permite estar planteando hoy la necesidad de acometer reformas estructurales que aseguren su sostenibilidad a corto y a medio plazo. Además, creemos que hoy existe el ambiente propicio entre las distintas administraciones y agentes sociales para hacerlo posible. Hoy existe un incipiente consenso sobre la necesidad de un pacto por la sanidad que empiece a abordar de manera decidida y con acciones concretas los retos a los que se enfrenta nuestro sistema.

Con este informe pretendemos “dar un primer paso” para generar el debate activo sobre la necesidad de evolución del sistema actual, o lo que podría considerarse el caso para el cambio, y una serie de medidas de impacto que sirvan para empezar a avanzar y sean referente para implantar nuevos cambios a futuro.

La finalidad de estos cambios es muy clara: hacer sostenibles y preservar las señas de identidad esenciales de un modelo que es ejemplo en muchas partes del mundo. Que todos tengamos acceso a los mejores tratamientos posibles requiere de todos un nuevo ejercicio de responsabilidad. Todos (pacientes, profesionales, gestores) tenemos que colaborar y actuar en consecuencia si queremos preservar este legado.

El sistema sanitario español se encuentra en una encrucijada y su sostenibilidad está en riesgo

Bajo el esquema actual, el sistema sanitario español no es sostenible

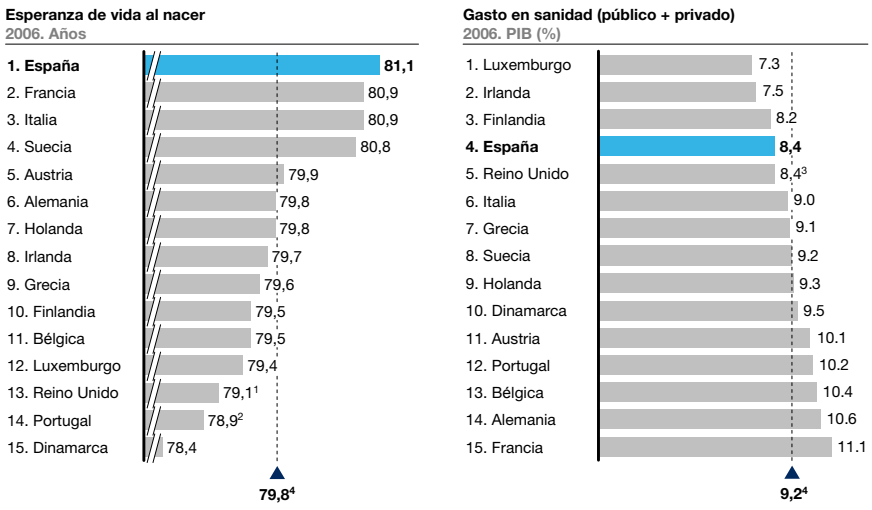
El sector sanitario es uno de los principales sectores productivos de la economía española. Tan sólo el sector público representa más de un 5% del PIB, emplea a más de 1 millón de personas[1] y gestiona un presupuesto de casi 60.000 millones de euros,[2] una cantidad similar al total del gasto público en países como Irlanda o Portugal.[3] En España, su peso sobre el presupuesto de las autonomías supone aproximadamente 4 veces más que el correspondiente a infraestructuras.[4]

Nuestro sistema sanitario parte de una buena situación. La esperanza de vida de los españoles es la más alta de Europa (1,3 años superior al promedio),[5] los resultados clínicos están al nivel de los países más avanzados (mismas tasas de supervivencia al cáncer que en Suecia, Francia o Alemania)[6] y su coste es de los 4 más bajos en EU-15 en términos de gasto total sobre el PIB y el segundo más bajo si lo comparamos en términos de gasto per cápita.[7] Además, es referente internacional por su universalidad y nivel de acceso en comparación con otros muchos países desarrollados.

Sin embargo, el sistema se encuentra en una encrucijada. Bajo el modelo actual, el sistema no es sostenible ni a corto ni a medio o largo plazo.

A corto plazo, la situación financiera del sistema es muy complicada. El déficit de financiación acumulado por la sanidad entre 2003 y 2007 supuso unos 11.000 millones de euros (un 20% del presupuesto total de sanidad en 2007).[8] Para este año, las CC.AA. esperan que el gasto real supere su presupuesto en un 10-15%, cifra que podría doblarse en el año 2010.

España tiene la mayor esperanza de vida del EU-15 con uno de los menores costes



1 Dato 2005
2 Dato 2004
3 Diferencias en metodología
4 Media aritmética de los países EU-15

FUENTE: OCDE, OMS, INE

A medio plazo, más allá de los aspectos financieros, la calidad y la equidad del sistema también se resentirán si no se introducen cambios estructurales al sistema. En 10 años, la demanda de servicios sanitarios habrá crecido de forma muy importante, los recursos dedicados no serán suficientes con los actuales niveles de productividad y el gasto sanitario podría llegar a duplicarse y superar una brecha de financiación de más de 50.000 millones de euros.

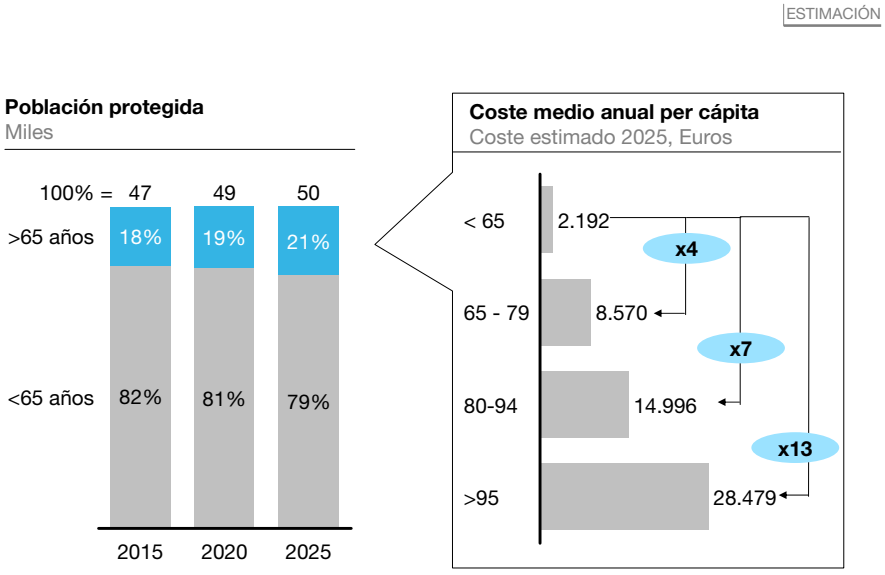
En 10 años, la demanda de servicios sanitarios habrá aumentado considerablemente:

- 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años,[9] lo que supone que más de 10 millones de personas tendrán un coste sanitario entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población.[10]
- 6 de cada 10 españoles padecerán una enfermedad crónica, lo que incrementará de forma importante los recursos destinados a estos pacientes, que suman más del 70% del total del gasto sanitario en la actualidad.[11]
- Además, los nuevos tratamientos y tecnologías (avances en genética molecular, cirugías menos invasivas, medicina personalizada, etc.) habrán fomentado una mayor demanda, al hacer posibles nuevas intervenciones y tratamientos.

En 10 años, los recursos sanitarios no serán suficientes si continuamos con el modelo de productividad actual:

- La saturación hoy es muy alta. En atención primaria, los pacientes son asignados con un promedio de aproximadamente 6,5 minutos al médico de familia,[12] las tasas de ocupación en los hospitales públicos superan el 80%[13] y las listas de espera siguen

En 10 años, ~1 de cada 5 españoles será mayor de 65 años, con un coste sanitario por persona entre 4 y 12 veces superior



FUENTE: INE 2009; Eurostat; OCDE; OMS

siendo el único suspenso que recibe la Sanidad (70% de la población la considera su principal causa de insatisfacción).[14]

- Con los niveles de productividad actuales, en 10 años podrían faltar entre 15.000 y 20.000 médicos, especialmente en atención primaria y pediatría.[15]
- Los costes de los tratamientos se dispararán en los próximos años alcanzando niveles muy superiores a los actuales. Por ejemplo, se estima que los costes por paciente y año de los tratamientos oncológicos pasarán de los actuales 20.000-50.000 a los 70.000 euros aproximadamente.[16]

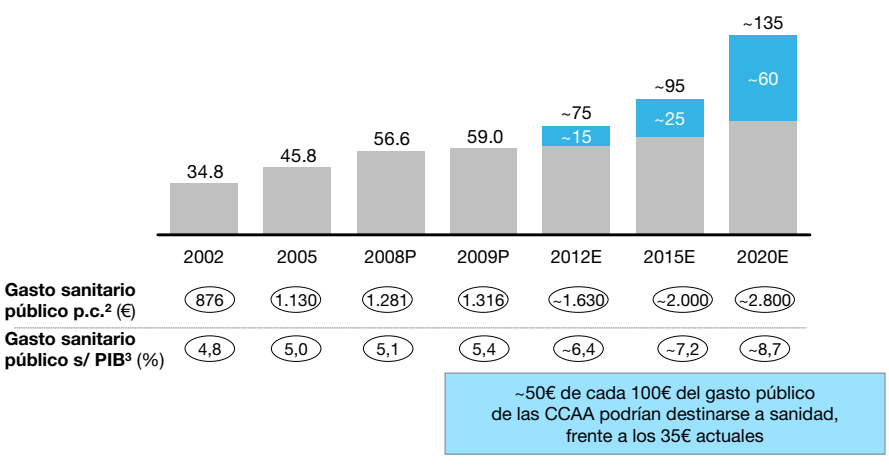
Todo esto resultará en un crecimiento acelerado del gasto sanitario, que en 10 años podría verse duplicado.[17]

- Más del 50% del gasto público de las CC.AA. se destinará a la sanidad.
- Cada español deberá trabajar al menos 30 días al año para cubrir el coste del sistema sanitario público.
- El déficit de financiación del sistema sanitario crecerá de forma considerable como consecuencia de la brecha entre el crecimiento del gasto sanitario y el crecimiento del PIB, alcanzando más de 50.000 millones de euros en 2020.

La solución al problema de sostenibilidad del sistema no puede limitarse al ámbito económico. Es más que probable que parte de la solución incluya a futuro un aumento de los recursos públicos y privados destinados a sanidad, pero también es necesario asegurar una correcta utilización de los mismos por parte de todos los agentes. La oportunidad es considerable y es necesario comenzar a capturarla desde este momento.

De continuar con el ritmo de crecimiento actual, el gasto sanitario podría duplicarse en 10 años

Gasto sanitario público de las CC.AA.
Miles de Millones de Euros



1 Crecimiento anual 2010-2020 de 7,9%, equivalente al crecimiento entre 2002 (fin traspaso de competencias) y 2006
2 Calculado sobre datos de población protegida por el sistema sanitario
3 Variación anual del PIB de -3,3% en 2009, -1% en 2010, 1,2% en 2011, y 3% de 2012 a 2025
FUENTE: Ministerio de Sanidad; INE; FMI

Un aumento de la responsabilización de todos los agentes es clave para revertir esta tendencia

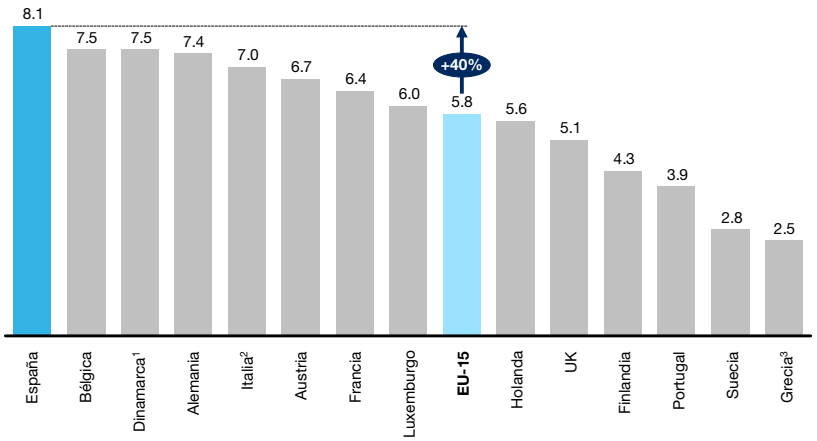
Los datos indican que una de las claves para asegurar la sostenibilidad del sistema es aumentar la responsabilidad de **pacientes, profesionales y gestores.**

Los pacientes deben adquirir una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema:

- En 2006 un español acudía al médico más de 8 veces al año, lo que supone un 40% más que el promedio del EU-15.[18]
- 1 de cada 3 visitas al médico de familia podría ser innecesaria desde el punto de vista de la atención a la salud. Entre un 30% y un 80% de las visitas de urgencia podrían no ser urgentes. En total, más de 80 millones de visitas al año podrían evitarse o redireccionarse a canales más eficientes en coste.[19]
- El gasto farmacéutico per cápita en España es un 40% superior al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal.[20] El 70% de las recetas se concentran en un 20% de la población que está exenta de pago (pensionistas). Su consumo ha pasado de 40 a 55 recetas por año entre 2000 y 2004 (frente a las 7 de la población activa).[21] El mismo segmento de edad en sistemas donde se debe contribuir con un 30% del coste (por ejemplo, todos los funcionarios públicos en MUFACE), consume un 40% menos.[22]
- Los españoles suspenden en ser responsables de su propia salud. España es el segundo país de Europa en número de fumadores (1 de cada 4 españoles mayor de 15 años fuma) y ha pasado de ser el séptimo al cuarto país de Europa en número

La frecuencia de visitas al médico en España es un 40% superior al promedio de los países de EU-15

Número de visitas médicas por habitante. 2006



1 Últimos datos disponibles 2004
2 Últimos datos disponibles 2005
3 Últimos datos disponibles 1998

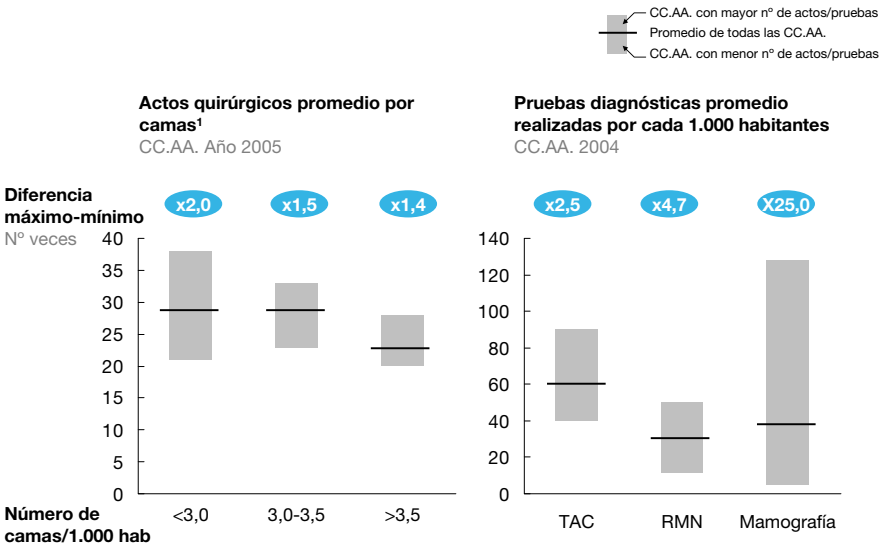
FUENTE: OCDE

de personas con sobrepeso en los últimos años (1 de cada 2 españoles tiene sobrepeso).[23]

Es necesario que los profesionales sean los catalizadores del cambio y ayuden a lograr un mayor equilibro entre los objetivos de calidad y eficiencia del sistema:

- No siempre se observa un uso eficiente de los recursos por parte de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, las diferencias regionales en cuanto a pruebas diagnósticas es de hasta 3 veces para TAC, de hasta 5 para resonancias magnéticas y de más de 7 para mamografías.[24]
- La variabilidad de resultados clínicos es una realidad tanto entre regiones como dentro de una misma región, como lo demuestran las tasas de mortalidad infantil, las cuales pueden variar hasta en un 80% entre CC.AA. Sin embargo, en muchos casos no es posible comparar el desempeño de los distintos servicios o profesionales, lo que dificulta establecer mecanismos que incentiven suficientemente a aquellos que mejor realizan su trabajo.
- La situación a lo largo de la vida profesional es muy desigual y somete a determinados grupos profesionales a condiciones de contratación muy precarias. Los médicos son el grupo profesional, científico y cualificado con porcentaje más elevado de trabajadores con contratos temporales (10,5% frente al resto de sectores cuya distribución se encontraba entre el 0,3%-3,3%, en 2005).[25]
- Más de la mitad de los médicos afirman no sentirse suficientemente valorados. Según una encuesta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, el 53% de los médicos se sienten mal valorados por quienes les emplean y el 58% por la sociedad.[26]

Las diferencias en la gestión de infraestructura son muy relevantes



1 Camas totales (públicas + privadas)
2 Incluye Ceuta y Melilla consideradas conjuntamente como una Comunidad Autónoma, a efectos de muestra

FUENTE: INE – Índices Hospitalarios 1995-2005;Informe "Gasto Sanitario 2007" Ministerio Sanidad; OCDE

Los gestores y administradores del sistema tienen que asegurar la utilización más eficiente y equitativa de los recursos públicos puestos a su disposición. Para muchas CC.AA. la sanidad pública es su mayor empresa tanto en número de trabajadores como en presupuesto de gasto y, como tal, debería incorporar las mejores prácticas probadas en otros sectores productivos y adaptarlas a las especificidades del sector sanitario (transparencia en los resultados, incentivos a los proveedores, uso de sistemas de información, técnicas de mejora de la productividad, etc.):

- La productividad en los hospitales públicos, medida en actos quirúrgicos por médico, apenas ha mejorado desde 1995. A pesar de los avances en la tecnología, el crecimiento de la actividad se ha producido fundamentalmente gracias a aumentos en la plantilla. La variabilidad en la productividad es también muy elevada (hasta un 100% de diferencia entre regiones en el número de actos quirúrgicos por cama).[27]
- El crecimiento del gasto en productos sanitarios y nuevos tratamientos no siempre se justifica por la mejora de salud real de la población. Por ello, es necesario analizar el coste-beneficio de las nuevas prestaciones y reforzar el rol de las agencias de evaluación creadas en nuestro país, para encontrar una solución óptima a este problema.
- La sanidad pública tiene aún un amplio recorrido en cuanto a despliegue y aprovechamiento efectivo de tecnologías de la información (por ejemplo, la valoración de España en cuanto al uso de sistemas en las consultas y en la gestión de la información es un 40% inferior a la de países como Dinamarca, Finlandia, Suecia, Holanda y Reino Unido[28,29]), sabiendo que mediante la tecnología y la adecuada gestión del cambio se consiguen grandes mejoras en la productividad (por ejemplo, 30% de reducción de visitas al hospital en Kaiser Permanente) y de calidad clínica (por ejemplo, 50% de reducción en reacciones a medicamentos en US Veterans Affairs).
- La involucración del sector privado en la resolución de los retos de la sanidad pública no ha evolucionado en todo su potencial y los gestores deberían impulsar nuevas formas de colaboración. En este sentido, en España y Europa existen buenos ejemplos de colaboración con el sector privado con resultados positivos para la gestión y para los pacientes. Los ejemplos engloban ámbitos muy diversos, desde una mayor coordinación en la provisión de servicios hasta el impulso activo de los seguros privados como vía de descarga del sistema sanitario público y como complemento al mismo.

Las líneas de actuación son conocidas pero las barreras al cambio han sido insalvables hasta la fecha

Las medidas para lograr una mayor responsabilidad de los agentes y para asegurar que el sistema sanitario sea sostenible en el tiempo son conocidas. Las experiencias y la literatura sobre reformas en el sistema sanitario son extensas, tanto a nivel nacional como internacional.

En concreto, **las medidas disponibles pueden agruparse en torno a tres grandes bloques:**

- **Gestionar de forma activa la demanda.** Distintos países han puesto en marcha medidas de gestión de demanda para asegurar que pacientes y profesionales hacen un uso eficiente del sistema. Para ello se han centrado en:
  - Invertir en prevención, con especial atención a las enfermedades crónicas y sus causas, como una de las principales áreas de mejora de la esperanza y calidad de vida de la población, aunque su impacto sea más visible en el largo plazo. Reino Unido, por ejemplo, ha puesto en marcha un plan de monitorización y prevención de enfermedades crónicas en algunas zonas de renta baja, logrando una disminución importante en la tasa de complicaciones que requieren hospitalización, una reducción de las tasas de mortalidad y un menor coste asociados al tratamiento de estas dolencias.[30]
  - Gestionar activamente el catálogo de prestaciones sanitarias, por ejemplo distinguiendo entre coberturas básicas y complementarias o incorporando los nuevos tratamientos mediante valoraciones independientes de coste-beneficio, así como asegurando la financiación asociada. Como parte de su reforma del sistema sanitario, algunas regiones de Suecia han limitado desde 2003 sus prestaciones sanitarias basándose en criterios de priorización del gasto[31] y análisis de coste-beneficio.
  - Fomentar un consumo responsable de los servicios sanitarios con medidas que pueden ir desde la educación sanitaria y la concienciación, hasta una corresponsabilización más directa con mecanismos de copago. En países como Singapur, por ejemplo, se trata de desincentivar el mal uso de las urgencias médicas a través de un pago para acceder a este servicio. Como resultado, su uso es, aproximadamente, la mitad que el de Londres.[32]
- **Optimizar la oferta en calidad y coste.** Es la palanca más directa e inmediata para cambiar el sistema sanitario, aunque también la más difícil de revertir. Para optimizar la oferta es necesario reorganizar y dimensionar correctamente los servicios sanitarios, asegurando un nivel de capacidad eficiente de infraestructura, recursos humanos y tecnología. Entre las opciones se incluyen:
  - Impulsar mejoras de productividad y de eficiencia en los distintos niveles de provisión de la asistencia, y reducir su variabilidad sin perjudicar los resultados clínicos. Muchos países están adoptando medidas de muy diversos tipos para reducir los costes. Por ejemplo, el National Health System (NHS) británico está estableciendo tarifas estándares para distintos tratamientos con el objetivo de mejorar la eficiencia; Alemania está promoviendo la compra de hospitales públicos por operadores especializados; otros países como Suecia o Italia se están orientando más a la mejora de la productividad y a la reducción de costes generales.
  - Mejorar los resultados clínicos, reduciendo la variabilidad en las prácticas y dando mayor transparencia al desempeño tanto a nivel de unidades proveedoras (hospitales, centros ambulatorios, etc.) como a nivel de profesionales (líneas de servicio, médicos, etc.). La mayor transparencia contribuye de forma importante

a la mejora de la calidad y también de la eficiencia. Los países nórdicos, como Dinamarca o Suecia, han establecido sistemas de información nacional que permiten observar los resultados sanitarios a nivel de centro e incluso de médico,[33,34] lo que ha demostrado tener un impacto muy relevante en la satisfacción de los pacientes.

  - Transformar el modelo de gestión de recursos humanos de los profesionales sanitarios, flexibilizando el modelo de contratación y desarrollando sistemas de incentivos que alineen sus prioridades con los objetivos del sistema. El establecimiento de incentivos (monetarios o no) para los centros y profesionales ha demostrado tener un considerable impacto en los resultados y eficiencia del sistema como demuestran las experiencias realizadas en algunos hospitales americanos (por ejemplo, la Clínica Mayo).

- **Asegurar una estructura del sistema y un modelo de financiación sostenibles.** Para optimizar el sistema sanitario es imprescindible contar con una organización y unos mecanismos que establezcan los incentivos correctos a todos los agentes y que definan un modelo de financiación que resulte sostenible en el largo plazo. Los sistemas sanitarios están avanzando en:

  - Separar claramente las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, y dotar de mayor autonomía de gestión a los proveedores. En Noruega, por ejemplo, los hospitales públicos adoptan la forma de empresas públicas con responsabilidad sobre su cuenta de resultados.[35]

  - Implantar mecanismos más sofisticados y transparentes de contratación de servicios sanitarios entre compradores y proveedores, que distribuyan adecuadamente las responsabilidades e incentiven a los proveedores a mejorar tanto en calidad clínica como en eficiencia. La reciente reforma en la sanidad francesa (2008) tiene como objetivo reorganizar y reforzar la contratación de la compra de servicios sanitarios.[36]

  - Fomentar la colaboración con el sector privado, con distintos niveles de participación en la financiación o en la gestión de los proveedores. Por ejemplo, se podría fomentar un mayor uso de los seguros privados para descargar al sistema público (por ejemplo, vía desgravaciones fiscales). También se podría involucrar en mayor medida a agentes privados en la gestión o provisión de servicios financiados públicamente e incluso en la utilización de las infraestructuras públicas de forma más eficiente.

Sin embargo, implantar estas medidas no es fácil porque **existen importantes barreras que dificultan el cambio:**

- **El debate sobre el cambio en el sistema sanitario no está en la agenda de temas prioritarios.** El sistema sanitario está entre los servicios públicos mejor valorados por los españoles. Según el Barómetro Sanitario, que publica anualmente el CIS, la sanidad aprueba casi con notable y menos del 5% de la población considera que son necesarios cambios profundos en el sistema, frente a un 10% en 1995.[37]
- **Históricamente, el sistema sanitario ha sido muy "elástico" para mantenerse en un equilibrio inestable.** Muchas de las tendencias que hemos apuntado en el diagnóstico no son nuevas, pero tradicionalmente los momentos de crisis se han ido solucionando inyectando más recursos, lo que ha provocado que los cambios estructurales necesarios se hayan pospuesto una y otra vez.
- **Las expectativas de los pacientes son muy elevadas en cuanto acceso, gratuidad y coberturas.** Los usuarios del sistema sanitario son cada vez más exigentes con sus derechos, pero no se ha realizado un esfuerzo para concienciarlos de sus obligaciones. Los ejemplos de mal uso del sistema sanitario que hemos revisado son una prueba de ello. La Sanidad es entendida como un bien de consumo del cual no se percibe su coste, por lo que es difícil racionalizar su demanda.
- **Los profesionales tienen que ser el eje central y motor del cambio, pero lograr su implicación es un reto.** Los profesionales son la clave del sistema sanitario porque sus decisiones son las que finalmente determinan su calidad y eficiencia. Pero su implicación podría ser complicada porque, en su actual situación, no existen los incentivos adecuados para promover el cambio.
- **La perspectiva de corto plazo es imperante y dificulta la toma de medidas más estructurales de medio-largo plazo.** Los plazos políticos son cortos para cualquier reforma que se quiera proponer o implementar, y el coste político de determinadas reformas necesarias dificulta las buenas intenciones incluso de aquellos decisores ampliamente comprometidos con las necesidades del sistema.

Hay que “empezar a caminar” introduciendo un número reducido de medidas

Algunas de las lecciones aprendidas en anteriores intentos de reforma han demostrado que superar las barreras para el cambio es extremadamente complicado. Por ello, nuestra propuesta no va en la línea de realizar una gran reforma que pretenda resolver todos los problemas de una vez. **Nos parece más pragmática y prudente una vía de avance diferente en la que se seleccionen 3 ó 4 cuestiones de impacto, que se puedan implantar en un período de tiempo razonable y que sirvan de referente para acometer nuevos cambios a futuro.** Además, enfoques similares están consiguiendo resultados significativos en otros países europeos. Reino Unido, por ejemplo, comenzó alrededor del año 2000 la reforma de sus sistema sanitario, enfocándose en el saneamiento económico y en la reducción de las listas de espera, que luego se ha ido reforzando con nuevas medidas (creación de los *Foundation Trusts*, nuevos sistemas de incentivos *"pay for performance"*, etc.)

Creemos también que es importante destacar que **cualquier reforma debe respetar de forma irrenunciable los principios básicos sobre los que se asienta el modelo actual del Sistema Sanitario Español: la universalidad y la equidad de la atención sanitaria para todos los ciudadanos.**

Presentamos aquí una primera propuesta de medidas que tienen en común la búsqueda de una mayor responsabilización de los agentes y que deberían ser detalladas y puestas en acción los próximos meses con el compromiso de todos.

Medida 1: Introducir nuevos mecanismos de corresponsabilización de los usuarios

El consumo no siempre adecuado de los recursos sanitarios hace necesario pensar en mecanismos que ayuden a racionalizar el comportamiento de los usuarios. Entre las medidas disponibles para la gestión de la demanda que hemos descrito en el capítulo anterior, los esquemas de corresponsabilización están entre los más efectivos por lo que casi todos los países europeos han recurrido a esquemas de pago compartido en asistencia y en farmacia.

Nuestra propuesta incluye dos medidas: la introducción de un ticket moderador de la demanda en atención primaria y urgencias y la revisión del actual modelo de pago farmacéutico.

El objetivo de estas medidas no es, en ningún caso, convertirse en una fuente adicional de financiación (su finalidad no es recaudatoria), sino avanzar en la mejora del sistema. Por un lado, pretendemos mejorar la calidad de la atención primaria induciendo a un mejor uso de la misma y con más tiempo de atención al paciente por parte del médico. Por otro, las modificaciones al actual sistema de pago farmacéutico buscan un sistema más justo, que evite la regresividad del sistema actual y que redistribuya el peso de la contribución entre los grupos sociales según su capacidad para asumirlo.

1A. Introducir un ticket moderador del consumo en atención primaria y urgencias
La mayoría de países europeos con sistemas de bienestar establecidos aplican tasas en la asistencia sanitaria (primaria, especializada e incluso hospitalaria) con esquemas que varían tanto en la contribución del usuario como en los conceptos gravados:

- En Francia, cada paciente aporta un 30% del coste de la visita de atención primaria más 1€ por consulta, con un máximo de 50€ al año por este último concepto. La contribución en especialistas es de un 20-25% y el precio es de unos 15€ por día de hospitalización. El sistema exime de pago a personas con pocos recursos y enfermos crónicos.[38]

- En Suecia, los pacientes pagan una tasa fija de 11 a 17€ para atención primaria (tope de 100€ anuales) y de 22 a 33€ por cada urgencia, así como de 15 a 30€ por tratamiento y día de hospitalización. Las exenciones incluyen grupos de renta baja y jóvenes con menos de 20 años.[39]
- En Bélgica, el coste de las visitas de atención primaria es de hasta un 35% del precio de la consulta. En atención especializada, esta cantidad es de un 40%. Por cada día de hospitalización, los belgas pagan unos 12€. Gozan de reducciones en el coste aquellas personas con pocos recursos, los pensionistas y los discapacitados.[40]
- En Italia, donde la asistencia primaria es gratuita, algunas regiones (por ejemplo, Milán, Hospital San Paolo) han desarrollado un novedoso mecanismo que vincula el "triage" de pacientes en urgencias con un determinado nivel de copago. Tras clasificar a los pacientes según su gravedad y nivel de urgencia, aquellos que no requieran tratamientos de urgencia, deberán pagar por la asistencia si desean ser atendidos, y siempre de forma no prioritaria.[41]

A partir del diagnóstico del sistema sanitario español y de la revisión de los diferentes ejemplos internacionales, nuestra propuesta consiste en la **introducción de un pago fijo por visita en atención primaria y en urgencias para filtrar la entrada no necesaria de pacientes en las puertas del sistema.** Con el objetivo de trasladar la demanda al canal más eficiente en costes y calidad, se propone que el **pago en urgencias sea sensiblemente más elevado que el de atención primaria** (al menos 4 ó 5 veces superior).

Adicionalmente, este mecanismo tendrá que garantizar la equidad y el acceso que caracterizan al Sistema de Salud en España, por lo que se incorporan dos condiciones a la propuesta:

La mayoría de los países europeos disponen de tickets moderadores de la asistencia y esquemas de pago farmacéutico (1/2)

Seguro Social Obligatorio

	Asistencia Sanitaria	Farmacia	Exenciones	Modelo de implantación
Alemania	▪ **Atención Primaria**: Ticket moderador de 10€ por la primera visita, con validez trimestral para citas restantes ▪ **Atención Especializada**: Ticket moderador fijo de 10€ por visita y 10€ por día de hospitalización, con máximo de 250€[1]	▪ **Contribución variable**: 10% del coste por medicamento ▪ Máximo de 10€	▪ Atención Especializada y Farmacia: niños y enfermos graves	▪ Pago en efectivo por la primera visita. El dinero recolectado se descuenta al médico de su nómina
Bélgica	▪ **Atención Primaria:** Ticket moderador variable de hasta 35% del coste de la visita, con un máximo **Atención Especializada:** – Ticket moderador variable por visita a especialista: 40% del coste – Ticket moderador fijo por hospitalización de 12€/día	▪ **Contribución variable** según grupo terapéutico (25-80%) del coste ▪ Máximo existente	▪ Atención Primaria: reducciones a rentas bajas, población pensionista y discapacitados ▪ Farmacia: reducción a rentas bajas	▪ Pago en efectivo en el acto. En la atención hospitalaria se envía al paciente un recibo por el % a pagar
Francia	▪ **Atención Primaria:** Ticket moderador variable del ~30% del coste y pago de 1€ por consulta, con máximo de 50€/año ▪ **Atención Especializada:** – Ticket moderador variable del 20%-25% del coste por consulta – Ticket moderador fijo por hospitalización de 16 €/día	▪ **Contribución variable**: 0%-35%-65% del coste según la categoría del fármaco ▪ **Contribución fija** adicional de 0,5€ por medicamento	▪ Asistencia Sanitaria: Pensionistas, perso-nas con renta baja, enfermos crónicos ▪ Farmacia: rentas bajas, enfermos crónicos, inválidos (c. variable) y rentas bajas y niños (c. fija)	▪ Pago en efectivo en el acto. Reembolso mediante formularios o tarjetas electrónicas a la Seguridad Social

1 Máximo gasto hospitalario

FUENTE: OMS; Observatorio Europeo; Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. Ana Tur e Iván Planas; IMS

- Que los grupos sociales de menor renta, así como aquellos usuarios que requieren una mayor frecuencia e intensidad de cuidados (por ejemplo, enfermos crónicos) sean tratados de forma equitativa. Para ello, el mecanismo propuesto deberá contemplar exenciones o reducciones de cuota para estos u otros grupos que así lo requieran.[42]
- Que la demanda "necesaria" no se reduzca y, por tanto, que no se produzca un empeoramiento del estado de salud de la población a futuro. Algunos estudios sugieren que aumentos considerables de las cuotas a pagar reducen de forma importante las consultas menos críticas para los pacientes, es decir, las preventivas.[43] Para evitar este efecto, parece que el importe debería situarse en un rango que desincentive el uso abusivo pero que no sea gravoso para los pacientes, de tal forma que no reduzca el consumo de servicios necesarios.

Para lograr una acción rápida, la implantación del ticket moderador debería ser sencilla y efectiva (por ejemplo, talonario de tickets de venta en farmacias; entrega de un número diferente de tickets según sean visitas de atención primaria o de urgencias una vez que el triage médico indique que son "menos urgentes"; definición de reducciones o exenciones en función de renta y cronicidad). Para que una política de corresponsabilización sea efectiva en el tiempo, será necesario evaluar de manera periódica sus resultados para poder realizar modificaciones sobre la misma, si es necesario.

Hay que entender esta medida como garantía para la sostenibilidad del Estado del bienestar: el objetivo último no es la recaudación porque el importe total no sería en ningún caso significativo para las arcas públicas. **Lo que se persigue es una reducción de la hiperfrecuentación o sobreuso del sistema** que en algunos casos está fuera de lo razonable, y con ello, una mejora de la calidad de atención médica, ya que esta medida repercutirá sin duda en **menores tiempos de espera o en más y mejor tiempo de**

La mayoría de los países europeos disponen de tickets moderadores de la asistencia y esquemas de pago farmacéutico (2/2)

Sistemas Nacionales de Salud

	Asistencia Sanitaria	Farmacia	Exenciones	Implantación
Italia	▪ **Atención Especializada**: Ticket moderador fijo de 36€/visita	▪ **Contribución fija** por región (entre 0,5 y 4,5€ por medicamento), con posible reducción para genéricos	▪ Asistencia Sanitaria: niños, pensionistas renta baja, enfermos graves ▪ Farmacia: rentas bajas, crónicos, minusválidos y embarazadas	▪ Pago en efectivo o con tarjeta de crédito antes de la cita
Portugal	▪ **Atención Primaria**: Ticket moderador dependiente del tipo de consulta (ej. 2€ visita, 3€ consulta domicilio) ▪ **Atención Especializada**: Ticket moderador fijo (ej. 5€ por día de hospitalización)	▪ **Contribución variable**: 15%-80% del coste por medicamento[1]	▪ Atención Primaria: embarazadas, desempleados, niños, pensionistas, crónicos ▪ Farmacia, rebaja para pensionistas con bajos recursos	▪ Pago en efectivo por visita
Suecia	▪ **Atención Primaria:** Ticket moderador por visita (11€-17€), con máximo de 100€ ▪ **Atenión Especializada**: Ticket moderador 15-30€, por tratamiento y día de hospitalización	▪ **Contribución variable** por tramos (50%-25%-10%-0%) por el gasto que supere los 88€ anuales y con un máximo de 420€ anuales	▪ Asistencia Sanitaria: reducción para menores de 20 años y en función de renta	▪ Pago en efectivo por visita o mediante transferencia vía factura domiciliaria
UK	▪ **Ausencia de ticket moderador**	▪ **Contribución fija:** 9€ por medicamento, con bonos anuales/ cuatrimestrales para pacientes en tratamiento regular	▪ Farmacia: niños, rentas bajas, enfermos crónicos y embarazadas	▪ n.a.

1 Categorías de productos según gravedad de la patología que tratan

FUENTE: OMS; Observatorio Europeo; Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. Ana Tur e Iván Planas; IMS

atención por paciente, una de las grandes demandas de profesionales y pacientes en los últimos años.

La introducción del ticket moderador de la demanda ayudará también a concienciar a la población de que existe un "coste" del sistema sanitario, reduciendo la percepción errónea de que la sanidad es gratis.

Finalmente, y para subrayar que este mecanismo no pretende tener fines recaudatorios se podría plantear su aplicación directa en la mejora de los recursos puestos a disposición de los profesionales, o adicionalmente, en la **financiación de programas de prevención que contribuyan a la toma de conciencia individual de la responsabilidad que cada uno de nosotros tiene que tener sobre su propia salud.**

1B. Modificar el modelo actual de pago farmacéutico para dar respuesta a sus limitaciones

El gasto farmacéutico per cápita en España es un 40% superior al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal[44] y representa el 22% del total del gasto sanitario frente al 17% de la media europea. Pero el coste de los medicamentos se encuentra también entre los más bajos de Europa, lo que sugiere un volumen de consumo elevado.[45] Aproximadamente un 70% de la población española, consume más de una receta médica a la semana.

El actual mecanismo de pago farmacéutico tiene importantes deficiencias:

- Es un pago que relaciona la aportación exigida al paciente con su edad y no con su situación económica (esto es, ¿por qué un pensionista independientemente de su renta no paga nada de sus medicamentos y un parado si lo hace?). En países como Francia, Suecia, Alemania, Italia y Holanda, entre otros, la aportación al coste de los fármacos realizada por los pensionistas es igual a la del resto de la población (al contrario que en España o Reino Unido).
- Puede inducir a un uso fraudulento del sistema. Algunos estudios han demostrado la existencia de un trasvase de recetas con copago a recetas gratuitas equivalente al 30-40% del consumo de la población activa.[46]
- Contribuye cada vez menos a la sostenibilidad económica del sistema a través de una capacidad de recaudación que es decreciente. El copago farmacéutico financiaba el 20% del precio de los medicamentos en 1981 pero tan sólo un ~7% en la actualidad.[47]

Por ello, proponemos una revisión **del actual sistema de pago farmacéutico** que incorpore los siguientes principios que persiguen una mayor equidad a la vez que fomentar un consumo razonable de los medicamentos:

- **Mantenimiento del porcentaje de pago farmacéutico para la población activa del 40%, incorporando exenciones o reducciones significativas en función de la renta o desempleo.** Por ejemplo, se podría plantear en un futuro que por debajo de un límite de renta de dos salarios mínimos (aproximadamente 16.000 euros anuales) el pago farmacéutico se asimilara al de los enfermos crónicos y se rebajara desde el 40% actual al 10%. Esta reducción afectaría a aproximadamente un 35% de la población en España.
- **Mantenimiento de las condiciones actuales de pago para los enfermos crónicos, con un 10% de contribución al coste del medicamento con un máximo de 4 ó 5 euros por receta** (que resultaría de la actualización de la cifra de 2,64 euros vigente desde 1995).

- **Equiparación de la contribución de los pensionistas al esfuerzo que realizan los enfermos crónicos con el coste de los medicamentos.** Los pensionistas consumen actualmente el 70% del total de recetas con crecimientos del 9% anual. Una contribución del 10% del coste de cada receta (que en media supone ~1,5 euros por receta), estipulando un máximo de 4 ó 5 euros por receta cuando el medicamento supere los 40 ó 50 euros, no parece inasumible (y es mucho menor que el 30% que soporta el colectivo de funcionarios pensionistas adheridos a MUFACE). Sin embargo, va a ser necesaria la identificación de situaciones especiales donde sea preciso establecer mecanismos de exención total o parcial. Adicionalmente, se podría considerar el criterio de renta, y para pensiones menores de 1.000 euros (el 85% del total), el pago sería reducido a un 10%. Para las rentas que superen este límite la contribución podría estar entre el 10-30% del coste de sus fármacos.
- En cualquiera de los casos anteriores, se **debería fijar un techo para el total de la contribución anual por cápita,** como por ejemplo, no superar nunca los 150 ó 200 euros anuales (por ejemplo, en Suecia existe un tope anual de ~420 euros).
- Finalmente, a futuro se debería avanzar para establecer un **sistema algo más complejo, de contribución variable, que clasifique los medicamentos según la gravedad de la condición** (al igual que los sistemas francés o italiano, entre otros) reduciendo o incluso eliminando el pago para aquellos cuadros clínicos más agudos.

Estimamos que con esta revisión del mecanismo de pago farmacéutico ya existente se conseguiría una redistribución de la contribución de los diferentes grupos sociales más acorde al uso y las posibilidades de cada uno, en línea con los principios del Estado del bienestar. A la vez se conseguirá reducir de forma considerable el consumo farmacéutico indebido y la utilización fraudulenta del actual sistema y, en cierta manera, también mejorará la presión asistencial en la atención primaria.

Medida 2: Incorporar de forma sistemática las nuevas prestaciones y la innovación terapéutica en el sistema

La innovación en medicina es, sin duda alguna, necesaria y deseable, pero plantea retos importantes para los gestores. La aparición constante de nuevos medicamentos, productos sanitarios y tratamientos que mejoran la calidad de vida suelen conllevar, aunque no siempre, un aumento de los costes de los tratamientos. Solo a modo de ejemplo decir que la farmacia hospitalaria ha crecido a razón de un 15,8% en los últimos años (casi el doble que el gasto farmacéutico en prescripciones),[48] y se espera que el coste de los tratamientos oncológicos pase de 20.000€ per cápita en la actualidad a 70.000€ en unos años,[49] triplicando así su coste.

Sin embargo, este no es un problema que deba analizarse únicamente desde el ángulo de los costes, sino que se trata más de una cuestión de aplicación con rigor de una sistemática para que la innovación terapéutica se incorpore a la cartera de prestaciones del sistema con la máxima celeridad, una vez que se disponga de los análisis coste-beneficio necesarios. En este sentido, este tema debe abordarse desde una doble perspectiva: a) La optimización del coste-efectividad del tratamiento a incorporar y b) El establecimiento de mecanismos adecuados para su financiación.

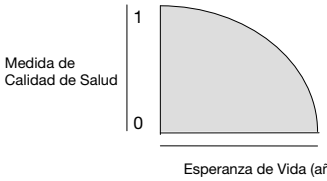
A escala internacional existen ejemplos de países que han tomado medidas en la línea de regular en materia de salud pública, prácticas clínicas y financiación de nuevos fármacos, tecnologías y procedimientos.

- El NICE (1999)[50] es una organización independiente constituida por profesionales sanitarios, pacientes e investigadores, que actúa tanto en salud pública, como en tecnologías sanitarias (incluye medicamentos) y en prácticas clínicas. Su objetivo es realizar recomendaciones a las áreas de salud del Reino Unido para incorporar o no los nuevos tratamientos a su cartera de prestaciones financiada públicamente. El proceso de elaboración de las recomendaciones es transparente para todas las partes, y ello genera parte del éxito y credibilidad del NICE. Las áreas tienen que adoptar obligatoriamente en su cartera las recomendaciones positivas del NICE e incluir su financiación en su presupuesto anual; para las negativas, queda a discreción unilateral de las áreas el financiarlas o no. Para sus evaluaciones, el NICE utiliza un criterio denominado coste por QALY (coste de ganar un año de vida saludable) y la barrera de aprobación está entre las 20.000 y 30.000 libras por año de vida sana. Finalmente, las recomendaciones del NICE no remplazan el conocimiento y las capacidades de los profesionales, que son quienes finalmente toman las mejores decisiones para sus pacientes, sino que lo que se persigue con este mecanismo sistemático de evaluación de la innovación es la provisión equitativa y sostenible a nivel de todas las regiones.
- Existen otros ejemplos de agencias similares en países como Alemania, a través del IQWIG[51] (Instituto para la Calidad y la Eficiencia en Sanidad); Francia, mediante el HAS[52] (Alta Autoridad de Sanidad) y Australia con el Comité PBAC-ESC[53] (Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos; Sub-Comité económico) que están avanzando en el mismo sentido.

En nuestro país también existen diversos organismos que abordan parcialmente algunas de las funciones que engloba el NICE. Por ejemplo, a nivel nacional la Agencia del Medicamento es el referente en materia de garantías de calidad, de seguridad, de eficacia, de información y de accesibilidad de medicamentos y productos sanitarios. A nivel regional también se está avanzando en desarrollar mecanismos sistemáticos de evaluación de coste-efectividad de las prestaciones y medicamentos, pero hasta el momento los avances son desiguales. Asimismo, desde la definición del catálogo de prestaciones del Servicio Nacional de Salud de la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, los avances en la revisión y actualización del mismo (con entradas y salidas de prestaciones por sustitución) han sido limitados.

El NICE establece recomendaciones para la introducción de nuevos tratamientos

NHS
National Institute for Clinical Excellence

Descripción	Rol en la financiación	Metodología
▪ **Organización independiente** creada en **1999** para proveer al NHS británico de **recomendaciones** en materia de **salud pública**, **prácticas clínicas** y **financiación** de **nuevos fármacos, tecnologías y procedimientos** ▪ Las recomendaciones las establecen **equipos formados por profesionales sanitarios, pacientes, investigadores**, etc.	▪ **Procedimientos rigurosos**, iniciados a petición del NHS ▪ **Carácter ejecutivo** de las **recomendaciones positivas** sobre la prescripción de fármacos/ tecnologías que deben ser implementadas en los 3 meses siguientes ▪ Cuando existe una **recomendación negativa**, el **financiador** es el que **decide sobre su introducción**	▪ **QALY:** media aritmética del producto de la esperanza de vida y la medida de la calidad de los años de vida ganados  ▪ *<20.000 libras por año*: toda tecnología suele ser recomendada ▪ *>20.000 libras por año*: se tienen en consideración otros factores (costes sociales, condiciones particulares…) ▪ *>30.000 libras por año*: se aprueban excepcionalmente

FUENTE: NHS – NICE; Entrevistas con expertos

En este sentido, **nuestra propuesta consiste en establecer un proceso que garantice que: a) Todas las nuevas prestaciones que se incorporen al sistema han superado unos estándares mínimos de coste-efectividad, similares a los que se aplican en otros países europeos, y que supongan su financiación o no por el sistema público y b) Las prestaciones aprobadas son accesibles para todos los pacientes del Sistema Nacional de Salud.**

Con esta medida, se realizaría un avance en la introducción sistemática de la innovación terapéutica, basada en un análisis coste-efectividad independiente, lo que podría **acelerar el ritmo de introducción de las tecnologías más eficientes** y, además, de forma equitativa para todos los españoles. Adicionalmente, para los gestores, este mecanismo riguroso de valoración y de asociación necesaria de financiación, en caso de recomendación positiva, les permitirá controlar en mayor medida el **desarrollo de la cartera de prestaciones que mayor impacto tenga en la salud de los españoles y que, a la vez, asegure la sostenibilidad del sistema tal y como lo conocemos hoy.**

Medida 3: Incrementar la transparencia en el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios

La enorme variabilidad en el desempeño de los centros de atención, tanto en calidad como en eficiencia, evidencia el potencial de mejora en la provisión de servicios sanitarios. Siguiendo las mejores prácticas en mejora del desempeño, el primer paso para avanzar hacia este objetivo es generar una mayor transparencia que permita evaluar el potencial a capturar e identificar las medidas a impulsar.

En esta línea, la mayoría de países europeos han evolucionado en el objetivo de hacer más transparente y, en ocasiones, público para los pacientes el desempeño de los centros proveedores de servicios sanitarios (hospitales, centros de primaria, etc.) y sus profesionales, con resultados muy positivos:

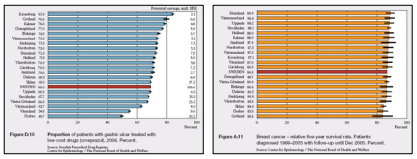
- Suecia elabora anualmente un “benchmark” de hospitales con métricas de calidad clínica, satisfacción de pacientes, tiempos de espera y eficiencia, y hace pública una comparativa del desempeño en cada región.[54]
- En Alemania, los hospitales reportan un amplio conjunto de indicadores de calidad a una agencia independiente, y desde 2007 hacen públicos una parte de ellos.[55] A partir de esta información, se han desarrollado herramientas que permiten a los pacientes comparar por Internet el desempeño de cada hospital para distintas enfermedades o procedimientos y dan visibilidad a los compradores sobre el desempeño de los diferentes proveedores[56,57].

A nivel nacional, se ha trabajado en esta línea desde la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad en 2003. El Instituto de Información Sanitaria, dependiente de la Agencia de Calidad del SNS, recopila un conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (indicadores que abarcan datos de población, estado de salud, calidad y gasto, entre otros), que se publican de forma agregada para todo el país.[58] A partir de este año, se espera que comiencen a ser publicados a nivel de región.[59]

Existen diversos ejemplos internacionales de comparativas de calidad y eficiencia

Suecia

Registro nacional de calidad sueco



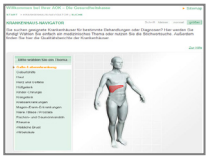
- **Posibilidad de análisis a nivel de doctor o centro sanitario,** a partir de datos detallados a nivel paciente contenidos en el **registro nacional de calidad**[1]
- Los principales usuarios del registro son los **gestores y profesionales sanitarios**
- **Publicación anual de una comparativa entre regiones** de resultados objetivos en calidad clínica, satisfacción de pacientes, tiempos de espera y eficiencia

Alemania

Privado: Resultados por hospital y médico

- Seguimiento centro a centro de **resultados por médico (métricas operativas y de calidad)**
- Desde 2001, cada hospital **reporta sus resultados en un total de 180 indicadores**, principalmente de calidad
- **Informes comparativos** elaborados por BQS[2]

Público: Comparativa de hospitales



- Desde 2007, cada hospital **publica en Internet parte de sus indicadores**
- Varios **portales web** públicos ofrecen la posibilidad de **comparar resultados entre hospitales**

1 Una de las principales palancas de la "e-health strategy" lanzada en 2006
2 Agencia independiente constituida por Gobierno y regiones

FUENTE: Swedish Association of Local Authorities and Regions; BQS; Website de AOK, Informe de Calidad 2006 del Hospital St. Josef-Stift

Si bien se está avanzando ya en la dirección de generar transparencia, creemos que es necesario avanzar un paso más allá y asegurar que se elabora un informe comparativo que:

- Sea suficientemente específico (a nivel de hospital y, si es posible, de servicio clínico o profesional) y periódico para que los gestores sanitarios puedan identificar oportunidades de mejora "en tiempo real" (por ejemplo, en la actualidad los indicadores anteriormente mencionados se publican con una periodicidad anual y con más de un año de retraso).
- Aporte una visión global de todo el sistema, incorporando a los sectores público, concertado y resto del sector privado en todas las métricas.
- Sea instrumental en la gestión del sistema sanitario, utilizándose los indicadores como baremo base para la fijación de presupuestos u objetivos.
- Sea transparente para el usuario (especialmente desde el punto de vista de la calidad en la atención) de modo que le permita conocer los resultados de los diferentes centros y, eventualmente, elegir el lugar en el que quiere ser atendido.

Algunas Comunidades Autónomas han avanzado más en este sentido, y comparan en distintas dimensiones los resultados de sus centros de atención, tanto hospitalaria como primaria, ligándolos, en ocasiones, a sistemas de objetivos e incentivos para proveedores y profesionales. La implantación de estos sistemas ha tenido un impacto importante a la hora de mejorar los resultados y, especialmente, a la hora de reducir la variabilidad en las prácticas clínicas, lo que beneficia de forma muy importante a los pacientes y al sistema en general.

Nuestra propuesta consiste en **elaborar a nivel nacional una comparativa de desempeño de los proveedores sanitarios que incluya los resultados a nivel de centro** (hospital o centro de atención primaria) y de **servicio clínico**.

La comparativa se elaborará con una periodicidad idealmente inferior a la anual, incluirá métricas del desempeño de los proveedores en las variables de desempeño clínico, calidad de servicio y eficiencia, y se elaborará con una metodología homogénea para todos los proveedores. Este "ranking" incluirá a todos los proveedores del sector público (ya sean públicos o privados), así como a aquellos centros privados que, aunque no tengan servicios concertados, así lo soliciten.

La elaboración de esta comparativa podría apoyarse en la infraestructura ya existente en la Agencia de Calidad del SNS y, para comenzar a avanzar en el menor tiempo posible, sería aconsejable empezar con los servicios clínicos que resulten más representativos.

Los resultados de estos estudios comparativos deberán comunicarse a los gestores y jefes de servicio, y progresivamente hacerse públicos para los pacientes asociados a una cierta y creciente capacidad de elección de los mismos.

Estas medidas fomentarán una mejora del desempeño de los profesionales y centros, especialmente de aquellos con peores resultados. Permitirá reducir la variabilidad en la calidad clínica ofrecida y capturar importantes mejoras de eficiencia en el uso de los recursos sanitarios (por ejemplo, mayor uso de medicamentos genéricos, mejor aprovechamiento de las instalaciones, etc.). Los pacientes también se verán beneficiados a futuro, por disponer de información objetiva acerca de la calidad ofrecida por los centros a los que acuden, las listas de espera, y desde el inicio por disfrutar de una menor variabilidad en la atención sanitaria.

Medida 4: Fomentar la autonomía de gestión y reforzar los esquemas de incentivos a los centros y a sus profesionales

El modelo de organización y gestión actual conduce a una utilización de los recursos que, en muchas ocasiones, no es óptima. La estructura y organización del sistema sanitario pueden ser mejoradas para fomentar simultáneamente una mayor eficiencia y una mejora de la calidad clínica y de servicio. Conseguir esos objetivos pasa por transferir responsabilidad a centros y profesionales tal y como se está llevando a cabo en numerosos países europeos. Hay que dar la oportunidad a que médicos, enfermeros y profesionales del sector en general tengan mayor capacidad para organizar su servicio dentro de unos objetivos de calidad y eficiencia definidos por el sistema; y que asuman también los riesgos derivados del no cumplimiento.

4A. Fomentar la autonomía de gestión de los profesionales
Un modelo organizativo que otorgue mayor autonomía de gestión a los profesionales puede ayudar a mejorar el desempeño de los proveedores, en línea con los objetivos de calidad y eficiencia del sistema, al fomentar una mayor responsabilización sobre los resultados e involucración de los profesionales en la gestión de los centros.

Los ejemplos de reformas en esta línea son numerosos en distintos niveles de asistencia:

- En Reino Unido, los hospitales han pasado a convertirse en fundaciones ("Foundation Trusts") a los que se dota de personalidad jurídica y autonomía de gestión. Los Trust asumen los riesgos relativos a su gestión, debiendo cumplir determinados objetivos en materia de calidad, y siendo remunerados en base a la consecución de dichos objetivos ("Payment by results").[60]

- La reforma sanitaria planteada por Francia recientemente (Ley Bachelot de 2008. "Hôpital, patients, santé et territoires") diseña una nueva estructura organizativa a nivel de establecimiento de salud reforzando la autonomía de gestión en cada centro, estableciendo mecanismos estrictos de medición del desempeño y comités de evaluación.[61]
- En España, un modelo de estas características se ha impulsado en Cataluña con las Entidades de Base Asociativas (EBAs). Las EBAs son sociedades, propiedad de los profesionales sanitarios que, disponiendo de capacidad de endeudamiento y personalidad jurídica propia, acceden por licitación a la provisión de los servicios de atención primaria en una determinada zona. En esta línea, el Principado de Asturias, ha comenzado a crear unidades clínicas a las que, mediante un contrato riguroso, dota de un presupuesto y mayor autonomía a cambio de lograr unos determinados resultados. Las experiencias en este sentido parecen satisfactorias y otras CC.AA han expresado ya su interés por continuar trabajando en este tipo de modelos.[62]

Para lograr el objetivo de acercar la gestión a los profesionales, nuestra propuesta consiste en que **todos los centros de provisión de servicios sanitarios tengan contratos de compra de servicios que aseguren una mayor autonomía en la gestión, a cambio de la consecución de unos compromisos de calidad clínica, calidad de servicio y eficiencia más exigentes.**

Estos contratos deberán establecer claramente los objetivos a cumplir por el proveedor (en términos de atención y calidad) y la financiación asociada a los mismos, que tiene que asegurar, de partida, una dotación suficiente de recursos.

Será necesario también que los contratos determinen claramente los riesgos a asumir por el comprador y el proveedor de servicios. Para facilitar el cambio, proponemos que en un primer momento el proveedor asuma tan solo el riesgo de gestión (superávit o déficit presupuestario generado por mejoras de eficiencia). En el futuro, parte de los riesgos asociados a la demanda (por ejemplo, aumento del número de enfermos crónicos, uso excesivo del sistema, etc.) podrían trasladarse al proveedor de manera gradual.

Con esta transformación se podrá dar más responsabilidad a los centros y profesionales singulares para la especialización en algunas patologías. Asimismo, la mayor capacidad de médicos, enfermeros, y otros profesionales para organizar su servicio, puede derivar, al igual que en otros países europeos, en una distribución de tareas distinta entre los distintos profesionales y un mayor trabajo en equipo entre médicos y enfermeros.

Finalmente, cabe mencionar que otros agentes clave del sistema como los farmacéuticos, que desarrollan un papel cada vez más importante para la sostenibilidad del sistema, también deberían incorporarse a esta corriente de mayor responsabilidad en el cumplimiento de objetivos. Esto podría llevar consigo una revisión de las parcelas de exclusividad de las que todavía gozan a cambio de los incentivos adecuados.

4B. Reforzar los esquemas de incentivos y los mecanismos de gestión de consecuencias

La medida anterior se ve complementada y potenciada con el refuerzo de los esquemas de incentivos y con mecanismos estrictos de gestión de consecuencias. El rol especialmente relevante que los profesionales desempeñan en el sistema sanitario hace importante que este esquema de incentivos llegue hasta el nivel del individuo.

En la mayor parte de los países europeos se han desarrollado diversos esquemas de incentivos a proveedores y también profesionales:

- El Sistema Nacional Sueco ha establecido mecanismos que incentivan la eficiencia de los centros de atención a través de contratos trienales. En ellos, se define el nivel de actividad que debe ofrecer cada proveedor, así como la remuneración asociada, si bien se da libertad a cada entidad para la gestión de su actividad y sus recursos.[63]
- La reforma francesa mencionada con anterioridad, da un giro importante en este sentido. Para ello, se refuerza la figura del director de hospital como responsable último de la gestión y que cuenta con el apoyo de un directorio constituido, entre otros, por médicos y profesionales de la organización. El directorio es el encargado de elaborar el Proyecto Médico que será evaluado y revisado por el Consejo de Vigilancia y la Agencia Regional de Salud correspondiente. El cumplimiento del Proyecto se evalúa mediante estrictos mecanismos de medición del desempeño y comités de evaluación de los resultados, y a su consecución se asocian esquemas de incentivos.[64]
- Reino Unido introdujo en 2004 para la atención primaria nuevos mecanismos de compensación en base a la consecución de objetivos. La remuneración en función de estos resultados puede alcanzar hasta el 20% del total de atención primaria y su cobro está ligado al seguimiento de determinados indicadores de calidad.[65]
- En España, varias regiones han optado por implantar un esquema de fijación de objetivos en cascada para todos los proveedores (tanto públicos como privados). El cumplimiento de estos objetivos está asociado a una remuneración extraordinaria para todos los profesionales.[66]

Nuestra propuesta consiste en reforzar los esquemas de incentivos existentes en la actualidad, vinculándolos a los contratos que mencionábamos en la medida anterior:

- En el caso de que el centro proveedor, sea público o privado, cumpla los objetivos fijados, una parte relevante de las mejoras deben ser capturadas por el propio centro y sus profesionales (en forma de mayores flujos de inversión, más fondos para investigación o remuneración adicional). Adicionalmente, directorios gestores del centro deben tener capacidad para distribuir estos incentivos entre los profesionales de acuerdo a su contribución. En Alemania, por ejemplo, parte del superávit generado por los hospitales se revierte al propio centro y es distribuido con distintas finalidades por la dirección del hospital.[67] A futuro tendría sentido que los incentivos fueran cada vez más asociados a cada profesional en particular. En el límite, cada profesional debería gestionar un conjunto de tareas y recibir un presupuesto para hacerlo, siempre controlando por los resultados clínicos. A su vez cada servicio gestionaría un conjunto de profesionales, cumpliendo unos objetivos más generales.
- Si la actividad genera un déficit, es necesario un procedimiento de gestión de consecuencias mucho más estricto que el actual. En Suecia se bonifica o penaliza con hasta un 2% del presupuesto anual a los hospitales, en función de la consecución de determinados objetivos en calidad. Además estos pueden incurrir en déficit (con un máximo definido) a lo largo de los tres años que duran los contratos de provisión. Si se supera el límite permitido, la dirección deberá asumir las consecuencias, pudiendo ser cesada de actividad.[68]

Avanzar hacia un sistema sostenible es responsabilidad de todos

Hoy por hoy, el cambio no sólo es necesario, sino que es posible. Las amenazas a la salud pública de los últimos meses así como los retos similares que supone el nuevo contexto económico han generado un elevado nivel de consenso entre las diferentes fuerzas políticas y también con el resto de los agentes sociales. Esta situación es una oportunidad inmejorable para empezar a debatir los retos que debe afrontar la sanidad pública a futuro y a proponer vías de avance.

Las propuestas que aquí recogemos suponen una vía de avance que, aunque quede lejos de solucionar todos los problemas, pretende iniciar una dinámica de cambio para afrontar los retos de sostenibilidad que presenta el sistema a corto y a medio plazo. De esta manera, el objetivo de la Cátedra es generar un debate activo que se convierta en **una llamada a la acción para la mayor responsabilización de los pacientes, los profesionales y los gestores del sistema.**

En esta línea, entendemos que la magnitud de la situación a la que nos enfrentamos y de las barreras a superar hace necesario establecer un punto de encuentro entre todos los agentes clave del Sistema Sanitario. Esta necesidad de acuerdo es especialmente relevante y exigible a las distintas administraciones que tienen la responsabilidad última sobre la gestión del Sistema.

En este sentido, independientemente del vehículo que se escoja finalmente para materializar este acuerdo, aparece como absolutamente crítica **la necesidad de aprovechar el incipiente espíritu de consenso** para la coordinación de esfuerzos entre administraciones y demás agentes. **Un pacto por la sanidad con acuerdo sobre 3 ó 4 medidas concretas que permitan "empezar a caminar" puede ser el camino, con el objetivo de asegurar, a futuro, un sistema sanitario público universal y equitativo, que mantenga o incluso mejore la calidad del sistema sanitario actual.**

Cátedra FEDEA-McKinsey

La Fundación de Estudios De Economía Aplicada (FEDEA) nace en 1985, con el fin de generar análisis económicos de calidad con independencia de criterio y promover propuestas económicas y sociales efectivas. A lo largo de estos años ha publicado más de 1.000 documentos de trabajo y ha intervenido en importantes debates sobre el futuro de las pensiones o la regulación del mercado de trabajo. Bajo la dirección de un investigador de prestigio reconocido, el objetivo de las Cátedras de investigación en FEDEA es realizar contribuciones relevantes sobre cuestiones que resulten de interés para el conjunto de la sociedad española. Profundizar en el conocimiento de los efectos de la inmigración en España, analizar el impacto del cambio climático en nuestro país, y de las políticas para mitigarla, o detallar a la luz de lo que nos enseña la literatura académica un posible contenido de una reforma laboral son aspectos que se trabajan en las Cátedras. Adicionalmente, las Cátedras promueven la transmisión de los conocimientos adquiridos a las diferentes audiencias que pueden estar interesadas. FEDEA cuenta con una Cátedra en economía de la salud y ha trabajado en varios proyectos de la Comisión Europea sobre esta materia.

McKinsey & Company, fundada en 1926, es una firma global de servicios de consultoría de alta dirección. McKinsey & Company está presente en 50 países con 89 oficinas y cuenta con más de 8.500 consultores, que sirven a más del 90% de las empresas líderes en el mundo. En España, donde tiene presencia desde 1977, McKinsey & Company tiene oficinas en Madrid y Barcelona y cuenta con un equipo de más de 200 personas, que sirven a las compañías e instituciones líderes de este país. La experiencia de la Firma en el sector sanitario abarca la colaboración con distintos gobiernos nacionales y regionales en todo el mundo para desarrollar e implementar sus reformas sanitarias así como las mejoras operativas y de calidad clínica de sus centros de provisión. McKinsey & Company sirve además a compañías privadas del sector incluyendo aseguradoras, proveedores privados y compañías farmacéuticas.

La Cátedra de Investigación FEDEA-McKinsey ha contado también con la opinión y la ayuda de numerosos gestores, profesionales y expertos del sector con el fin de evaluar los problemas y retos para el sistema sanitario en España y buscar alternativas de solución.

El resultado de este trabajo, que se presenta aquí, resume la visión de la Cátedra sobre los principales retos a los que se enfrenta el sistema sanitario español y plantea una propuesta independiente sobre cómo avanzar en su resolución.

Referencias bibliográficas

[1] INE. *Contabilidad regional de España.* 2004. “Producto Interior Bruto a precios de mercado y sus componentes”. “Empleo total”.

[2] Ministerio de Sanidad y Consumo. Recursos del Sistema Nacional de Salud. *Presupuestos iniciales para Sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social.* 2007-2009.

[3] European sustainable development rural actor database.

http://en.europe-sustainable-development-actors-database.net/country/portugal

http://en.europe-sustainable-development-actors-database.net/country/ireland

[4] Ministerio de Economía y Hacienda. *Presupuestos iniciales de las Comunidades Autónomas. Ejercicio 2008.*

[5] OECD. *Health Data- Frequently requested data.* Junio 2009. “Life expectancy total population at birth”.

[6] Eurocare. *Survival analysis.* 1995-1999.

[7] OECD. *Health Data- Frequently requested data.* Junio 2009. “Total expenditure %GDP”. “Total expenditure per capita US$ PPP”.

[8] Ministerio de Sanidad y Consumo; Gasto público en Sanidad; Distribución por subsectores de gasto. 2002-2007. “CCAA de gestión trasferida”

Ministerio de Sanidad y Consumo. Recursos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para Sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social. 2002-2007

[9] INE. *Proyecciones de la población a largo plazo.* 2001. “Proyecciones de población. Base Censo 2001”.

[10] McKinsey & Company. *McKinsey Retirement Health Model.*

[11] Coalición de ciudadanos con enfermedades crónicas. *La enfermedad crónica: una nueva realidad en el mundo y en España.* “Condiciones crónicas: el problema global”. “La enfermedad crónica en España: cifras más relevantes”.

[12] Estimación a partir de las siguientes fuentes:

INE. *Encuesta Nacional de salud. Utilización de servicios sanitarios y consumo de medicamentos.* 2006. “Número medio de consultas al médico de familia o pediatra en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Media y desviación típica. Población que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas”.

Organización Médica Colegial de España. *Demografía Médica: Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario.* "Tabla 1.6. médicos asistenciales en el servicio nacional de salud, por CCAA (años 2004, 2005 y 2006)".

[13] INE. *Indicadores hospitalarios.* 2005. "Indicadores básicos de los centros hospitalarios según la finalidad de los mismos".

[14] Harvard University School of Public Health. *Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Abril 2006.* "Tabla 5. ¿Cuáles son los problemas más importantes del sistema español de asistencia sanitaria?".

[15] Dra. Barber Pérez, Patricia. Dra. González López-Valcárcel, Beatriz. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España.* Marzo 2009. "Estructura poblacional estimada y proyecciones a medio y largo plazo por especialidad".

[16] Dr. Gascón, Pere. Jefe del servicio de oncología médica del Hospital Clínic de Barcelona. *Simposio Internacional de Oncología Traslacional.* Marzo 2009.

[17] Estimación a partir de las siguientes fuentes:

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Tablas de Gasto Sanitario.* 2007. "Gasto consolidado del sector comunidades autónomas. evolución 1999-2005".

INE. *Contabilidad Regional de España. Base 2000.* "Producto interior bruto a precios de mercado y sus componentes (oferta)".

[18] OECD. *Health Data- Frequently requested data.* Junio 2009. "Healthcare activities: Doctor's consultations". "Life expectancy total population at birth".

[19] Estimación a partir de las siguientes fuentes:

INE. *Encuesta Nacional de salud. Utilización de servicios sanitarios y consumo de medicamentos.* 2006. "Motivo de la última consulta médica en las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad. Población de 16 y más años que ha consultado al médico en las últimas 4 semanas".

Revista Española de Salud Pública v73. Madrid. Julio/Agosto 1999.

[20] Puig-Junoy, Jaime. *La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones.* "Tabla 1. El gasto en medicamentos en la UE-15".

[21] Perona Larranz, José Luis. Comentarios críticos de Dña. Geli i Fàbrega, Marina y de D. Inclán Iribar, Gabriel María. *Mitos y paradojas de la sanidad en España: Una visión crítica.* Círculo de la Sanidad. 2007. "Tabla IV. Recetas por persona protegida en el SNS. Activos y pensionistas".

[22] Puig-Junoy, Jaime. *La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones.* "Tabla 3. Consumo y gasto de medicamentos por persona en el año 2003 en el SNS y en MUFACE".

[23] OECD. *Health Data- Frequently requested data.* Junio 2009. "Risk factors: Tobacco consumption, % of population 15+ who are daily smokers". "Risk factors: Overweight population, % of total population".

[24] Ministerio de Sanidad y Consumo. *Tablas de Gasto Sanitario.* 2007. "La alta tecnología: Estudios de TAC. Mamografías. Equipos de Resonancia Nuclear Magnética".

[25] Departamento de economía de ESADE. *El fenómeno de la temporalidad en el mercado laboral español.* "Tabla 2: tasas de temporalidad de ocupaciones por actividades económicas. 2005".

[26] Encuesta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. 2004

[27] INE. *Indicadores hospitalarios.* 1995-2005. "Indicadores básicos de los centros hospitalarios por comunidad".

[28] European Commission. Information Society and Media Directorate General. *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe.* 2008,

[29] European Commission. Information Society and Media Directorate General. *Euro Health Consumer Index.* 2008.

[30] Centro de Salud Castlefields. *Gestión de enfermedades crónicas.* Julio 2004. http:// www.natpact.nhs.uk/cms/328.php

[31] Prensa Sueca. *Diario Expressen.* Octubre 2003.

[32] Artículo McKinsey Health International Número 7. *What's working in heath care reform.*

[33] Vårdguiden. www.vardguiden.se.

[34] Sundhedskvalitet. www.sundhedskvalitet.dk.

[35] Linna, Miika et al. Universidad de Oslo. Hospital productivity and the Norwegian ownership reform- A Nordic comparative study. "The Norwegian Hospital reform".

[36] Bachelot-Narquin, Roselyne. *Ley "Hôpital, patients, santé et territores".* Francia. 2008.

[37] Barómetro Sanitario. 2008. "De las siguientes afirmaciones que aparecen en esta tarjeta, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario en nuestro país?".

[38] Sandier, Simone; Paris, Valérie; Polton, Dominique. *Healthcare Systems in Transition.* France. 2004. "Healthcare expenditures: Out-of-pocket payments".

[39] Glenngärd, Anna et al. *Healthcare Systems in Transition.* Sweden. 2005. "Healthcare expenditures: Out-of-pocket payments".

[40] Corens, Dick. *Healthcare Systems in Transition.* Belgium. 2007. "Healthcare expenditures: Out-of-pocket payments".

[41] Donatini, Andrea et al. *Healthcare Systems in Transition.* Italy. 2001. "Healthcare expenditures: Out-of-pocket payments".

[42] López Casasnovas, Guillem. *Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta.*

[43] Rodriguez, Marisol. *Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad.* "Tabla 2: elasticidades al precio en el experimento de seguro sanitario de la RAND".

[44] Puig-Junoy, Jaime. *La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones.* "Tabla 1. El gasto en medicamentos en la UE-15".

[45] OECD. *Health Data- Frequently requested data.* Junio 2009. "Total expenditure on pharmaceuticals and other medical non-durables, % total expenditure on health".

[46] Puig-Junoy, Jaime. *La corresponsabilidad individual en la financiación de medicamentos: evidencia y recomendaciones.* "El copago farmacéutico".

[47] Perona Larranz, José Luis. Comentarios críticos de Dña. Geli i Fàbrega, Marina y de D. Inclán Iribar, Gabriel María. *Mitos y paradojas de la sanidad en España: Una visión crítica.* Círculo de la Sanidad. 2007. "Tabla III. Porcentaje de población protegida, recetas y consumo de pensionistas. SNS".

[48] Ministerio de Sanidad y Consumo. *Tablas de Gasto Sanitario.* 2007. "Productos farmacéuticos: Recetas médicas y Farmacia hospitalaria (TAM 1999-2005)".

[49] Dr. Gascón, Pere. Jefe del servicio de oncología médica del Hospital Clínic de Barcelona. *Simposio Internacional de Oncología Traslacional.* Marzo 2009.

[50] National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk.

[51] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. www.iqwig.de.

[52] Haute Autorité de Santé (HAS). www.has-sante.fr.

[53] Department of Health and Ageing, Australian Government. http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Pharmaceutical+Benefits+Advisory+Committee-1.

[54] Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR). *Quality and Efficiency in Swedish Health Care, Regional Comparisons 2007.*

[55] Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (BQS), www.bqs-online.com.

[56] Wübker, Ansgar et al. *Does Better Information About Hospital Quality Affect Patients' Choice? Empirical Findings from Germany.* Alemania. 2008.

[57] AOK Gesundheitsnavigator. www.aok-gesundheitsnavi.de.

[58] Instituto de Información Sanitaria. *Indicadores Clave el Sistema Nacional de Salud.* 2007.

[59] Recortes de prensa.

[60] Departamento de Salud del Reino Unido. http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/NHSfoundationtrust/DH_072544.

[61] Bachelot-Narquin, Roselyne. Ley *"Hôpital, patients, santé et territores".* Francia. 2008.

[62] Recortes de prensa.

[63] Glenngärd, Anna et al. *Healthcare Systems in Transition.* Sweden. 2005. "Payment of hospitals".

[64] Bachelot-Narquin, Roselyne. *Ley "Hôpital, patients, santé et territores".* Francia. 2008.

[65] Departamento de Salud del Reino Unido. www.dh.gov.uk/en/index.htm.

[66] Agencia Valenciana de Salud. www.san.gva.es.

[67] Busse, Reinhard; Riesberg, Annette. *Healthcare Systems in Transition.* Germany. 2004. "Payment of hospitals".

[68] Glenngärd, Anna et al. *Healthcare Systems in Transition.* Sweden. 2005. "Payment of hospitals".

Autores

Alejandro Beltrán
McKinsey & Company

Ramón Forn
McKinsey & Company

Luis Garicano
London School of Economics. FEDEA.

María del Mar Martínez
McKinsey & Company

Pablo Vázquez
FEDEA

www.cambioposible.es/sanidad

Copyright © 2009
www.cambioposible.es/sanidad