

# ECONOMISTAS

MADRID

COLEGIO DE

COLEGIO DE ECONOMISTAS DE MADRID

ECONOMÍA DE LA SALUD

Nº 136





**Consejo de Redacción****Director**

Jaime Requeijo

**Consejeros**

Fernando Bécker

José M.<sup>a</sup> de la Cruz

Juan José Durán

José M.<sup>a</sup> Espí

Pascual Fernández

Juan Emilio Iranzo

Fernando Peña

Amelia Pérez Zabaleta

José M.<sup>a</sup> Rotellar**Secretario**José M.<sup>a</sup> Pérez Montero**Redacción y Administración**

Colegio de Economistas de Madrid

Flora, 1 - 28013 Madrid

91 559 46 02

revista.economistas@cemad.es

www.revistaeconomistas.com

**Diseño de Portada**

Fernando Villar

**Impresión**

Raíz Técnicas Gráficas

**Depósito Legal**

M-13.155-1983

ISSN 0212-4386

Colegio de  
Economistas  
de Madrid

El Colegio de Economistas de Madrid no comparte necesariamente las opiniones expresadas en los artículos publicados, los únicos responsables son sus propios autores.

**5 Editorial****En Portada**Coordinadores: *Amelia Pérez Zabaleta y José Luis Perona*

Vicedecana 1ª y Presidente de la Comisión de Economía de la Salud del Colegio de Economistas de Madrid, respectivamente

- 6 Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada  
*Juan Oliva, Salvador Peiró y Jaume Puig-Junoy*

- 16 Sanidad pública vs. sanidad privada  
*José Luis Lancho de León*

- 21 Características y evolución del Sistema Nacional de Salud. Reformas necesarias  
*Juan José Rodríguez Sendín*

- 38 En el futuro, más y mejor atención primaria  
*Juan Gervás*

- 44 Gasto en la asistencia especializada: recortes y posibles reformas  
*Francisco L. Sánchez Prieto*

- 57 La eficiencia del gasto farmacéutico en España  
*Manuel Pérez Mallaina*

- 66 Industria farmacéutica y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud  
*Humberto Arnés Corellano y Pedro Luis Sánchez García*

- 79 La Red Asistencial de Farmacias y el acceso eficiente al medicamento  
*Carmen Peña*

- 86 Tecnología sanitaria, clave en la Economía de la Salud  
*Margarita Alfonsel*

99 Papel del sector privado y aportación a la eficiencia sanitaria  
*Juan Abarca y Fernando Mugarza*

---

109 Crisis económica y medidas sanitarias en la Comunidad de Madrid  
*Javier Fernández-Lasquetty*

---

---

### **Tribuna**

---

116 Las tarjetas, asignatura pendiente contra la economía oculta  
*Gustavo Matías*

---

123 Reforma del mercado laboral en el Reino Unido  
*Quentine Reville*

---

---

### **Crónicas**

---

128 Presentación del número extraordinario de *Economistas*:  
«España 2012. Un balance»

---

---

### **In Memoriam**

---

136 José Luis Sampedro: La economía voló con éxito a la novela  
*José María Casado Raigón*

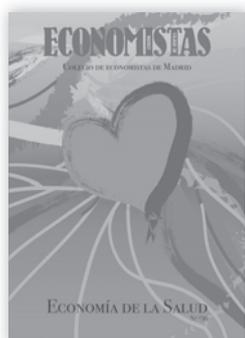
---

---

138 **Libros**

---

---



## ECONOMÍA DE LA SALUD

Ante un tema tan importante y polémico como el de la Sanidad, el Colegio de Economistas de Madrid, a través de su Comisión de Economía de la Salud, ha decidido unirse al esfuerzo de diagnóstico del sistema sanitario, ofreciendo la acreditada plataforma de su revista *Economistas* a un grupo de expertos del propio Colegio, a representantes cualificados de los entes asociativos más importantes de la sanidad pública y privada española, a representantes sectoriales, y a otros responsables de la sanidad, esperando que el esfuerzo del amplio arco profesional consultado arroje luz sobre las abundantes cuestiones en debate y contribuya a una mejor solución de los problemas planteados.

La consideración crítica de la Sanidad española ha observado un notable sesgo en lo que llevamos de siglo, experimentando a lo largo de ese intervalo un progresivo desarrollo de la atención prestada por profesionales, expertos y políticos, que ha redundado en una presencia creciente de los temas sanitarios en publicaciones y medios generales o técnicos.

En la primera parte de ese período fueron más corrientes los análisis parciales que las consideraciones generales del Sistema Nacional de Salud, lo que pudo deberse al negativo recuerdo de la reducida eficacia del Informe Abril, el mayor esfuerzo de análisis realizado en los últimos años. Influyó también el efecto de dos de los mitos que se atribuyeron generalizadamente a nuestra Sanidad, su destacado nivel de calidad, el 6º del mundo según el Informe sobre la salud 2000 de la OMS, y el escaso nivel de su gasto, uno de los más reducidos de Europa, derivado de las estadísticas de la OCDE. El tiempo se encargó de rebatir la certeza de ambas apreciaciones, pero su efecto conjunto probó ser deletéreo para nuestra Sanidad, al convertir un más que obligado debate en innecesario, habida cuenta de la elevada calidad y reducido costo atribuidos al sistema, lo que convertía en superfluas las reformas o mejoras.

La incidencia de la crisis económica ha traído consigo la necesidad de apreciar con mayor realismo y profundidad la situación de nuestra sanidad por parte de los numerosos agentes implicados en su funcionamiento, políticos, profesionales, expertos y estudiosos, abandonando antiguos mantras en búsqueda de diagnósticos cada vez más completos. Así, se ha declarado sin ambages la insostenibilidad actual del sistema, su reducida gobernabilidad, sus bolsas de ineficiencia, la falta de transparencia, de coordinación y de continuidad asistencial, la pobreza estadística, la reducida cohesión y equidad, la necesidad de implicación de los pacientes, de reenfoque en numerosas áreas y de estabilidad en otras, ofreciendo un amplio elenco de medidas y posicionamientos en los ejes de sanidad pública-privada, gestión directa-externa, estatus profesional del personal sanitario, medidas de oferta o de demanda, en los que, lógicamente, no faltan la invocación a intereses particulares o a principios políticos, difuminando la consideración del bien general.

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

**Juan Oliva**

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

**Salvador Peiró**

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

**Jaume Puig-Junoy**

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

## RESUMEN

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

## PALABRAS CLAVE

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

## 1. Introducción

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

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

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

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

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

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

## 2. Planteando la agenda

### 2.1. La reducción del despilfarro

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2. Financiación y utilización basada en resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. Conclusiones

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

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

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

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

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

## BIBLIOGRAFÍA

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

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



**Afi** Escuela  
de Finanzas Aplicadas

## **Programa de formación de Agente Financiero (Certificación DAF)**

Del 6 de noviembre de 2013 al 7 de marzo de 2014

130 horas on-line

## **Programa de formación de Asesor Financiero Nivel II (Certificación EFA)**

Del 5 de noviembre de 2013 al 14 de marzo de 2014

140 horas on-line

140 horas on-line + 26 horas presenciales

## **Programa de formación de Asesor Financiero (Certificación EFA)**

Del 19 de noviembre de 2013 al 6 de junio de 2014

230 horas on-line

230 horas on-line + 33 horas presenciales

## **Programa de formación de Planificación Financiero (Certificación EFP)**

Del 12 de noviembre de 2013 al 31 de mayo de 2014

220 horas on-line

220 horas on-line + 42 horas presenciales



## SANIDAD PÚBLICA VS. SANIDAD PRIVADA

**José Luis Lancho de León**

*Economista del Estado*

### RESUMEN

La crisis económica y financiera española ha puesto en evidencia problemas derivados del escaso control del gasto en el sistema sanitario público (preponderante en España), tanto en lo que se refiere a la cuantificación de su coste como a la evaluación de la calidad. Ante la crisis, en lugar de reducir el coste indirecto de gestión de las distintas Administraciones —de incierta medida— se ha optado por minorar el volumen de los servicios prestados directamente al ciudadano.

Entre las alternativas para hacer frente a la crisis del sistema sanitario público, la colaboración público-privada se presenta como una opción posible. La controversia sobre tal opción se ha politizado en exceso, perdiendo objetividad, no solo por el papel preponderante de la política en la sociedad española, sino además por la escasez de estadísticas sanitarias.

Sería aconsejable una reorientación de la aplicación del sistema concesional.

### PALABRAS CLAVE

Crisis, Control del gasto, Estadística sanitaria, Necesidad-demanda, Provisión, Producción, Financiación, Concesión.

### 1. Marco general

La crisis que viene padeciendo España, económica en su origen, caracterizada por una composición inadecuada del PIB (sobredimensionamiento de los sectores político y de la construcción, ambos interconectados) generó, posteriormente, una crisis financiera (déficit público, quiebra de cajas de ahorro, endeudamiento exterior excesivo).

Ambas crisis han puesto en evidencia problemas tanto económicos (composición y rendimientos del gasto) como financieros (insuficiencia de recursos líquidos), endémicos en nuestra sanidad pública. La insuficiencia presupuestaria y los déficits ocultos (*las facturas en los cajones*, sin contabilizar) han sido habituales en nuestras instituciones, al igual que las demoras —de más de un año— en el pago a proveedores. Desde el punto de vista de la gestión de los recursos, los despilfarros y la falta de control han estado, asimismo, presentes. Respecto de la calidad obtenida, tanto el paciente como el gestor no disponen de información suficiente para elegir la opción más ventajosa desde la perspectiva calidad/coste.

Los sistemas sanitarios modernos, el español entre ellos, se vienen enfrentando al problema de la falta de información suficiente, tanto del coste de los procesos, como de los resultados obtenidos desde el punto de vista de la salud del paciente, circunstancia que dificulta la puesta en marcha de políticas racionales de limitación del gasto sanitario, y hacen difícil la competencia entre prestadores, algo habitual en otras actividades económicas. Los escasos mecanismos de evaluación vienen permitiendo que una parte importante del gasto —a pesar de su cuantía y de la tecnología disponible— no se traduzca en adecuadas mejoras de salud. Esta situación es más grave en el caso español porque nuestras estadísticas sanitarias han sido, tradicionalmente, escasas.

La dificultad para conocer una magnitud tan fundamental desde el punto de vista de la política económica como lo es el gasto sanitario público (tampoco el privado se conoce con la precisión necesaria), da idea de los problemas de gestión de las 17+1 Administraciones (Autonomías y Administración Central) responsables de planificar el destino de los recursos sanitarios.

Prueba de que esta situación se viene arrastrando desde hace años, es el hecho de que se admitiese como *normal* que la fuente habitualmente citada cuando se analizaba el gasto sanitario español fuese la OCDE, no el Ministerio de Sanidad, el de Hacienda o el de Economía (durante decenios la Seguridad Social —hospitales incluidos— careció de un mecanismo de control similar al de la Intervención General del Estado).

Partiendo de esa situación, extraña menos que no se conozcan ni el número de médicos en activo, ni el de facultativos hospitalarios ni, por supuesto, el número de especialistas por especialidad ni su distribución geográfica (1).

Carencias como las señaladas ponen en entredicho cualquier intento de evaluación de la eficiencia de las distintas políticas sanitarias. Esta situación de incertidumbre no afecta solo a los responsables de las políticas de gasto; afecta igualmente al usuario a la hora de elegir el centro en el que será atendido y hace muy difícil la comparación entre hospitales públicos y privados y entre las diferentes comunidades autónomas.

Los años de abundancia enmascararon una realidad que ahora la escasez hace patente. Al pasar de una situación de exuberancia presupuestaria, alimentada por un endeudamiento exterior excesivo de la economía española, a una de insuficiencia, los partidos políticos han juzgado que, en términos de rentabilidad electoral, era preferible reducir el gasto sanitario en lugar de otros más prescindibles desde el punto de vista del *ciudadano de a pie*, como subvenciones a las TV públicas o a organizaciones de carácter político, etc., y ello pese a que el gasto sanitario público, incluido el de la administración sanitaria, supone solo uno de cada siete euros del gasto público total (2).

El gasto sanitario es complejo; sus resultados, que han de ser evaluados en términos de salud, no por su valor según la *disposición al pago* del paciente, son de muy difícil medida. A estas dificultades hay que añadir que, dado el protagonismo del sector público, el mercado difícilmente puede orientar respecto del volumen y composición eficientes de la oferta de servicios. Son las autoridades sanitarias quienes de forma centralizada, y ante la eliminación del sistema de precios de los *outputs*, no del lado de los *inputs*, sustituyen a las empresas y a los consumidores a la hora de determinar la oferta y la evaluación de los

resultados; de ahí el protagonismo de las estadísticas sanitarias. Esta problemática se agrava, lógicamente, cuando la política sanitaria se aplica a un sistema carente de información básica, información de la que sí disponen otros países de nuestro nivel de desarrollo.

Esta falta de controles ya produjo en los ochenta el grave problema de los MESTOS (Médicos Especialistas sin Título Oficial). A comienzos de la citada década, se graduaban en España 10.000 médicos/año mientras que, simultáneamente, el sistema MIR admitía a menos de 1.500 médicos/año; en consecuencia, y en poco tiempo, *decenas de miles* de licenciados en medicina no pudieron obtener el título de médico especialista, pese a lo cual, en forma precaria, acabaron prestando sus servicios en los centros asistenciales públicos. Veinte años después, mediante la convocatoria de *oposiciones restringidas*, se ha venido reconociendo a los MESTOS el título oficial de especialista.

El problema, por las mismas causas, se está de nuevo incubando. Los graduados en las facultades españolas de medicina son en la actualidad 4.500/año (pronto serán más 6.000), a los que hay que añadir los títulos reconocidos a extracomunitarios (hasta otros 6.000 en algún ejercicio).

El Programa MIR, destino natural de estos graduados, *no puede, ni debe*, admitir estas cifras.

En este escenario, además, continúa aumentando —contra toda lógica, salvo la *rentabilidad* política— el número de facultades de medicina (la última, inaugurada en 2012, hace ya el número 40), lo que genera a su vez la proliferación de hospitales *universitarios*.

En este marco no resulta fácil aplicar medidas eficientes de austeridad, es decir, reducir el gasto sin que el volumen de prestaciones rentables desde el punto de vista de la salud del paciente se vea afectado.

Según los datos de un reciente trabajo, patrocinado por la OMC (3), durante los años de exuberancia presupuestaria, y pese a que la crisis era inminente, el gasto sanitario mantuvo su crecimiento en los siguientes términos:

— En el sexenio 2002-2008, la población española creció un 10,5%.

- Los pacientes hospitalarios (Altas+CMA) un 15,3%.
- Los médicos hospitalarios un 27,6%.
- El personal de enfermería un 25,6% y
- El personal administrativo un 27,0%, sorprendentemente en pleno desarrollo de las TI.

Lógicamente, con estos datos de la *economía real*, la economía financiera evolucionó de la forma en que lo hizo: frente a un incremento del PIB español, a lo largo del citado sexenio, del 49%, el gasto hospitalario creció casi el doble: ¡el 82%!

En el período 1996-2008, el IPC creció un 41%, mientras que el coste de personal por paciente hospitalario (Altas+CMA) en los hospitales públicos creció un 77,7%. Los gastos totales por paciente hospitalario en los hospitales públicos, de los que los de personal representan el 65% aproximadamente, crecieron el 93%.

La crisis ha hecho insostenible una situación que venía reclamando ser reformada en profundidad: con crisis o sin crisis.

## 2. La participación del sector privado

En la actual coyuntura de la política sanitaria no debe sorprender que, entre las diferentes alternativas para hacerle frente, se recurra a la colaboración del sector privado, colaboración que goza de larga tradición en nuestro elogiado SNS, como lo demuestran los ejemplos del sector farmacéutico, el de la MUFACE o el de las Mutuas de Accidentes de Trabajo.

En la lógica controversia respecto de los pros y los contras de tal colaboración, es imprescindible distinguir tres funciones, presentes siempre en la prestación sanitaria:

- PROVISIÓN.
- FINANCIACIÓN.
- PRODUCCIÓN.

La primera hace referencia al compromiso del prestador —en el caso español el sector público ocupa una posición protagonista— respecto de qué tipos de bienes y servicios han de garantizarse al paciente, así

como de las circunstancias de tal prestación: es lo que podría llamarse *cartera de servicios*.

Dada la incapacidad del usuario de la prestación sanitaria para elegir las alternativas más eficientes —de ahí el nombre de *paciente*—, la intervención de los poderes públicos en la función de la provisión es ineludible (Akerlof, premio Nobel de Economía en 2001, se ocupó en 1970 de este problema: la información asimétrica. Hipócrates, dos milenios antes, ya era consciente del mismo. Su juramento trata, precisamente, de autolimitar el poder exorbitante del médico frente al paciente, poder derivado de la mejor información del primero respecto del tratamiento de las enfermedades del segundo).

El paciente desconoce, en muchos casos, incluso la *necesidad* de la prestación que, en ocasiones, ha de ser, incluso, impuesta. Pero, aunque sea consciente de la necesidad de la prestación, como consecuencia de su ignorancia, no puede traducir su necesidad en una *demand*a concreta, haciendo inevitable la intervención de un facultativo, quien puede actuar, más en función de sus intereses que en los del paciente. Esta situación no suele darse en la satisfacción de la mayoría de las necesidades que son objeto de demanda por la población en general.

La inevitable intervención pública en función de la provisión exige la planificación de la oferta desde la perspectiva de su distribución geográfica.

No es posible, ni aconsejable, que todos los hospitales dispongan de carteras similares de servicios, y ello no solo por razones económicas, de su coste; desde el punto de vista de la calidad asistencial es necesario garantizar a los servicios hospitalarios un mínimo de actividad, por debajo del cual la calidad se deteriora. A falta de otros criterios, el mejor centro hospitalario para ser atendido, por ejemplo, de un accidente cerebrovascular, es el que viene atendiendo un mayor número de casos.

Pero esa problemática no es la única que exige la participación de los poderes públicos en lo que se refiere a garantizar la *provisión* racional de la prestación. Es fundamental dar respuesta a una segunda cuestión: *¿Quién la financia?*, ¿quién soporta su coste?

Por tratarse de un bien de primera necesidad, cuya carencia puede suponer la muerte del paciente, no parece

razonable privar de su consumo a quien carece de la correspondiente capacidad financiera; de ahí la financiación pública vía impuestos, al menos para aquellos cuya renta no les permite garantizar, ni siquiera, el pago de una prima de seguros con la que hacer frente a las consecuencias económicas de la enfermedad.

En el caso español, el coste de la sanidad está soportado, en su conjunto, en un 70%, con cargo a impuestos y el resto con cargo a la economía privada. Pero esta conclusión parcial podría inducir a error: cuando se trata de procesos graves el protagonismo del sector público es muy superior al que se deduce de tal porcentaje y, con frecuencia, es excluyente: trasplantes, VIH, etcétera.

La financiación pública por razones de equidad está, junto a la defensa del paciente anteriormente aludida, detrás del *protagonismo del sector público* en lo que atañe a la *provisión* y a la *financiación*. Parece sensato que solo exista el compromiso de proveer aquello que se pueda pagar, y viceversa: financiar aquello que *deba* ser provisto.

Un tercer problema a resolver es el de quién produce los bienes y servicios que el sector público se ha comprometido a proveer —y financiar— al ciudadano.

En nuestro sistema político, y por razones en gran parte históricas, la provisión sanitaria, con la excepción de Cataluña, se ha venido ubicando, en una gran parte, en centros públicos y por personal con estatus de funcionario.

El desarrollo económico ha dado lugar a la aparición de empresas privadas con capacidad técnica y financiera suficiente como para hacer frente a los problemas planteados por la asistencia sanitaria de alto nivel, haciendo posible en el sector hospitalario lo que era habitual en el de la producción y distribución de medicamentos (4).

Una mayor participación de la empresa privada en la *producción* de asistencia sanitaria no tiene, en principio, que suponer una renuncia del sector público a sus compromisos en el campo de la *provisión* y de la *financiación*, que habrán de seguir siendo mayoritariamente públicas. La mejora en el binomio coste/eficacia dependerá del marco regulador de la colaboración sector público/sector privado, pero esta fórmula no tiene por qué traducirse necesariamente ni en un encarecimiento de la asistencia ni en una barrera de acceso a una sanidad de calidad.

La colaboración público-privada hace, si cabe, más urgente una mejora profunda de la calidad de las estadísticas sanitarias. La falta de datos ha hecho inevitable una excesiva politización y una escasa objetividad en la necesaria discusión de las diferentes alternativas.

### 3. Marco jurídico

La colaboración público-privada, en lo que se refiere a la financiación y gestión de servicios públicos bajo el marco de la concesión administrativa, tuvo gran desarrollo en España, en los años setenta del pasado siglo, en el campo de la red viaria.

En la actualidad, la regulación de las concesiones está contenida en la Ley de Contratos del Sector Público, de 14 de noviembre de 2011, que, frente a los 123 artículos, tres disposiciones adicionales y seis finales de la ley de 1965 —modificada solo muy parcialmente por la de mayo de 1986, que la adapta al marco jurídico de la UE—, contiene 334 artículos, 31 disposiciones adicionales, algunas oceánicas, ocho transitorias, seis finales y tres anexos; todo ello redactado con una sistemática peculiar y en un lenguaje poco claro, circunstancias que dificultan su comprensión y aplicación.

La ley vigente recoge el contrato de *concesión de obra pública*, extraña figura de difícil aplicación al campo hospitalario.

En el caso del hospital, el peso económico y funcional de la infraestructura es claramente inferior al de los servicios prestados (determinado por el nivel de formación, organización y costes de personal), por lo que —de acuerdo con los principios de la propia ley— la concesión caería de lleno en el ámbito del Contrato de Gestión de Servicios Públicos, no en el de Concesión de Obra Pública.

La diferencia no es baladí. El contrato de concesión de obra pública otorga a las empresas constructoras un indiscutido protagonismo en el, para ellas novedoso, sector de la *gestión hospitalaria*.

Para entender este fenómeno, hay que tener en cuenta que el capital social supone una parte muy pequeña del importe de la inversión total. El protagonismo de la empresa constructora, como parte del capital de la concesionaria, le asegura el contrato de construcción, sin con-

currencia de competidores y, por tanto, la posibilidad de conseguir importantes beneficios con un escaso desembolso. Un precio elevado de la infraestructura, *caeteris paribus*, implica, además, un mayor plazo concesional y/o un mayor precio de los servicios prestados (5).

La experiencia habida en el campo de las concesiones, demuestra el amplio margen con que se ha contado para prorrogar el plazo concesional, variable fundamental en la determinación del beneficio, más importante en muchos casos que el precio del servicio. Este fenómeno también se ha producido en el campo hospitalario.

La concesión supone una figura contractual en principio válida para regular la participación privada en la gestión de servicios públicos, pero en la práctica puede presentar serios inconvenientes, sobre todo cuando la entidad concedente es una Administración bisoña como la sanitaria, característica que se acentúa en el caso de las Administraciones Autonómicas.

En cualquier caso, supone un grave defecto de identificación el aplicar la colaboración público-privada solo como un instrumento de obtención de financiación, para eludir las restricciones impuestas, con carácter general, a los presupuestos públicos. La colaboración debe estar justificada en las posibles mejoras en la gestión, lo que exigiría a la Administración disponer de unos mecanismos altamente cualificados de medida de la calidad y de los costes, junto con un mecanismo de información al ciudadano. La pregunta final resulta inevitable: ¿Se dispone hoy de tales herramientas?

### NOTAS

(1) El número de médicos en activo lo proporciona en España la EPA (Encuesta de Población Activa). Dadas sus características, el grado de precisión de la variable citada es, lógicamente, muy escaso (200.000 médicos en una población activa 100 veces mayor). Por lo que se refiere al número de médicos hospitalarios, las estadísticas del Ministerio de Sanidad no permiten conocer en qué medida los médicos hospitalarios de los hospitales públicos trabajan en los centros privados (en este sector el 62% de los médicos son *colaboradores*). Esta anomalía impide conocer con el debido rigor el coste de personal de los hospitales privados. Por lo que se refiere al número de facultativos por especialidad, y a pesar de haberse reclamado con insistencia, las autoridades sanitarias, central y autonómica, no lo han venido considerando relevante, y ello pese a que anualmente fijan el número de plazas MIR, especialidad por especialidad.

Hay que destacar que la Comisión Nacional de Especialidades tampoco dispone de esta información. La información disponible sobre *el gasto farmacéutico hospitalario* es muy deficiente, pese a la importancia sanitaria y económica de esta variable y a que el vigente (?) Plan de Contabilidad Hospitalaria permitiría, desde 1984, una muy útil explotación de la misma, desde una doble perspectiva: *calidad y coste*. El gasto farmacéutico español suele referirse al gasto en recetas, sin incluir el hospitalario, cada día más importante, tanto funcional como económicamente.

- (2) Sería conveniente reducir el coste administrativo del gasto sanitario, que debe ser exagerado, a juzgar por los datos aquí incluidos respecto del crecimiento del personal administrativo en la red hospitalaria española. El nivel de autogobierno es similar tanto en autonomías de menos de un millón de habitantes como en las que tienen más de cinco; pero, difícilmente lo será el del coste de administración. La consideración de este coste posiblemente aconseje una nueva distribución de las competencias transferidas por la Administración Central en el campo de la política sanitaria.
- (3) «Estudio de Demografía Médica 2011», *Apuntes para la Eficiencia del Sistema Sanitario*, OMC, Madrid, 2012. CMA Cirugía Mayor Ambulatoria, pacientes atendidos en hospitales sin ser hospitalizados.
- (4) En el alumbrado público, el tipo de farolas, la hora de encendido, la intensidad lumínica, etc., en definitiva, la *provisión*, es competencia del sector público (Ayuntamiento). La *financiación* forzosamente ha de ser pública, a través de impuestos; no puede cobrarse un precio en función de su disfrute concreto se trata, a diferencia de la asistencia sanitaria, de un *bien público*. La *producción* está, en cambio, encomendada al sector privado, salvo en los países de economía socialista. Las comunidades de vecinos se enfrentan a problemas similares, aunque de una dimensión y trascendencia social muy inferiores; ello, no obstante, exige hacer frente a los problemas de las tres funciones citadas a través, como no podía ser de otra forma, de un inevitable *órgano político de decisión*: la junta de vecinos quien provee, financia y decide *quién* produce.
- (5) La experiencia de las autopistas radiales de peaje de Madrid es un ejemplo de los riesgos derivados de la aplicación de unos mecanismos como los aquí citados.

### BIBLIOGRAFÍA

- Arrow, K. (1963), «Uncertainty and the Welfare of Medical Care», *The American Economic Review*, diciembre.
- Feldstein, M. (2012), «The Failure of the Euro», *Foreign Affairs*, enero/febrero.
- Lancho, J. L. y Perteguer, F. (1991), *Especialistas médicos en España*, OMC.
- Ministerio de Sanidad, *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)*, Madrid, publicación anual.
- Musgrave, R. (1969), *Teoría de la Hacienda Pública*, Edit. Aguilar.
- OMC (2012), *Estudio de Demografía Médica. Apuntes para la Eficiencia del Sistema Sanitario, 2011*, Madrid.

# CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. REFORMAS NECESARIAS

**Juan José Rodríguez Sendín**

*Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*

## RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud actual es el resultado de un complejo proceso histórico. Constituye un mecanismo de integración nacional y de integración de riqueza, así como de cohesión social. Por ello debemos considerarlo como una seña de identidad de España. Las transferencias a las comunidades autónomas y la descentralización han originado ineficiencias. Es preciso acometer reformas estructurales.

En términos relativos, el gasto farmacéutico se ha incrementado desde el año 2000 mientras que la remuneración de los profesionales ha disminuido. Las estadísticas son poco fiables y es preciso su mejora para lograr una planificación adecuada, territorial y espacial. Es necesario un acuerdo político para facilitar la imprescindible y postergada reforma del Sistema Nacional de Salud.

## PALABRAS CLAVE

Sistema Nacional Salud,  
Sistema de Información Sanitaria,  
Gasto farmacéutico, Gasto sanitario,  
Empleo, Planificación.

## 1. Evolución y determinantes del Sistema Nacional de Salud

La democracia llegó a España con la voluntad de que existiera una igualdad de oportunidades en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios. Un objetivo que se consiguió mejorando y extendiendo los centros y servicios públicos, desarrollando la atención primaria e integrando decenas de hospitales privados a las redes de los servicios de salud de las 17 comunidades autónomas. Los *consensos políticos* para la construcción del Sistema Nacional de Salud español (SNS) han sido largos y complicados, pero lo logramos y ahí están los resultados. El actual SNS es el resultado de un complejo proceso histórico, a lo largo del cual se fue produciendo una *migración progresiva* de un modelo vinculado a la Seguridad Social y financiado por cuotas, hacia otro inspirado en los Servicios Nacionales de Salud de orientación poblacional y financiada por impuestos. En relación a la *cobertura* del SNS existe una conciencia mayoritaria de la ciudadanía española sobre el carácter universal del mismo, incluidas las personas sin recursos (1).

El SNS está construido sobre la alianza entre clases sociales y constituye un mecanismo de integración na-

cional y de distribución de riqueza. Así, mientras la diferencia en la renta per cápita entre las distintas CC.AA. oscila entre 100 de Extremadura al 200 del País Vasco (2), la dotación de médicos hospitalarios por 100.000 habitantes en el 2008 era sólo un 9,5% mayor en esta que en la primera (3). Hasta ahora, no ha habido diferencias de clase social. A todos se les ha atendido por igual. Pero si al final esas desigualdades se producen, los que saldrán perdiendo son los más desfavorecidos, los pobres, los más vulnerables y frágiles, los peor informados. El SNS es un elemento indiscutible de cohesión social basado en las señas de identidad de nuestro modelo asistencial, equitativo, universal, de calidad y financiado mediante impuestos, que adquiere una relevancia extraordinaria en el momento que, por derecho propio, se ha convertido en uno de los referentes del mundo occidental (4, 5). Por eso al SNS debemos considerarlo una seña de identidad de España.

El SNS es un sector estratégico de la economía del conocimiento, de innovación científica, de empleo cualificado y es, sin duda, un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos españoles, tal y como está recogido en nuestra Constitución (6). Por él las familias no

tienen que tener previsiones económicas o disponer de ahorros para responder a costes extraordinarios de una enfermedad que no saben cuál, ni cuándo, ni a quién de la familia va a afectar. Esto tendría una importancia menor si no fuera por el hecho de que muy pocas familias podrían afrontar el inmenso coste que supondría un tratamiento contra el cáncer, un trasplante o el mejor tratamiento o respuesta para un enfermo crónico complejo. O en el caso de poderlo hacer, no sería sin sufrir un extraordinario quebranto económico que se llevaría por delante los ahorros de toda una vida.

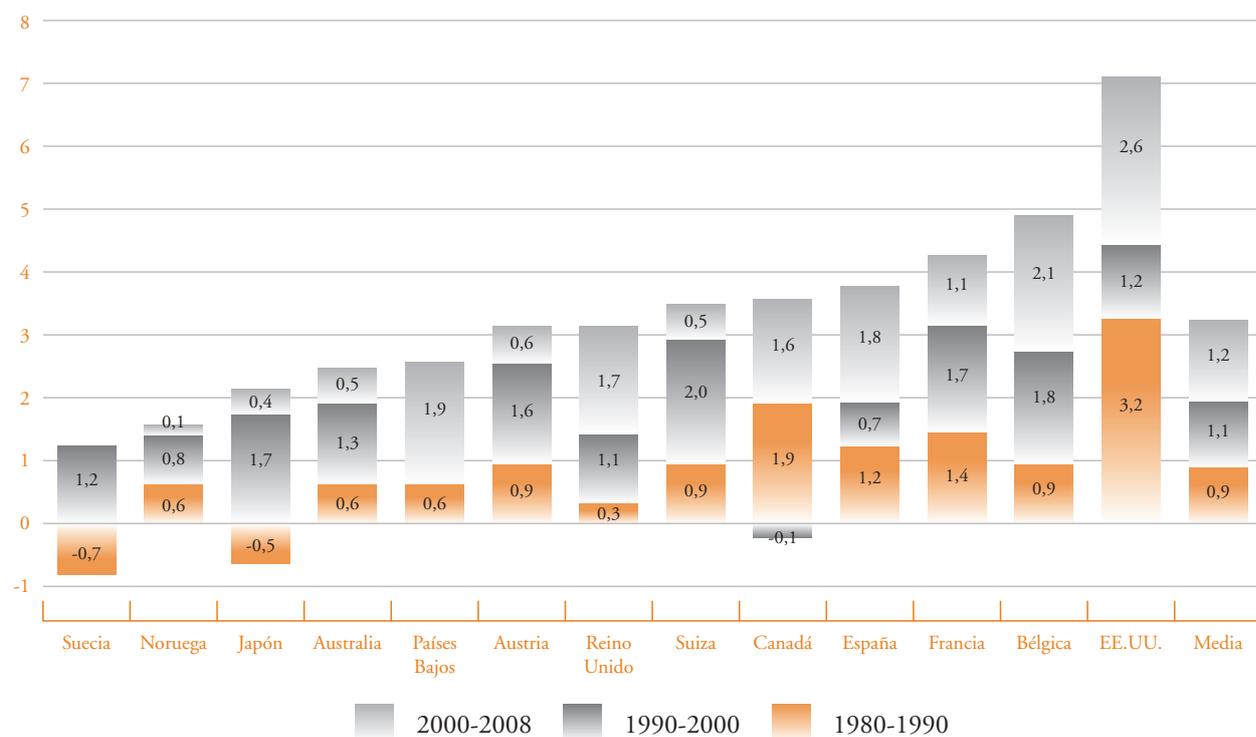
Vivimos un momento de *crisis* importante que cursa con fuertes déficits presupuestarios a nivel estatal, autonómico y local, lo que obliga a un redimensionamiento de los ingresos y de los gastos públicos. El paro, que afecta a seis millones de personas, es un factor de riesgo para la salud de extraordinaria importancia porque crea

profundas desigualdades en el acceso a una alimentación suficiente, vivienda digna, a los servicios... Los determinantes de salud van mucho más allá de una buena atención sanitaria y por eso los mayores determinantes de la salud son las políticas públicas y la economía.

El *erario público* está hoy exhausto y no puede soportar el coste de los nudos estructurales de ineficiencia del sector sanitario. En la década que precedió a la instauración de la crisis en el 2008, el gasto sanitario real per cápita aumentó un 33%. El gasto sanitario público en 1999 (7) fue de 30.493 millones de euros (5,4% PIB) mientras que en el 2008 alcanzó los 66.626 millones (6,5% PIB) con importantes aumentos de retribuciones y mejoras de condiciones laborales sin exigencia de contrapartidas. Del 2000 al 2008 (8) el gasto sanitario total se incrementó en 1,8% del PIB (gráfico 1 y cuadro 1). Mientras, la utilización de tecnología diagnóstica y el consumo real

**Gráfico 1**  
Variación de puntos porcentuales por décadas en el gasto total en sanidad en países seleccionados

En porcentaje del PIB



Fuente: Kaiser Foundation. <http://www.kff.org/insurance/snapshot/OECD042111.cfm>

**Cuadro 1****Estimaciones de gasto sanitario en países desarrollados**

(Consolidación 2009)

Países y áreas	Gasto sanitario total (%) PIB	Gasto sanitario público (%) PIB	Gasto sanitario privado (%) PIB	Gasto sanitario total/ per cápita US \$ (ppp)	Gasto sanitario público/ per cápita US \$ (ppp)	Crecimiento medio interanual gasto sanitario total (real) 2000-2009 (%)	Crecimiento medio interanual gasto sanitario público (real) 2000-2009 (%)
España	9,6	6,8	2,8	3.076	2.265	5,6	5,9
OCDE promedio	9,5	6,8	2,7	3.268	2.378	4,7	4,8
UE-SNS (*) promedio	9,7	7,5	2,2	3.713	2.934	4,2	4,4

(\*) UE-SNS (Servicios Nacionales de Salud). Reino Unido, Italia, Portugal, Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Islandia, Irlanda y España. OCDE Health Data 2012. StatExtracts 2011. Health Expenditure and Financing. Available from: <http://stats.osde.org/index.aspx>.

Fuente: Elaboración propia.

de medicamentos se disparaban sin justificación. Una parte de ese gasto ha sido escasamente productivo, fruto de duplicaciones y desaprovechamiento de economías de escala, de alcance y, sobre todo, de red.

El gasto sanitario total de España en las últimas décadas nos ha aproximado comparativamente a la media tanto de los países de la OCDE como a los de la UE con sistemas nacionales de salud.

Por otra parte, la multiplicación de *prototipos de los sistemas de información* sanitaria (SIS) y concretamente de historias clínicas informatizadas en las diversas CC.AA. es un caso paradigmático de ineficacia y de ineficiencia aún por aclarar. Por si fuera poco, se añade la descoordinación en compras de las CC.AA. o los torneos de *marketing* político por multiplicar equipamientos redundantes para atender ratios poblacionales claramente insuficientes.

## 2. Los recortes en el sistema sanitario público

Los gobiernos sanitarios han sido autocomplacientes en exceso, han negado los problemas derivando todas las tensiones al siguiente a la vez que alimentaban un escenario expansionista y providencial. Esta

situación empeoró en enero del 2002 tras las transferencias sanitarias, como gran determinante del SNS, con la descentralización progresiva de competencias y financiación de salud, educación y servicios sociales a las comunidades autónomas (CC.AA.) a la vez que se terminaba con la financiación finalista de la sanidad. La obsesión de las 17 CC.AA. por evitar diferencias y agravios comparativos desencadenó conductas oportunistas e inflacionarias.

Por un lado, se ocultó la realidad negando o maquillando la información sanitaria mediante 17 sistemas de información diferenciados y no interoperables y, por otro, mediante una competición de *marketing* político se creaban infraestructuras y se adquirían avances tecnológicos, cuando no ofertas de servicios no acordes a las necesidades sanitarias de sus poblaciones y territorios, mediante una gestión temeraria, para la cual no era necesaria ni planificación ni justificación ni resultados, pues el rescate del Estado llegaría antes o después. La deuda acumulada tras el primer rescate financiero, y generada desde el 2005, ya no pudo ser rescatada por segunda vez en el 2009 por el desplome de los ingresos tributarios del Estado, y hoy es la que asfixia a las haciendas autonómicas, a los servicios regionales y a los proveedores.

El SNS ha ido acumulando una serie de debilidades institucionales, evitando la necesidad de acometer reformas estructurales que estaban razonablemente identificadas desde hace tiempo. La crisis del 2008 añadió un riesgo especialmente grave para la sostenibilidad del SNS: su insuficiencia financiera. Ante la cual la opción planteada por el Gobierno y expresada en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (9), aunque aportó mejoras, ni en la forma fue la adecuada ni en el fondo constituye solución a las necesidades mencionadas. Los recortes lineales bloquean los cambios e imponen reducciones que no solo afectan a lo prescindible si lo hubiera, sino que también a lo imprescindible para mantener la calidad de los servicios sanitarios. Pero también aumentan la desconfianza y el desapego de los profesionales sanitarios.

Después de años de un continuado crecimiento por encima del PIB, el gasto sanitario empieza a bajar pero a una velocidad excesiva sin tiempo para la reflexión, para el análisis y para la aplicación inteligente del mismo, ni tampoco tiempo para la adaptación. Las medidas y recortes pueden ser necesarios pero deben ser inteligentemente aplicados, no pueden ser indiscriminados e ilimitados. Y en especial se deben cuidar las formas de aplicarlos porque pueden constituir un *caballo de Troya* y minar desde dentro al SNS, cuando no solo deja de cumplir sus compromisos con los ciudadanos, invitándolos a la búsqueda de soluciones alternativas en los seguros privados, sino que tampoco compensa y mucho menos discrimina en función de trabajo y resultados a los profesionales, despidiendo a las promociones más jóvenes altamente cualificadas, haciendo claramente insuficientes sus retribuciones cuando no rompiendo las condiciones del contrato público con los mismos, lo que igual que a los ciudadanos invita a buscar alternativas.

En estos momentos en los que se siguen decidiendo políticas y recortes con el argumento de garantizar la sostenibilidad del SNS cuando lo que está pendiente de alcanzar es su suficiencia económica, es más necesario que nunca dejar a las generaciones futuras el derecho universal a la salud que contempla nuestra Constitu-

ción y hacerlo desde el máximo consenso. De ahí nuestra exigencia de la necesidad de un Pacto de Estado del que hablaré más adelante

Antes de la crisis, solo uno de cada seis euros gastados por el sector público en su conjunto, se destinaba a sanidad, pese a lo cual, la sanidad estaba, lógicamente, en la diana de las políticas de ajuste y ello, precisamente, por financiar servicios de primera necesidad y de consumo masivo. Ante la necesidad ineludible de reducir el déficit público y su efecto inevitable, la deuda pública, la llamada clase política ha hecho una elección lógica: si del conjunto del gasto público la sanidad se hubiese considerado intocable, habría que haber reducido de *los otros* gastos. Pedir más impuestos para financiar la sanidad y la educación es políticamente más vendible que pedirlos para financiar importantes volúmenes de gasto que la interpretación de los gobiernos de 17 CC.AA. imponen, precisamente, por ser estos prescindibles para los *ciudadanos de a pie*. No van a pedir aumentar impuestos para subvencionar TV públicas, delegaciones de gobierno y otros gastos de representación. ¿Será esta la razón de las resistencias a que los presupuestos sanitarios sean finalistas?

El SNS goza de una clara estima y prioridad ciudadana; pero cuando se ha reformado la Constitución Española no es para elevar la protección de la salud a mayor rango, sino para sacralizar la llamada estabilidad presupuestaria... y así resulta que el pago de los créditos para satisfacer los intereses y el capital de la deuda pública gozará de *prioridad absoluta*. ¡Prioridad absoluta!... y luego alguien puede preguntarse del porqué del desapego del ciudadano ante la acción política.

### 3. Evolución del gasto farmacéutico

En el promedio del período 1999-2005 el gasto farmacéutico en recetas representó el 23% y el gasto en farmacia hospitalaria el 5,2% del gasto sanitario público (10). Lo que significa que la parte destinada a medicamentos dentro del gasto sanitario público alcanzó el 28,2% en el promedio de dicho período. Durante 1999-2005 el gasto en farmacia hospitalaria aumentó el doble que el gasto en farmacia por receta (15,8% vs. 8,7%) (10).

**Cuadro 2****Gasto farmacéutico en España (SNS)**

España (SNS)	Gasto farmacéutico recetas (M€)	Gasto farmacéutico hospitales (M€)	Gasto farmacéutico total (% PIB)	Gasto farmacéutico total/presupuestos total SNS (%)
2009	12.506	4.881**	1,65 (1,19-0,46)*	29,5 (21,2-8,3)*
2010	12.207	5.800**	1,65 (1,12-0,53)*	30 (20+10)*
2011	11.136	6.500**	1,53 (0,97-0,56)*	30 (19+11)*

(\*) Hospitales más recetas.

(\*\*) Valor estimativo.

Fuente: ECO salud OCDE. 2011. EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) 2011.

El gasto en farmacia hospitalaria como parte del gasto farmacéutico público pasó del 15,8% en 1999 al 21,5% en 2005 (10). Porcentaje que ha seguido aumentando posteriormente según información de la patronal europea de la industria farmacéutica (EFPIA) referidos al gasto farmacéutico total (público y privado) sitúan la facturación de la farmacia hospitalaria en España en 2008 en un 25% de la factura total en medicamentos. Farmaindustria sitúa este porcentaje en el 26,4% en 2009 (11).

El importante volumen de ventas de medicamentos coloca a España en el 2008 como el séptimo mercado farmacéutico mundial (12) y el quinto mercado europeo, lo que representó el 9,2% del total de ventas de medicamentos en Europa (13). Sin embargo, el empleo generado por la industria farmacéutica en España representó el 6,4% del generado en Europa y la inversión en I+D de la industria farmacéutica en España supuso el 3,4% de la inversión en I+D que dicha industria hizo en Europa en 2008 (12).

El gasto farmacéutico público per cápita español en unidades monetarias comparables (\$PPA) se sitúa en el promedio europeo o por debajo del mismo entre 1980 y 1990. A partir de 1990, el gasto farmacéutico público español inicia una etapa de claro y progresivo incremento respecto de la media europea que le lleva a superarla en un 40% en 2007. El gasto farmacéutico público como parte del gasto sanitario público y como parte del PIB ha sido siempre superior al promedio

europeo, incluso entre 1980 y 1990 cuando el gasto farmacéutico público per cápita se encontraba en la media europea o por debajo de ella (14). Sin embargo en el período 2010-2012 el gasto farmacéutico público total ha pasado de 16.588 millones de euros en el 2009 a 14.260 en el 2012 (15).

En la actualidad el gasto farmacéutico por recetas sigue una trayectoria opuesta al gasto hospitalario en medicamentos (cuadro 2). Mientras que el primero en el período 2009-2011 ha pasado en millones de euros de 12.506 a 11.306, el segundo de 4.881 a 6.500. El gasto farmacéutico total en el 2009 supuso el 1,65% y el 1,53% del PIB en el 2011, respectivamente, disminuyendo durante ese período un 7,8% (cuadro 2).

#### 4. Retribuciones de los profesionales

El caso de las retribuciones de los profesionales sanitarios en España es especial. A pesar del incremento extraordinario de plantillas y de las subidas salariales de la primera década de este siglo, durante los últimos 25 años se generó una deflación interna crónica de la masa salarial en el SNS, pasando el capítulo I del 57% del gasto sanitario total en 1985 al 45% en el 2010 (la estimación para el 2013 sería del 42%), mientras que otros capítulos aumentaron notablemente su peso en el gasto sanitario, que en términos reales aumentó durante ese período de manera significativa. Ese decaje salarial dentro de la UE-15 ha sido especialmente marcado en España (gráfico 2).

**Gráfico 2****Gasto sanitario público. Remuneración personal (cap. 1). (Total consolidado)**

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

Merece señalar como relevante y preocupante el comportamiento del gasto en atención primaria, que lejos de aumentar para cumplir en la práctica con la importancia y el papel que en teoría se le asignaba, ha ido disminuyendo año tras año (gráfico 3), mientras que el gasto hospitalario mantenía su tendencia al alza (gráfico 4).

En la evolución del gasto sanitario durante las tres últimas décadas el porcentaje del gasto en personal (capítulo I) ha seguido una tendencia contraria al gasto farmacéutico: mientras el primero porcentualmente descendía, el segundo aumentaba. En la liquidación presupuestaria 1985, el capítulo I alcanzó el 57% del gasto sanitario total en el SNS mientras que el capítulo IV constituyó el 16% del mismo (gráfico 5).

En el 2008 (16) las retribuciones agregadas en el capítulo I constituyeron el 43% del gasto sanitario mientras que el capítulo IV alcanzó la cifra del 21% en recetas, aproximándose al 30% si se agrega gasto hospitalario en medicamentos. En el año 2008 el *gasto farmacéutico en España por receta alcanzaba el*

1,3% del PIB, mientras que la media en los países europeos (EU-15) era del 1% PIB (16). El diferencial de tres décimas suponía que España se desviaba 3.000 millones de euros más en gasto por recetas (capítulo IV) en relación a la media europea (EU-15). Si se añade el exceso de gasto en farmacia hospitalaria, cuyas cuentas son más difíciles de conocer, España se colocaba en el 2008 en los puestos de cabeza de la OCDE como país con mayor nivel de descontrol del gasto farmacéutico.

## 5. Empleo sanitario y empleo público

El papel anticíclico que ha jugado el empleo público en sanidad ha desaparecido en 2012, registrándose tasas de recortes de plantilla crecientes, preferentemente en contratos temporales (interinos y eventuales), mínima tasa de reposición y jubilación sin prórrogas, con una pérdida de empleo real estimada de 40.700 personas, más del 90% en CC.AA. (EPA del INE 2012) (cuadro 3).

**Gráfico 3****Gasto sanitario público. Servicios primarios de salud. (Total consolidado)**

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

**Gráfico 4****Gasto sanitario público. Servicios hospitalarios y especializados. (Total consolidado)**

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

**Gráfico 5**

**Gasto sanitario público. Farmacia recetas (cap. 4). (Total consolidado)**

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

En el sector sanitario, ha sido la devaluación interna salarial lo que ha marcado más significativamente el ajuste presupuestario, si bien, como ya se ha señalado anteriormente, la reducción del empleo temporal también está siendo reseñable. La remuneración de asalariados en el conjunto de las Administraciones Públicas estimada en el período 2010-2012 (tres anualidades) (17) ha experimentado una pérdida de poder adquisitivo del 17,8% (*valoración propia*).

**Cuadro 3**

**Variación del empleo en la rama sanitaria en 2012**

	Sanidad
Administración Central	-1.600
Administración Autonómica	-37.000
Administración Local	-300

Fuente: EPA del INE-2012.

Sin embargo, el caso del sector sanitario tiene características diferentes, fluctuando de una CC.AA. a otra al depender de guardias, actividad extraordinaria, carrera profesional, productividad variable y otros factores, pudiendo estimarse que la pérdida del poder adquisitivo medio de los profesionales sanitarios, especialmente de los médicos, podría superar el 30%. Por tanto, seguir deflactando la masa salarial en el sector sanitario es claramente injusto y difícilmente soportable, máxime cuando otros agentes que obtienen sus rentas del sector público no guardan proporcionalidad en el ajuste con los empleados públicos. No parece socialmente razonable que los profesionales sanitarios deban seguir pagando más la crisis en caso de necesidad.

Las medidas de ajuste previstas para las Administraciones territoriales para las funciones de sanidad y educación, recogidas en los PGE para los años 2013-2014, en términos de importe anual acumulado, son de 6.267 millones de euros y 9.267 millones de euros, respectivamente, de los que estimativamente 12.000 millones de euros corresponderían a los servicios sani-

tarios públicos (1,1% del PIB); con esta previsión, el gasto sanitario público del conjunto de las Administraciones territoriales se vería reducido a finales de 2014 al 5,2% del PIB. Este dato macroeconómico coincide con el programa reformista del Gobierno de España, plasmado en el documento Plan Presupuestario 2013-2014 remitido al Eurogrupo el pasado junio de 2012, y es también concordante con el Programa de Estabilidad 2012-2015 relativo al escenario de consolidación fiscal en este período señalado.

## 6 Información y planificación sanitaria

Para poder gobernar el inmenso mundo sociosanitario es una necesidad de primer orden, típico de cualquier sistema de planificación, disponer de estadísticas de calidad, como mecanismo alternativo al sistema de precios. Pero, además, en sanidad adquiere una relevancia especial entre otras cosas por dos motivos especiales: la ignorancia del consumidor (por eso se denomina paciente), lo que supone que sea el prestador quien habitualmente decide o influye concluyentemente sobre la decisión del paciente, y la dificultad de medir los resultados en términos de salud de las diferentes alternativas disponibles, lo que añade incertidumbre a la hora de asignar los recursos. Dada la repercusión del médico en el binomio calidad/coste de la prestación sanitaria, disponer de datos estadísticos de este colectivo y que los tenga disponibles el profesional para poder comprobar y constatar su comportamiento global y evolución es de especial importancia.

Es claro que la preocupación por la salud en las sociedades modernas ha propiciado un desarrollo tecnológico de muy alto nivel, que provoca a su vez un aumento del capital humano y al revés. Esta característica ha provocado un alargamiento del período de formación de los médicos hasta los diez años y un incremento del número oficial de especialidades (cuarenta y nueve), que, entre ellas, en unos casos son complementarias entre sí y en otras insustituibles. Son realidades que no tienen parangón en ninguna otra profesión. Ambas circunstancias encarecen el capítulo I y exigen una planificación afinada y alta disponibilidad de estadísticas. Por si fuera poco es precisa la *planificación territorial y espacial* de los recursos, porque tanto la escasez como el exceso

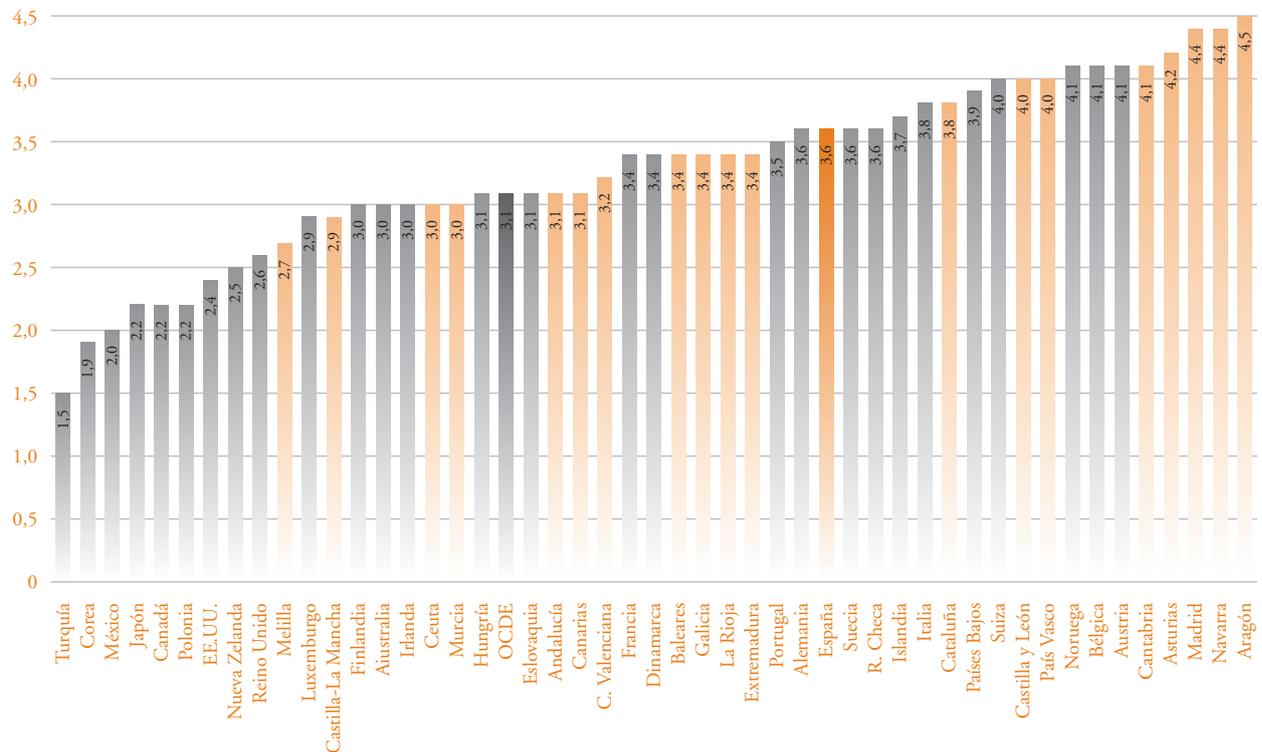
de médicos en una determinada área geográfica, o de una determinada especialidad, tienen efectos negativos sobre el coste y sobre la calidad de las prestaciones (el exceso de una especialidad o de efectivos en un área no resuelve el déficit de los mismos en otras).

Hasta ahora, y por extraño que parezca, se han adoptado decisiones prescindiendo de datos tan elementales como el número de médicos, por supuesto de los de cada especialidad o, incluso, del total de médicos hospitalarios. Se desconoce el número de médicos de España, por cuanto que el INE recoge del registro de los colegios médicos pero, dado que en algunas CC.AA. la colegiación no es obligatoria, hay médicos que, a pesar de trabajar como tales, no figuran en la estadística del INE. Es preciso recordar que, a pesar de no disponer de información tan elemental, hace solo 5-6 años, el Ministerio de Sanidad y las CC.AA. insistían e intentaban probar la carencia de médicos en España para justificar la contratación de médicos fuera de nuestras fronteras así como la apertura de numerosas facultades de medicina, lo que nos ha colocado en los primeros lugares del mundo en número de facultades de medicina por millón de habitantes y con ellas el aumento del número de plazas de estudiantes de medicina. Mientras que la Organización Médica Colegial (14) y las organizaciones medicas reunidas en el Foro de la Profesión Médica (18) decían lo contrario, denunciaban las consecuencias que no se han hecho esperar (19) e insistían en que el déficit era de distribución y planificación integral de recursos humanos (20).

Las Administraciones sanitarias carecen igualmente de un dato tan fundamental como el de médicos en activo, ejercientes en la pública, la privada y parados. La información que proporciona el INE la obtiene de la Encuesta de Población Activa (EPA), pero esta no sirve —y así lo reitera el INE— para conocer el número de médicos ejercientes o el de parados. Así, no resulta extraño que, en alguna provincia, el número de médicos ocupados, según la EPA, sea inferior al de los que trabajan en el sistema público. Tampoco se sabe el número de especialistas de nuestra red hospitalaria. Ello es así, entre otras razones, porque en los hospitales privados, algo más del 60% de los médicos son *colaboradores* (3), es decir, no integrados en la plantilla del hospital, percibiendo sus honorarios al margen de este,

**Gráfico 6**  
**Médicos asistenciales (*practising physicians*)**

Por 1.000 habitantes



Fuente: OCDE, 2008.

lo que supone, además, desconocer el coste total de estos centros. ¿Cuántos médicos *colaboradores* de la red privada forman parte de la plantilla de los hospitales públicos? ¿Qué jornada desarrollan en unos y otros? Desconociendo datos tan elementales, ¿tiene sentido pronunciarse sobre la productividad o sobre la eficiencia? ¿Tiene sentido comparar costes entre modelos de cobertura pública cuando todos parasitan o se benefician de los servicios marginales que ofrece al 100% de la población la red sanitaria pública?

Se seguía afirmando que España sufría déficit de médicos a pesar de que en 2008, dentro de los 31 países incluidos en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la posición española en número de médicos asistenciales por 1.000 habitantes reflejada en el gráfico 6 (en el que además de los países integrantes de la organización se han incluido las CC.AA. españolas) alcanza 3,6 médicos por 1.000

habitantes, y supera el valor medio de los países de la OCDE (4, 2). Tal valor medio es superado por todas las CC.AA. salvo Castilla-La Mancha, Murcia, Ceuta y Melilla. Otras cinco CC.AA. (Aragón, Navarra, Madrid, Asturias y Cantabria) lideran el *ranking*, superando a todo el resto de países de la OCDE (3).

El sistema sanitario español se comporta como un *sistema fragmentado*. Las variables analizadas evidencian heterogeneidades acusadas y el grado de la dispersión espacial de un elevado número de parámetros y ratios operacionales resulta llamativo. Tal heterogeneidad se traslada, asimismo, a los costes unitarios y totales y a los volúmenes de gastos hospitalarios (2).

Semejante páramo estadístico ha generado y genera muchos perjuicios graves a la sanidad española, entre los que cabe destacar el problema de los MESTOS (Médicos Especialistas sin Titulación Oficial) para los

que precisamos una solución urgente, o que en las facultades estén fabricando médicos que no podremos emplear nunca en España.

## 7. Motivación profesional y calidad asistencial

*Los recortes no afectarán a la calidad asistencial*, repiten los políticos, los gerentes, lo dicen los medios de comunicación, lo escriben los periódicos y lo proclaman telediaros y tertulias y sobre todo lo escuchan los ciudadanos, confiando, con una mezcla de ingenuidad y esperanza, que sea verdad. Los recortes indiscriminados afectan a la calidad asistencial y al desempeño de los profesionales sanitarios y por ello, entre otras cosas, también el déficit fiscal reiterado acaba siendo déficit social. En los balances sanitarios solo parecen contar en el corto plazo gastos e ingresos. Y aunque puede entenderse, es claramente insuficiente porque no se cuenta con la pérdida de confianza ni con la retroalimentación que cualquier acción produce, especialmente sobre la motivación de los profesionales y sus consecuencias.

Después de años comerciando con la motivación de los profesionales (dicen *gestionando*) con prácticas y objetivos éticamente dudosos y de utilidad controvertida (por ejemplo, la falta de incentivos por intensidad de trabajo y buenos resultados de la jornada ordinaria conviviendo con las denominadas peonadas en jornada extraordinaria), ahora necesariamente tenemos que aludir a la *responsabilidad profesional* y al *compromiso con los pacientes*, es decir al profesionalismo, como motores para mantener la calidad de la asistencia sanitaria... y por otro lado fluyen las propuestas privatizadoras para introducir las reglas del mercado en los servicios públicos. Se antoja complicado que los profesionales que han visto recortado su salario en cuatro ocasiones en los últimos dos años y un buen porcentaje está sin estabilidad laboral, vayan a conseguir que la motivación intrínseca, la vocación de servicio, realice el contrapeso necesario para hacer realidad eso de que *los recortes no afectarán a la calidad asistencial*.

Las políticas de ajuste basadas solamente en los recortes, pese a ofrecer cierto alivio inmediato a las haciendas públicas, son una pobre solución a medio-largo plazo. Porque no actúan sobre los factores subyacentes en el crecimiento del gasto (los salarios, como los pre-

cios de los medicamentos, no eran especialmente altos en España). Penalizan a los centros y a los profesionales más eficientes. Generan malestar en los sanitarios y, especialmente, cuando se hacen como se están haciendo, deterioran la posible colaboración con los clínicos, incrementando la entropía del sistema. El camino elegido para reducir el gasto con recortes indiscriminados generará costes en términos de salud de la población afectada, y más pronto que tarde se traducirá, además, en un mayor coste de la asistencia sobre todo de aquella prescindible generada por listas de espera, con aumento del número y tiempo de incapacidad temporal, más medicamentos, más pruebas innecesarias y nuevos circuitos asistenciales. En suma, y dado que los costes sanitarios están directamente relacionados con las decisiones clínicas, el cumplimiento de los objetivos ineludibles de contención del gasto, para reducir al máximo sus efectos negativos, aconseja la colaboración plena y leal de la profesión en su conjunto y del médico en particular. En consecuencia, para un mejor control del gasto y que este sea operativo *es imprescindible que sea selectivo*, objetivo bien difícil con las políticas y condiciones actuales.

## 8. Las denominadas innovaciones en la gestión sanitaria pública

Hay amplio consenso en que el papel del sector privado en la prestación de servicios debe ser complementario, pero además el ánimo de lucro y las reglas del mercado no son fáciles de armonizar con los valores y misiones del servicio público de salud que llevamos incorporados a la cultura sanitaria española (21). Nos preocupa tanto la privatización inducida que lleva a muchos ciudadanos a gastos sanitarios ante el deterioro del servicio público, como la senda de externalización sistemática de la prestación o provisión de servicios. Conviene recordar que sin los sólidos cimientos de atención sanitaria pública, que hoy son la atención primaria, el hospital general y las unidades de alta especialización, es imposible construir en España un sistema de excelencia. Abandonar estos cimientos a su suerte, o negarles instrumentos de buen gobierno y gestión, es una apuesta muy arriesgada para los intereses ciudadanos en el período de crisis en el que nos encontramos.

La colaboración público-privada en España mantiene un equilibrio aceptable. En todo ha de haber un equilibrio y las experiencias habrá que evaluarlas; ciertamente ha habido en las políticas de inversión ensayadas tanto improvisación como desmesura. Todo es mejorable, pero no debemos aceptar una sanidad dual, un sistema sanitario para pobres, que derivaría rápidamente en un pobre sistema sanitario, y otro para ricos.

Las innovaciones en gestión se han realizado en centros o servicios de nueva creación, creando un doble sistema, por un lado con centros sanitarios grandes y medianos del modelo administrativo anterior, y otros de tamaño pequeño con modelos que pudiéramos equiparar con empresas o entes públicos. En 1999 aumentan las diferencias entre ambos modelos, con la concesión de la asistencia sanitaria pública a empresas privadas con diferentes variantes de la *colaboración público-privada*. Lo cierto es que la gestión privada para unos y la externalización para otros de los servicios sanitarios públicos ha sido un eje permanente de controversia política, sindical, profesional y social que ha condicionado las posibilidades de concretar un acuerdo amplio de reformas institucionales en el sector sanitario (22, 23).

### 9. De los cambios y reformas necesarias

Tras la publicación en abril del Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, ya mencionado, norma legal que posteriormente se desarrolló con las numerosas correcciones de errores que denotan tanto lo inapropiado como el rigor del mismo (24), se reguló la condición de asegurado y beneficiario del SNS, estableciendo además las condiciones de asistencia a los inmigrantes en situación irregular. Ello alteraba la naturaleza del ejercicio médico y de los valores de la profesión médica y muy especialmente el principio de *el médico velará por la atención a cualquier ciudadano independientemente del reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario, de si es extranjero o no, registrado o autorizado como residente en España*.

Es preciso reclamar respeto a las actuaciones básicas de los profesionales sanitarios en el cumplimiento de los deberes deontológicos a la atención urgente, estado de

necesidad o requerimientos de continuidad asistencial, porque de lo contrario no se respetaría la naturaleza de los principios y valores de la profesión médica ni los objetivos y fines del SNS, por cierto derechos y obligaciones que establece la Constitución Española.

La interdicción de la arbitrariedad obliga a ofrecer transparencia, a dar explicaciones y justificar decisiones tan importantes como recurrir a la financiación privada asociándola a la mejor gestión del SNS, cuando simplemente no hay evidencia de ello. No hay datos. No han existido estudios (25, 26),

### 10. El gran acuerdo político

Es necesario el acuerdo político para facilitar la imprescindible y postergada reforma del SNS, para garantizar su solvencia, evitar su vulnerabilidad ante la crisis económica y que habilite a la sanidad pública como una institución confiable robusta e independiente, capaz de seguir ofreciendo servicios de la máxima calidad y eficiencia. Debe tener por *objetivo general* liberar todas las potencialidades del sistema sanitario y de todos sus profesionales y contribuir a superar las situaciones de bloqueo que desde hace muchos años impiden las reformas necesarias.

*La primera necesidad es la despolitización partidaria* de los sectores sociales esenciales, porque no se puede entender y menos aceptar la permanente utilización de todo lo relacionado con el bienestar de los españoles como escenario de permanente confrontación partidaria cuando, por otro lado, todos proclamamos las excelencias del modelo de SNS y manifestamos un alto grado de acuerdo. Todas las alternativas para la suficiencia y la sostenibilidad deben articularse desde el diálogo político, institucional, profesional y social, y esto aún no ha ocurrido a pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la crisis y desde las insistentes y reiteradas peticiones que desde el mundo profesional sanitario se han realizado en la última década. Existe un clamor social sobre la necesidad de:

- *Establecer un marco legislativo y un ambiente político que permitan afrontar adecuadamente una realidad económica y social muy compleja de consecuencias imprevisibles. Hay que pedir a los partidos políticos*

en el poder que, en la parte de papel complementario que tienen de corresponsabilidad cada uno, respondan a su obligación con la sociedad, decidiendo los cambios necesarios para garantizar la suficiencia, la sostenibilidad, la gobernabilidad, la cohesión y la equidad como fundamentos básicos de legitimación social del SNS y del Estado del bienestar. La naturaleza política de las reformas sanitarias requiere negociaciones inteligentes y productivas en el ámbito político, comprometidas con el interés de España y de los españoles, que son posibles al constatar que hasta las últimas elecciones legislativas no existían entre los partidos grandes diferencias en lo que respecta a los principios que informan la existencia y el funcionamiento de nuestro sistema sanitario y que dentro de un Estado del bienestar desarrollado existe un amplio espacio de negociación y acuerdo sin que signifique necesariamente alterar las bases fundamentales del SNS.

- *Recomponer el consenso sobre el SNS* especialmente en lo que se refiere al concepto de cobertura universal y ciudadanía sanitaria. El SNS debe seguir siendo universal, equitativo, de calidad, con provisión y financiación públicas mediante impuestos, con gestión pública en los centros e instituciones públicas y gestión privada sin ánimo de lucro en las instituciones y centros concertados. Cualquier política que hoy erosione el servicio público de salud nos traerá una sociedad más desigual, menos cohesionada, pero también más injusta, menos eficiente y menos saludable, porque cuesta mucho el ánimo de lucro en sanidad (27). Esta crisis económica no debe llevarse por delante el servicio público que más cohesión social aporta a la sociedad española. Y es preciso evitar que por diversas razones se abran vías para disminuir la inversión pública en el sector salud y transferir responsabilidades sanitarias públicas al sector privado es decir privatizar (28).
- *Definir la cartera de servicios*, revisar las prestaciones, detectar y corregir prácticas y servicios inútiles y hasta perjudiciales para los pacientes, pero también garantías y tiempos máximos según cada una de ellas.
- Garantizar una *financiación sanitaria estable y equilibrada para los distintos servicios de salud de las CC.AA.* sin perjuicio de la necesaria flexibilidad para

responder a circunstancias externas imprevistas. El retroceso de la financiación sanitaria pública al 5,1% del PIB en 2015(29), es un 25% inferior a la de la media OCDE del 6,9 en el 2009 (30). Tal porcentaje es incompatible, en cualquier caso, con una oferta sanitaria de calidad para todos los españoles. Esto supondría volver al presupuesto sanitario de hace ocho o nueve años e ir contra las cifras que destinan otros países de nuestro entorno, que dedican entre un 6,5% a un 8,5%. La reducción del déficit fiscal no puede estar centrada en la reducción de respuestas a las necesidades sanitarias porque puede conducir a que el déficit social sea insostenible.

Si el pueblo español ha decidido que el SNS iguale a los españoles en derechos y oportunidades, la financiación capítativa ajustada es el modelo coherente para lograrlo. Por lo cual es preciso que la financiación sanitaria esté determinada centralmente, con un per cápita para el SNS que se aplique con los ajustes y modulaciones pertinentes para cada CC.AA., que se recalcule periódicamente para conseguir una suficiencia dinámica y aporte una garantía efectiva y finalista de financiación. Con la experiencia de los dos modelos de financiación autonómica de 2002 y 2009, creemos que la equidad en el lado de la financiación y el aseguramiento no queda garantizada con el modelo incondicionado de financiación autonómica actual.

- Promover el *Buen gobierno* del SNS, a través de medidas legales y técnicas que aborden los problemas estructurales, dotándolo de un marco legal claro y actualizado (31, 32). El SNS precisa introducir máxima independencia en la organización y gestión de todas las organizaciones asistenciales así como máxima *transparencia* informativa. Para lo cual es preciso crear *estructuras directivas*, tanto en el Ministerio como en las Consejerías de Salud, estables y muy profesionales que puedan efectivamente identificar los problemas de todo tipo que hoy dificultan el buen funcionamiento del SNS, y plantear desde criterios técnicos debidamente contrastados las soluciones adecuadas, con una clara identificación y asignación de responsabilidades, acompañadas de mecanismos de evaluación y control totalmente transparentes. En el nivel político deben quedar las grandes decisiones que son qué servicios se prestan

con recursos públicos, cuánto volumen de recursos se destinan a asistencia sanitaria; también la garantía del principio de equidad y la capacidad de exigir responsabilidades a los niveles directivos, pero no para sustituirles en sus actuaciones. Las instituciones sanitarias públicas y privadas financiadas públicamente deben ser evaluadas objetivamente por su *eficiencia relativa* en el logro de resultados de calidad.

- *Creación de estructura: Agencial Estatal*, autónoma e independiente, con bajo nivel de politización y alto nivel de transparencia, estructurada en base a redes territoriales, que constituya una plataforma de acción compartida de todo el SNS, con dos tipos de componentes y con objetivos complementarios pero diferenciados. Uno que combine estrategia y técnica, con capacidad para crear instrumentos de gestión de recursos, de conocimiento y de información, especialmente dedicados a identificar desinversiones y aprobar, en su caso, nuevas inversiones/prestaciones. Otro que, aprovechando instituciones profesionales y capacidades existentes, sea responsable de la evaluación permanente de los establecimientos y servicios sanitarios, de sus procesos y resultados, ofreciendo con absoluta transparencia los datos resultantes y pertinentes.

- *Evaluación rigurosa de las nuevas tecnologías* tanto diagnósticas como terapéuticas antes de su financiación por el SNS, así como la utilización posterior de las mismas (33). En España no se existe cultura de evaluación de tecnologías, ni previa ni posterior a su introducción en el SNS. El sector sanitario precisa autocrítica y reflexión madura y profunda sobre lo que hace, porque todo lo que no es necesario es despilfarro, pero además con frecuencia constituye un riesgo para la salud. El *marketing* y los movimientos económicos que lo condicionan deben dejar de primar sobre la ciencia y de condicionar las decisiones profesionales y también políticas.

- *Financiar selectivamente* lo que añade valor (tecnologías, servicios, etc.); para ello se deberá otorgar un papel real, relevante y decisivo a los dictámenes e informes de la Agencia Estatal. Es responder a lo que establecen tanto la Ley de Cohesión y Calidad del SNS como otras normas.

- *Sistema de información transparente capaz de federar los existentes* que permita disponer de la mejor evidencia para tomar decisiones en situación de incertidumbre; sistemas que se retroalimentan con la experiencia diaria de médicos y servicios. En la era digital no hay un registro global de médicos en España, ni es posible que un ciudadano que viaje de una CC.AA. a otra, e incluso dentro de ella, y le surja una necesidad asistencial, urgente o básica, al ser atendido en ámbito público o privado, pueda acceder a su historia clínica o al menos a los datos más relevantes de la misma. El Gobierno de España no dispone de acceso a toda la información sanitaria que necesita, y menos aún a la existente.

- *Políticas de recursos humanos y sistema retributivo*. Existe un notable acuerdo que considera que el modelo administrativo y funcional para la gestión de servicios complejos como los sanitarios no es el más adecuado. Aumenta día a día el consenso sobre la necesidad de promover la transferencia de responsabilidad de la gestión de los recursos a los servicios sanitarios, con rendición de cuentas y reducción de conflictos de interés, mediante un contrato social con los profesionales que incentive la cultura cooperativa y de excelencia.

A pesar del mencionado acuerdo a favor de cambiar el modelo de prestación pública de servicios, la reforma de las formas de gestión de las instituciones sanitarias y el modelo de vinculación del personal no ha contado con planteamientos decididos ni con el amplio apoyo político y profesional que precisaba. Durante más de dos décadas este debate se ha enquistado sin soluciones y salidas eficaces para el mismo, con escasos, incompletos y limitados cambios.

*En la microgestión es y está la clave*. Los modelos de gestión sanitaria en España han provocado ríos de tinta, sin embargo se han producido escasos avances efectivos por falta de una estrategia definida y suficientemente reforzada tanto política como institucionalmente. No se ha propiciado ni ofrecido ni querido ofrecer los acuerdos precisos para facilitar en sentido amplio su desarrollo. La macrogestión, íntimamente ligada al poder político, ha invadido el espacio de la mesogestión, el espacio de las gerencias, direcciones médicas y de enfermería, e incluso realiza

incursiones sobre las jefaturas clínicas, y no ha querido realizar la segunda descentralización, es decir, otorgar autonomía real y responsable a la microgestión, a los servicios y profesionales sanitarios.

## 11. Conclusión final

Se ha hecho lo fácil, genéricos, precios de referencia, recortes en salarios, recortes en contrataciones, parálisis de las inversiones, copagos, salida de medicamentos para síntomas menores, exclusión de cobertura, etc., pero no se abordan cambios estructurales con ganancias estables y sostenibles de eficiencia, equidad y calidad. Me refiero a gestión contractual, gestión del conocimiento, incentivos, cambios en roles profesionales, uso apropiado de tecnologías, salud pública, estrategias de crónicos, desinversión y reinversión en procedimientos efectivos, etc. Porque para ello se necesita buen gobierno y gestión, y muy especialmente de la implicación de los profesionales.

Es necesario recomponer la unidad política para abordar el pacto sanitario, tan necesario como las transformaciones eficaces que precisa nuestro SNS, que además de atender el bien máspreciado es un elemento de cohesión social fundamental de los españoles.

## NOTAS

- (1) Real Decreto 1088/89 y la Ley Orgánica 4/2000.
- (2) Instituto Nacional de Estadística (INE), Contabilidad Regional de España. Base 2008. Producto Interior Bruto regional. Año 2012, <http://www.ine.es/prensa/np774.pdf>
- (3) Demografía médica 2011, Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario. Organización Médica Colegial, mayo 2011, [https://www.cgcom.es/libros/demografia\\_2011/index.html](https://www.cgcom.es/libros/demografia_2011/index.html)
- (4) Spanish have highest healthy life expectancy in Europe. The guardian, <http://www.guardian.co.uk/world/2013/mar/05/spanish-highest-life-expectancy-europe>
- (5) UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60355-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60355-4/abstract)
- (6) Constitución Española, <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
- (7) OCDE, ECO-SALUD OCDE 2002, Análisis Comparativo de 30 países INE, Contabilidad Nacional de España. Base 1995 (PIB pm). INE, Área de Análisis y Previsiones Demográficas (población a 1 de julio, revisada en agosto de 2001).
- (8) Diferentes series de gasto sanitario, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeriesGastoSanitario.pdf>
- (9) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- (10) Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, 2007. Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Financiación y gasto. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/fin-GastoSanit.htm>
- (11) Memoria anual 2009, Farmaindustria, disponible en: [http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma\\_105428.pdf](http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_105428.pdf)
- (12) Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD), Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. Paris, France: OECD, 2008, disponible en: [http://www.oecd.org/document/44/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_41382764\\_1\\_1\\_1\\_37407,00&en-US\\$01DBC.html](http://www.oecd.org/document/44/0,3746,en_2649_37407_41382764_1_1_1_37407,00&en-US$01DBC.html)
- (13) The Pharmaceutical Industry in Figures, 2010 edition, The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, EFPIA, disponible en: <http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=9158>
- (14) Demografía Médica, Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario [https://www.cgcom.es/sites/default/files/demografia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/demografia_medica.pdf)
- (15) Datos 2010-2012 Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (Encuesta de Deuda Hospitalaria).
- (16) OCDE, ECOSANTE: datos consolidados 2007-2008 publicados 2010.
- (17) Inflación acumulada del 7,4% en el período 2010-2012.
- (18) Declaración del Foro de la Profesión Médica: [http://historico.medicosypacientes.com/colegios/2009/04/09\\_04\\_27\\_foro](http://historico.medicosypacientes.com/colegios/2009/04/09_04_27_foro); [http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2009/07/09\\_07\\_03\\_foro](http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2009/07/09_07_03_foro)
- (19) Certificados de idoneidad para salir fuera de España. Consejo General de Colegios Médicos, 2012, <http://www.medicosypacientes.com/articulos/idoneidad2012.html>
- (20) Demografía médica 2011, Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario. Octubre. Consejo General de Colegios Médicos, 2011.
- (21) Propuestas de los médicos y enfermeros para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Consejo General de Médicos. Consejo General de Enfermería. Abril 2013
- (22) <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/12/14/noticias/1355505057.html>
- (23) <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/12/11/noticias/1355243840.html>
- (24) <http://www.boe.es/boe/dias/2012/05/15/pdfs/BOE-A-2012-6364.pdf>

- (25) Alan Maynard. Profesor de Política Sanitaria de la Universidad de York y Director del *York NHS Foundation Trust*.
- (26) <http://www.telegraph.co.uk/health/7407484/The-pros-and-cons-of-PFI-hospitals.html>
- (27) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC419771/>
- (28) <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicion.pdf>
- (29) Programa de Estabilidad del Reino de España 2012-2015 <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/8A9ED6BD-9183-41EA-A8AC-E4DA56487D8E/202009/Actualizacin-ProgramaEstabilidad2.pdf>
- (30) Health at a Glance, OECD, 2011.
- (31) Decálogo para el Buen Gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la gestión, [https://www.cgcom.es/sites/default/files/05\\_03\\_16\\_buen\\_gobierno\\_0.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/05_03_16_buen_gobierno_0.pdf)
- (32) [http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO\\_DEBATE\\_SNS\\_AES.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf)
- (33) Recomendaciones para mejorar la adopción de las innovaciones sanitarias y su utilización en la sanidad española. Organización Médica Colegial. Enero 2011, [https://www.cgcom.es/sites/default/files/Libro\\_Innovaciones\\_Sanitarias.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/Libro_Innovaciones_Sanitarias.pdf)

# La revista **ECONOMISTAS** está disponible en Internet

[www.revistaeconomistas.com](http://www.revistaeconomistas.com)



## Características

- Acceso a todo el histórico de la revista. ¡Desde el número 1!
- Búsqueda de artículos:
  - ✓ Por número de la revista
  - ✓ Por autor
  - ✓ Por texto
- Posibilidad de comentar artículos y contactar con sus autores.

Los colegiados podrán acceder a la versión on-line de la revista solicitando al Colegio la clave de acceso, si aún no la tienen.

Por otra parte, aquellos que en lo sucesivo no deseen recibir la revista en edición papel, deberán comunicarlo al Colegio por e-mail: [cem@cemad.es](mailto:cem@cemad.es), correo postal: Flora, 1. 28013 Madrid, o Fax: 91 559 29 16.

## EN EL FUTURO, MÁS Y MEJOR ATENCIÓN PRIMARIA

Juan Gérvas

Doctor en Medicina, Médico general (\*), Equipo CESCA, Madrid

### RESUMEN

La atención primaria en España se basa en la prestación pública de servicios con profesionales asalariados y funcionarios. Los médicos generales tienen una lista de pacientes y la función de filtro para la atención especializada. Si bien la calidad de la atención es alta se puede promover su mejora, especialmente para aumentar la eficiencia en lo que respecta al aumento de calidad y a la disminución del coste y de los efectos adversos. Para ello se precisa más y mejor atención primaria con cambios en la accesibilidad, polivalencia y longitudinalidad. Es central una reforma procoordinación que dé el control de la atención al médico de cabecera, por su amplio conocimiento del paciente y para facilitar que se respeten sus valores y metas vitales. Cabe también la transformación de los médicos generales funcionarios en profesionales independientes que contraten con el sistema público, como se hace en los países desarrollados.

### PALABRAS CLAVE

Crisis económica, Servicios eficientes, Lista de pacientes, Función de filtro, Equidad, Acceso, Polivalencia, Coordinación, Independencia.

### 1. Introducción

Según el uso de tecnología en el área sanitaria podemos distinguir entre lugares en los que se presta atención con una enorme concentración de medios tecnológicos (atención hospitalaria) y aquellos otros en los que la tecnología está dispersa (atención primaria). Es tecnología sanitaria el conjunto de medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención.

Se suele distinguir entre *big* y *little technology* y en este sentido el hospital concentra la alta tecnología (*big*), que en general requiere grandes instalaciones y aparatos. La pequeña tecnología se comparte en los hospitales con la atención primaria y se refiere a aplicaciones varias, como ordenadores, aparatos para diagnóstico y otros.

En cierta forma los hospitales *obligan* a los pacientes a desplazarse hasta sus instalaciones, en las que se prestan cuidados de gran coste por el uso intensivo de la tecnología. Por el contrario, la atención primaria lleva

los servicios tan cerca del paciente como es posible, incluso a su propio domicilio. Es decir, la atención primaria se dispersa en la población de forma que es sencillo, rápido y práctico el acceso a su tecnología. Además, los profesionales de atención primaria conocen profundamente a sus pacientes, familias y comunidades y saben cómo y cuándo ofrecer lo mejor de la tecnología según necesidad, valores y culturas. Esta adaptación *local* explica que la atención primaria sea muy distinta en lugares distintos, sobre todo comparada con la uniformidad de los servicios hospitalarios que responden a modelos casi universales.

Los servicios prestados en atención primaria son más baratos según el coste unitario, pero la frecuencia de los servicios puede elevar en mucho la factura. Además, los avances científicos y tecnológicos permiten el acceso a nuevas tecnologías en atención primaria pero su uso ineficiente puede conllevar no solo aumento del coste sino daños. Por ejemplo, la autodeterminación de los niveles de glucosa es beneficioso en los pacientes con diabetes dependientes de insulina, pero produce más daños que beneficios en el resto de pacientes diabéticos. Sin olvidar que las tiras reactivas para dicha

determinación llegan a costar más que el tratamiento con medicamentos e incluso más que los ingresos hospitalarios de los pacientes diabéticos. En este mismo sentido, los avances farmacológicos y tecnológicos deben verse con precaución, pues no siempre son ventajosos y a veces añaden gasto y perjudican la salud. Sería responsabilidad de un buen médico de cabecera el modular la respuesta a los problemas de los pacientes de forma que se empleara la tecnología adecuada a su situación y problema.

En este texto se propone el desarrollo de más y mejor atención primaria en España como respuesta a los problemas generados por la crisis económica y en todo caso para prestar servicios eficientes.

## 2. La lista de pacientes y la función de filtro del médico general

Los sistemas sanitarios que cuentan con una atención primaria fuerte producen más salud a un menor coste. Hasta cierto punto, además de la riqueza y de la estructura social de una nación, lo clave en la salud es un conjunto de elementos de política sanitaria: 1) la existencia de un sistema público de cobertura universal con regulación gubernamental; 2) la distribución equitativa de los recursos sanitarios; 3) la oferta de servicios apropiados a las necesidades; y 4) la escasez o ausencia de copagos. Por lo señalado más arriba, todo ello cuadra bien con una atención primaria fuerte que ofrezca tecnología dispersa, muy accesible, servicios variados, conociendo bien al paciente y coordinando la atención prestada por los especialistas, del estilo de la que se encuentra en Canadá (Ontario), Dinamarca, Eslovenia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda y Reino Unido, y hasta cierto punto en España. Estos países comparten la presencia central del médico general en la atención primaria y la existencia de la lista de pacientes. A su vez, la existencia de la lista de pacientes se asocia al monopolio del acceso y al pago por capitación. Es decir, en estos países cada paciente tiene un médico asignado (que puede cambiar en ciertas condiciones) y cada médico general tiene un grupo (cupó) de pacientes del que es responsable. Con ello los médicos de cabecera se distribuyen por toda la geografía, y cada persona tiene un médico de cabecera de referencia.

El monopolio del acceso se refiere al papel de filtro del médico general, de forma que sólo se llega a los especialistas a través de la derivación por el médico de cabecera. Se sobreentiende (y está demostrado) que el médico de cabecera conoce al tiempo las necesidades del paciente y los recursos sanitarios, y que sabe *cuadrar* ambos términos de la ecuación mejor que el propio paciente.

Es decir, por ejemplo, ante un dolor de espalda el médico general sabe mejor que el paciente si se trata de una situación inespecífica que solo requiere atención en primaria o si se trata de un cuadro que puede requerir atención en oncología (sospecha de cáncer, como mieloma), infecciosos (sospecha de infección, como tuberculosis), traumatología (sospecha de fractura, por ejemplo vertebral por aplastamiento), urología (sospecha de un problema ureteral), reumatología (sospecha de espondilitis anquilosante, por ejemplo), neurología (sospecha de espina bífida, por ejemplo), medicina interna (sospecha de dolor referido por masa retroperitoneal), digestivo (sospecha de litiasis en vesícula o de úlcera gastroduodenal), ginecología (sospecha de dolor referido por problema ovárico), etcétera.

Al *resolver la ecuación*, el médico de cabecera distribuye apropiadamente los recursos y servicios pues responde según necesidad a los problemas de los pacientes. Es decir, el médico general bien formado y con recursos apropiados proporciona servicios, directamente o mediante la derivación correspondiente, que aseguran la equidad vertical y horizontal (más servicios a quien más los necesita y los mismos servicios a los que tienen las mismas necesidades).

## 3. Accesibilidad

La función de filtro del médico general requiere que la accesibilidad al mismo sea máxima. Lo precisa el paciente, por ser puerta de paso obligatoria la visita a su médico, y lo precisa el propio médico, para *hacer manos*. Lamentablemente, en España no es infrecuente que se tarde hasta una semana en poder tener consulta con el propio médico de cabecera. En esta situación el médico deja de ser *general*, pues lo que recibe son pacientes crónicos, estables y *obedientes* (para cumplir con las citas) y pierde habilidades para resolver situa-

ciones urgentes a sus pacientes. El paciente pierde la oportunidad de ser atendido por *su médico* en los procesos agudos y en el comienzo de los crónicos. Con ello el médico que decide es *el que toca de turno* o *el de urgencias*, quien atiende a los pacientes que no logran cita con su propio médico y quien no conoce en profundidad al paciente, su familia y su entorno cultural, laboral y social. Es decir, las barreras a la accesibilidad hacen difícil cuadrar los dos términos de la ecuación señalada (necesidades del paciente y recursos para dar respuesta) pues quien decide conoce poco o nada las preferencias y valores del paciente.

La cuestión de la accesibilidad es central y se refiere a ofrecer servicios de forma conveniente, adaptados a los usos y costumbres. Por ejemplo, es absurdo que el sistema público ofrezca tantas y más horas de consulta en horario matutino que vespertino, cuando la población dispone de más tiempo para consultar por las tardes. De hecho, la sanidad privada utiliza la oferta vespertina para competir con la pública.

Además, es absurdo que los propios médicos de cabecera no presten atención fuera del horario laboral pues si se hiciera se facilitarían el uso apropiado de urgencias, por ejemplo. No siempre se precisa la presencia física, bastaría que fuera posible el contacto telefónico y/o electrónico (en Holanda se facilita y se paga por tal al médico general). En algún caso el acceso resolvería problemas graves sociales, como los que conlleva la muerte en casa *a horas inapropiadas*, del tipo de un domingo por la mañana. Sin necesidad (no suele haber dudas en el caso de pacientes crónicos) se suscitan problemas legales que pueden incluso llevar al juez al domicilio y al cadáver al Instituto Anatómico Forense para la autopsia.

Así pues, un elemento clave para lograr más y mejor atención primaria en España es el incremento de la accesibilidad. Naturalmente habría que incentivar tal acceso, pero los beneficios en salud, coste y sociales serían evidentes desde el primer momento. Ello permitiría cambiar el actual énfasis en los encuentros directos (cara a cara) en los despachos médicos, para incrementar los encuentros indirectos con el uso apropiado de la tecnología. Lo prudente es más y mejor acceso y eso implica el incremento del trabajo a domicilio, el aumento de los

encuentros indirectos y la prestación de servicios fuera del horario laboral habitual.

#### 4. Polivalencia

Tras lograr una accesibilidad acorde a la necesidad, la atención primaria debería ofrecer servicios muy variados y en el momento. Más servicios de calidad suponen más salud pues ayudan a superar el abismo que separa la eficacia de la efectividad. Se puede ofrecer lo mejor pues lo permite el desarrollo tecnológico y la formación de los profesionales.

Se trata de que el sistema sanitario *gire* alrededor del paciente, y no al revés. En un ejemplo, que el paciente terminal que decida morir en su domicilio reciba los mejores cuidados de sus profesionales *naturales* (médico de cabecera y enfermera *de toda la vida*) porque estén bien formados y dispongan de los recursos y exista la organización que permita ofrecer todos los servicios en casa, desde el control del dolor a la evacuación de ascitis pasando por la asistencia social y religiosa (si es el caso) y la firma del certificado de defunción incluso si esta sucede *a horas inapropiadas*.

La polivalencia supone ofrecer servicios en atención primaria muy variados, acorde a las necesidades locales, y utilizar la tecnología apropiada. Además de formación, capacitación y recursos se precisa de tiempo. Es habitual la queja de *no hay tiempo* entre los profesionales sanitarios de primaria y hospitalaria, pero tal escasez refleja más bien mala organización. Se trata de implantar una cultura de *dejar de hacer* (burocracia y actividades que se deben delegar, incluso al propio paciente y a su familia) para *hacer* (aquello necesario y que sabe y puede ofrecer el profesional exigiendo profesionalismos y compromiso con la sociedad y los pacientes). Se incrementa el tiempo útil, también, si se evita que la agenda la *okupen* aquellos pacientes que saben utilizar el sistema sanitario pero no lo necesitan.

Hay áreas claramente abandonadas en atención primaria y que se podrían mejorar introduciendo nuevos servicios. Así, respecto a ginecología es ejemplo Portugal donde los médicos generales implantan DIU y llevan a cabo los abortos voluntarios (con medicamentos); en Suecia son las enfermeras de primaria

las que implantan los DIU. En este mismo campo, la atención a las infecciones vaginales (toma de muestras y examen microscópico en el momento, por ejemplo), a los abscesos de las bartolinitis, la prestación de servicios de contracepción (*píldora del día siguiente*, implantes hormonales, asesoramiento y consejo y otros), el seguimiento integral del embarazo y, en su caso, la atención al parto (los resultados del parto normal atendido por matronas y médicos generales son mejores que los atendidos por ginecólogos y obstetras). Son áreas también por implantar o desarrollar la cirugía menor, la atención a urgencias (en el despacho y en domicilio), la traumatología, la pediatría, la oftalmología y muchas otras.

Todos estos servicios deberían ser prestados en el momento y por el profesional más adecuado. Se trata de que existan *equipos funcionales* en los que se transmiten tareas y responsabilidades (y autonomía, prestigio e incentivos) de unos profesionales más capacitados a los siguientes en la escala jerárquica, de forma que cada profesional resuelve problemas y presta servicios tan complicados como le corresponde. No cabe el *esto no es mío*, ni el que *vuelva mañana*. Ciertamente, cabe organizar la agenda, pero es básica una flexibilidad enorme. Por ejemplo, el administrativo organiza en el cuarto de curas la atención a un paciente varón de 45 años que acaba de resbalar y caerse y viene porque le duele el tobillo; la auxiliar examina el pie y descarta una fractura evidente por lo que avisa a la enfermera para que atienda al paciente sin urgencia; entre paciente y paciente la enfermera va al cuarto de curas y utiliza las *reglas de Ottawa* para descartar fractura, tranquiliza al paciente y le hace un vendaje funcional, para después pasarlo a la consulta médica pues lo ha notado con algo de dificultad respiratoria y al revisar la historia ha visto que es fumador de un paquete diario, le ha hecho una espirometría y tiene un patrón *restrictivo* y le ha aconsejado respecto al tabaquismo; el médico lo atiende entre paciente y paciente, le hace un examen y exploración y le da cita a hora conveniente para el paciente para hacer una revisión a fondo (y también del tobillo). El paciente se va con tratamiento para el dolor, el tobillo vendando, orientado sobre su probable EPOC y la necesidad de abandonar el tabaco, y lleva el número de teléfono de la auxiliar por si algo del tobillo o del vendaje va mal.

La polivalencia depende del conjunto de recursos materiales, de las habilidades para emplearlos y de las regulaciones al respecto, pero se complementa con un acceso bien organizado. Por ejemplo, el tener material para sutura (hilo, pegamento de cianocrilato, tijeras, pinzas, mosquitos y demás) es básico para que la enfermera pueda tratar las heridas, pero si su agenda no admite huecos para urgencias será imposible prestar este servicio. En otro ejemplo, sin morfina, adrenalina, aspirina, oxígeno, estreptoquinasa y electrocardiógrafo se puede dar pobre respuesta al paciente con probable infarto de miocardio, pero contar con tal material exige capacitación del médico de cabecera y del personal de primaria para prestar un servicio apropiado.

Se trata de ofrecer servicios muy variados y en el momento, con la máxima calidad, la mínima cantidad, tecnología apropiada, en el momento oportuno, por el profesional pertinente y tan cerca del paciente como sea preciso. Con ello se incrementa la eficiencia del sistema sanitario, se evita el *peregrinaje* del paciente en busca de servicios pertinentes y al tiempo se da prestigio a la atención primaria.

## 5. Longitudinalidad

En la población española se echa de menos al *médico de toda la vida*, ese médico de cabecera añorado que conocía al paciente y a su familia y que tenía tiempo para hacer las visitas a domicilio cuando eran necesarias, siempre accesible y capaz de ofrecer servicios muy variados. Con ese médico se establecía una relación muy especial, algo que técnicamente se denomina longitudinalidad.

Es longitudinalidad la relación que se establece a largo plazo entre el médico general y los pacientes de su consulta. Se define como: 1) la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente; y 2) el reconocimiento de la población y de los pacientes de una fuente de cuidados con la que se cuenta para el contacto inicial y para el seguimiento de los problemas. El médico de cabecera no puede prestar directamente todos los servicios, pero sí puede coordinar los que provean otros profesionales a los que tiene que derivar. La coordinación es función muy deficiente en todos los sistemas

públicos, y también en el español. Los pacientes pasan del hospital a primaria, y viceversa, y van y vienen a los especialistas sin que se *sumen* muchas veces ni los estudios diagnósticos ni las recomendaciones terapéuticas. Con ello se ofrecen servicios ineficientes que llegan a provocar daños y a disminuir la salud de los pacientes.

La reforma española de la atención primaria de 1984 fue una reforma básicamente *procontenido*, de mejora de los recursos materiales y humanos (desde renovación de los centros de salud al aumento del horario de los médicos de cabecera) pero con poco o nulo contenido de *procoordinación*. Sin embargo, es esencial una fuerte capacidad de coordinación cuando el médico de cabecera tiene la función de filtro, pues sin ella más que de filtro se hace de *bedel repartidor de derivaciones*.

Si se trata de cumplir con las funciones de longitudinalidad y coordinación el médico general tiene que ser muy resolutivo pero contar también con un cuadro de especialistas que presten ocasionalmente los servicios que precisen sus pacientes. La atención de los especialistas debería ser episódica, salvo excepciones, y el médico de cabecera ofrecer la continuidad de los servicios precisos. Por ejemplo, para el seguimiento de los pacientes con cáncer, que tras ser atendidos y tratados en el inicio quedan después *colgados* de los servicios especializados sin que haya fundamento científico que lo justifique. En otro ejemplo, las prescripciones de medicamentos de los especialistas no deberían introducirse hasta contar con el visto bueno del médico de cabecera (entre otras cosas para evitar duplicidades e interacciones).

Naturalmente, la longitudinalidad exige la permanencia del médico en el mismo puesto de trabajo durante años. De hecho, una de las amenazas a la longitudinalidad es la rotación de los médicos de cabecera, que habría que evitar con los incentivos adecuados. Cabe también la transformación de la atención primaria para que los médicos generales pasen a ser profesionales independientes que ejerzan su trabajo mediante contrato con el sistema público, lo que los hace más *sedentarios*, como en Canadá (Ontario), Dinamarca, Eslovenia, Holanda, Noruega, Nueva Ze-

landa y Reino Unido. En estos países los médicos de cabecera tienen lista de pacientes y función de filtro, como en España, pero no son funcionarios sino pequeños empresarios autónomos. Muchos trabajan en forma independiente y otros se agrupan en pequeños centros de salud y contratan enfermeras, todo lo cual se incentiva pues se supone que mejora la calidad de la atención.

#### NOTA

(\*) El nombre de médico de familia es el que se emplea oficialmente en España y en otros países como EE.UU. y Brasil; popularmente es el médico general o médico de cabecera (en España). Es oficial el nombre de médico general en Alemania (*Arzt für Allgemeinmedizin*), Francia (*médecine généraliste*), Irlanda, Holanda (*huisarts*), Noruega (*fastlege*), Nueva Zelanda, Reino Unido (*general practitioner*) y otros países. En la Unión Europea (27 países, 500 millones de habitantes) para trabajar en el Servicio de Salud público se exige el título de especialista en Medicina General-de Familia (residencia de tres años, como mínimo). En este texto emplearemos indistintamente los términos *médico general* y *médico de cabecera*.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Casajuana, J. (2005), «En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer», *FMC*, 12:579-81.
- Clar, C.; Barnard, K.; Cummins, E. y cols. (2010), «Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review», *Health Technology Assessment*, 14. DOI: 10.3310/hta14120.
- Durán, A. (2004), *Políticas y sistemas sanitarios*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Fletcher, R. (2003), «The Ottawa ankle rules have a high sensitivity for excluding fractures of the ankle and midfoot in acute ankle sprain», *Evid. Based Med.*, noviembre 1, 8:185-185.
- Gérvas, J. y Pérez Fernández, M. (2005), «El fundamento científico de la función de filtro del médico general», *Rev. Bras. Epidemiol.*, 8:205-18.
- Gérvas, J. y Simó, J. (2005), «2015, el día a día de un médico de cabecera», *SEMERGEN*, 31:478-85.
- Gérvas, J. (2011), «What role for primary health care in modern health service provision?», sept., <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/09/modern-primary-health-care-draft.pdf>
- Gérvas, J.; Ortún, V.; Palomo, V.; Ripoll, M. A. y Seminario Innovación Atención Primaria (2007), «Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población», *Rev. Esp. Salud Pública*, 81:589-96.
- Gérvas, J. y Pérez Fernández, M. (2012), en Casajuana, J. y Gérvas, J. (coordinadores), «La renovación de la atención

primaria desde la consulta», Madrid, *Springer Healthcare*, págs. 31-50.

Gérvás, J.; Pérez Fernández, M.; Sánchez, R. (2012), «¿Cómo responden los médicos de cabecera a los problemas clínicos diarios en países europeos con pago por capitación y lista de pacientes?», en Casajuana, J. y Gérvás, J. (coordinadores), «La renovación de la atención primaria desde la consulta», Madrid, *Springer Healthcare*, págs. 87-121.

Gérvás, J.; Pérez Fernández, M. y Sánchez Sánchez, R. J. (2012), «Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general de familia. Aspectos clínicos y de salud pública», Informe SESPAS, 2012. *Gac. Sanit.*, 26 (Supl 1):52-56.

Office of Technology Assessment, <http://en.wikipedia.org/wiki/OfficeofTechnologyAssessment>

Ortún, V. (2006), «Mejor (servicio) es más (salud)», *Rev. Esp. Salud Pública*, 80:1-4.

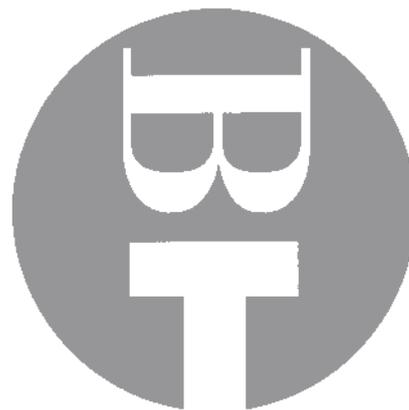
Rico, A.; Saltman, R. B. y Boerma, W. B. (2003), «Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care», *Social Policy Administr.*, 37:592-608.

Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005), *Contribution of primary care to health systems and health*, Milbank, Q., 83:457-202.

Starfield, B. (2012), «Primary care: an increasingly important contribution to effectiveness, equity and efficiency of health services», *SESPAS*, 2012, 26(Supl 1): 20-6.

**Si busca  
un economista,  
aquí  
lo encontrará**

La Bolsa de Trabajo  
del Colegio de Economistas  
de Madrid,  
está en condiciones  
de proporcionarle el economista  
que mejor se adapte  
a sus necesidades específicas.  
Póngase en contacto  
con nosotros y lo comprobará.



Flora, 1. 28013 Madrid.  
Teléfono: 91 559 46 02 Fax: 91 559 29 16  
E-mail: [cem@cemad.es](mailto:cem@cemad.es)

## GASTO EN LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA: RECORTES Y POSIBLES REFORMAS

**Francisco L. Sánchez Prieto**

*Director de Gestión Económico-Financiero del Hospital Universitario Infanta Leonor*

### RESUMEN

Se estudia la evolución, a grandes rasgos, de las principales magnitudes de la asistencia especializada pública, partiendo de las estadísticas oficiales, para exponer que el gasto y los recursos ha crecido a tasas muy superiores a la actividad y que este crecimiento se ha acelerado coincidiendo con los traspasos de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas del art. 143. Esta evolución, poco favorable, plantea un problema de su posible viabilidad futura; especialmente a la vista de las previsiones de diversos organismos internacionales sobre la evolución poblacional y el gasto sanitario.

Las medidas de carácter administrativo (establecimiento de límites presupuestarios, fiscalización y control del gasto, etc.), que son las más fáciles a corto plazo por su inmediatez, carecen de eficacia a mayor plazo y no están exentas de efectos perversos para la organización sanitaria o la población más vulnerable. De ahí que la introducción de innovaciones, ya sean legales o de carácter organizativo de la asistencia hospitalaria, que potencien las mejores prácticas asistenciales y de gestión, sea la forma de asegurar la viabilidad de la asistencia especializada a largo plazo.

### PALABRAS CLAVE

Hospitales, Reforma sanitaria, Gestión, Eficiencia, Gasto sanitario, Organización, Deuda pública, Comunidades autónomas.

### 1. Introducción

La asistencia sanitaria pública especializada representa una parte importante tanto del gasto sanitario como de la asistencia, se caracteriza porque concentra un buen número de recursos humanos y tecnología muy especializada. Su coste hace que cualquier intento de racionalización del gasto sanitario se centre en este tipo de asistencia, además la mayor especialización de la asistencia hospitalaria requiere ámbitos poblacionales mayores y permite, a priori, mayores ganancias de eficiencia. En la actual situación financiera del conjunto de administraciones públicas territoriales la sanidad, especialmente de las comunidades autónomas, es una de sus principales políticas públicas, con un elevado peso dentro de su presupuesto de gastos, y dentro de esta la asistencia especializada.

Dentro de cada territorio los hospitales suelen ser las primeras *empresas* por volumen de empleo y operaciones, constituyen un foco de atracción por la acti-

vidad que inducen. Sin embargo, el gasto con mayor peso en la asistencia hospitalaria es el de recursos humanos, de ahí que su gestión sea crucial para alcanzar mayores cotas de eficiencia; mientras que las medidas que más difusión tienen son las que giran en torno al resto de los componentes del gasto en atención sanitaria especializada.

Este trabajo se articula en dos partes diferenciadas, en una primera se comenta la situación de crisis financiera de las comunidades autónomas y las limitaciones que implica, se estudia la evolución de las principales magnitudes de la asistencia hospitalaria pública, así como sus recursos humanos y materiales, centrándose en el período posterior al traspaso de funciones en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. En una segunda parte se comentan posibles líneas de acción para la introducción de procesos de cambio que contribuyan a la viabilidad de la asistencia especializada pública.

## 2. Asistencia especializada evolución del gasto en hospitales públicos

El conjunto de la atención especializada del Sistema Nacional de Salud tiene un importante impacto económico. Constituye una buena parte del gasto sanitario y a la hora de estudiar su viabilidad cobran gran importancia las cuestiones relativas a su organización y estructura. En términos de la Estadística de Gasto Sanitario Público (1), para el sector de las comunidades autónomas, el peso de la asistencia hospitalaria pasa del 53% en 2002 al 57% en 2009, prácticamente se duplica su importe, mientras que el conjunto del gasto sanitario público de estas lo hace un ritmo del 9,2% anual, el gasto en atención especializada lo hace un punto por encima (10,2% anual).

Estas tendencias son coincidentes con la evolución de los datos de gasto en atención especializada de los hospitales públicos. La evolución en el período 2002, año en que las comunidades autónomas disponen de las mismas competencias en materia de asis-

tencia sanitaria, y 2009 presenta una duplicación del gasto (cuadro 1).

Se puede apreciar cómo los gastos en materia de personal son los de mayor peso, que prácticamente se mantiene con el transcurso del tiempo.

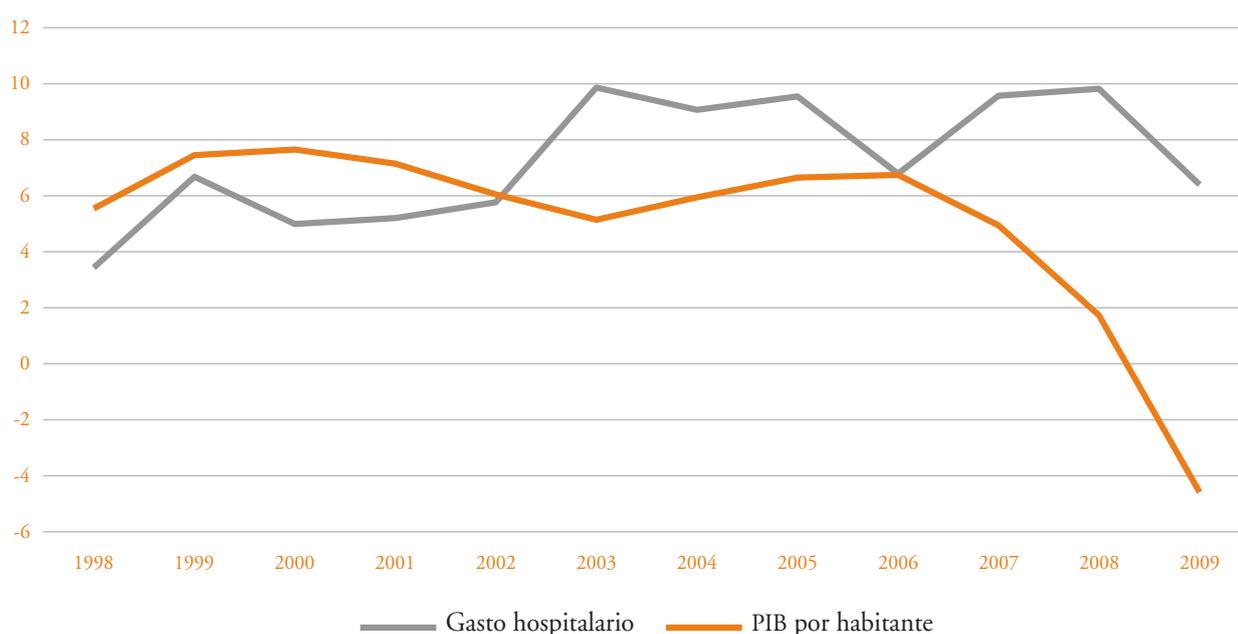
Esta intensidad del crecimiento del gasto sanitario, señalado por diversos autores, y su expansión y financiación ha sido posible por las importantes tasas de crecimiento del PIB y, por ende, de los ingresos públicos; el gasto hospitalario por habitante crece de forma intensa a partir de 2002, coincidiendo con el traspaso a la mayoría de los servicios de salud de las comunidades autónomas. En el período 2002-2009 el gasto por habitante en atención especializada se duplica, mientras que el PIB por habitante y año se incrementa un 46% (gráfico 1).

La caída de ingresos tributarios se ha traducido en un incremento del endeudamiento de las comunidades autónomas para salvar la brecha entre ingresos y gastos, manteniendo el nivel de los servicios públicos. Solución que no resuelve el problema sino que lo aplaza

### Gráfico 1

#### Evolución 1998-2009. Porcentajes de variación anual PIB y gasto anual en hospitales SNS

Magnitudes per cápita



Fuente: EESCRI portal estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria (2012) y elaboración propia.

**Cuadro 1**  
**Evolución del gasto en hospitales públicos**

	2002 (miles de euros)	2009 (miles de euros)	Tasa anualizada de crecimiento
Gastos personal	10.766.356	22.233.493	10,92%
Resto gastos	5.990.048	13.211.709	11,96%
<b>Total</b>	<b>16.756.403</b>	<b>35.445.202</b>	<b>11,30%</b>

Fuente: EESCRI portal estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria (2012) y elaboración propia.

y que, ante unos mercados financieros que acumulan riesgos al financiar el endeudamiento creciente, no permiten salvar esa diferencia durante un período de tiempo dilatado (gráfico 2).

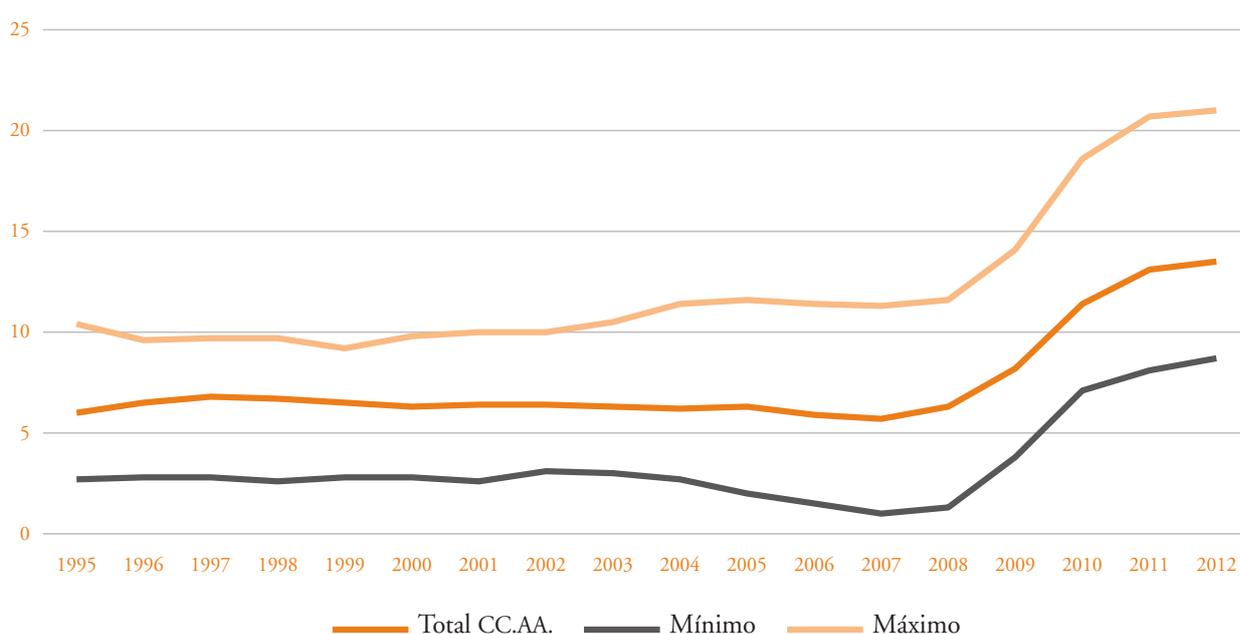
### 3. Recursos humanos en los hospitales públicos

La asistencia hospitalaria, aparte de infraestructuras complejas y costosas, requiere una importante con-

centración de profesionales. Si estudiamos cómo evolucionan las dotaciones de profesionales sanitarios en los hospitales públicos durante el período 1996-2008 los médicos crecen un 51,47%, la enfermería un 38,47% y el resto del personal (fundamentalmente no sanitario) un 28,49% (ASETEC, 2011). Sin embargo, buena parte de este crecimiento de recursos humanos arranca en los años próximos a las transferencias sanitarias; si consideramos la variación anual acumulativa

**Gráfico 2**  
**Ratio de endeudamiento sobre el PIB regional**

En porcentaje



Fuente: Banco de España y elaboración propia.

**Cuadro 2****Personal vinculado a hospitales públicos-SNS**

	2002	2009	Tasa anualizada de crecimiento
Médicos	52.504	83.177	5,42%
Otros titulados sanitarios	2.423	6.764	9,25%
Enfermería	97.478	150.617	4,50%
Ayudantes sanitarios	85.777	139.392	4,30%
Otro personal sanitario	687	2.213	10,20%
<b>Total personal sanitario</b>	<b>238.869</b>	<b>382.163</b>	<b>4,71%</b>
Personal no sanitario	94.676	135.541	2,86%
<b>Total personal</b>	<b>333.545</b>	<b>517.704</b>	<b>4,21%</b>

Fuente: EESCRI portal estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria (2012) y elaboración propia.

de los diferentes períodos se evidencia que es el período posterior a las transferencias el que tiene mayor tasa de incorporación de profesionales (cuadro 2).

Estas mismas tendencias se reflejan si relativizamos por población, así el ratio por cien mil habitantes muestra las mismas tendencias, de lo que se desprende que el crecimiento del personal sanitario ha estado por encima del de la población general, especialmente a partir de 2000, y se ha acelerado este crecimiento a partir de 2002. Mientras la incorporación de recursos humanos se hace a un ritmo del 4,21% anual, el gasto en recursos humanos crece a un 10,92%; es decir, el gasto crece al doble que la incorporación de personal durante el período 2002 a 2009.

**4. Dotación camas y equipos**

Por lo que respecta a las camas se aprecia la reducción en número absolutos y en tasas por cien mil habitantes, continuando una antigua tendencia que se puede apreciar en series más largas. Destaca que esa reducción se ralentiza a partir de 2002 y como desde ese año crecen ligeramente las camas en funcionamiento a un ritmo de 0,20% anual, consecuencia del esfuerzo inversor de las comunidades autónomas. El importante crecimiento poblacional hace que los ratios por 100.000 habitantes reduzcan su variación (cuadro 3).

De acuerdo con lo anterior se reducen los ratios de camas en funcionamiento por médico y enfermería, los ratios se reducen en el período 1996-2008 un

**Cuadro 3****Tasas anualizadas de variación de las camas en funcionamiento**

Ratios x 100.000 habs.

	1996-2008	2000-2008	2002-2008
Camas en funcionamiento	-0,47%	-0,16%	0,20%
<b>Camas totales</b>	<b>-1,82%</b>	<b>-3,07%</b>	<b>-2,83%</b>

Fuente: ASETEC (2011) y elaboración propia.

–37,83% y –31,36% situándose, en valores absolutos al final del período, en 1,43 camas por médico y 0,81 camas por enfermería. Igualmente los ratios de CMA y altas totales por profesional sanitario descienden, se sitúan en 2008 en 64,26 por médico (con una reducción de –11,98% respecto 1996) y de 36,25 en enfermería (con una reducción respecto a 1996 de –3,72%).

Respecto la evolución de otros recursos hospitalarios, relativizados por población, muestran crecimientos en el período 1997-2008 como quirófanos (3,45%), plazas de hospital de día (128,3%), equipos de resonancia magnética nuclear (350%), equipos de litotricia renal (16,7%), salas de hemodinámica (39%), equipos de angiografía digital (33,5%), máquinas de hemodiálisis (24,9%). En el período 2002-2008 los recursos, en términos poblacionales, con mayor crecimiento han sido los equipos de litotricia renal, máquinas de hemo-

diálisis y quirófanos; en todos los casos la variación en la dotación de estos recursos ha estado por encima del crecimiento de la población.

### 5. Evolución de la actividad en hospitales públicos

Este importante crecimiento del gasto sanitario no se ha visto acompañado de un crecimiento del volumen de actividad especializada en la misma proporción. En el período 2000-2009 las estancias hospitalarias se mantienen o reducen ligeramente, las altas hospitalarias crecen un 14%, las consultas externas y las urgencias crecen un 24,2% y un 26,4%, respectivamente. Sin embargo la cirugía mayor ambulatoria crece un 126% siendo la magnitud con mayor crecimiento (cuadro 4).

El hecho de que las urgencias crezcan por encima de las consultas externas resulta llamativo. Especialmente en series temporales más largas (1997-2009) (2) se puede

#### Cuadro 4

#### Evolución principales magnitudes asistenciales 1997-2009. Hospitales SNS

Año	Urgencias	Intervenciones de C.M.A	Consultas totales	Estancias	Altas
1997	14.789.792	227.160,00	51.174.417	37.464.801	3.619.792
1998	15.376.111	303.961,00	53.906.158	37.008.295	3.677.985
1999	15.944.788	397.394,00	55.377.875	36.832.009	3.712.956
2000	16.393.038	456.902,00	57.001.045	36.903.999	3.802.604
2001	17.174.657	538.152,00	57.833.861	36.729.321	3.822.410
2002	17.980.154	614.250,00	59.460.350	37.039.274	3.862.428
2003	18.667.520	680.553,00	61.012.337	37.156.911	3.921.431
2004	18.762.242	739.057,00	63.313.140	37.093.575	3.974.803
2005	19.148.196	798.509,00	63.765.825	37.246.377	4.011.112
2006	19.660.649	836.768,00	64.493.651	36.927.041	4.028.354
2007	20.243.205	902.273,00	67.328.023	37.252.156	4.102.575
2008	20.201.035	979.713,00	68.749.390	37.059.704	4.139.702
2009	20.726.793	1.037.046,00	70.810.579	36.901.409	4.149.913

Fuente: EESCRI portal estadístico Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria (2012).

ver que las urgencias hospitalarias se incrementan un 40,14% y en el caso de hospitales del sector privado se duplican en el mismo período. En relación a las consultas totales el peso de las urgencias está en el entorno del 30% dentro de los hospitales del SNS. Avanzando algunas hipótesis explicativas, el peso de las urgencias puede reflejar una preferencia de la población (3) por acceder al hospital por esta vía, un posible desajuste en el funcionamiento y organización de la asistencia sanitaria o cambios en el patrón de los pacientes, con mayor influencia de los crónicos. Es evidente que aumenta el peso de la actividad en régimen ambulatorio, la tasa de ambulatorización quirúrgica crece un 15% en los últimos cinco años del período, y que la actividad hospitalaria tradicional, el internamiento de pacientes, pierde peso.

## 6. Organización de los centros hospitalarios del SNS

Podemos considerar que el modelo organizativo de nuestros hospitales públicos no ha evolucionado con el transcurso del tiempo y sigue anclado en los mismos parámetros de funcionamiento del arranque del Sistema Nacional de Salud y la Ley General de Sanidad que data de 1986. Esto se caracteriza por servicios sanitarios jerarquizados, el área poblacional como referente para el hospital, sometimiento a la normativa administrativa en la gestión y régimen de personal estatutario para su aplicación a los profesionales del sistema sanitario público. Respecto a estos últimos subsisten problemas en cuanto al régimen de personal, con conflictos periódicos, un alto porcentaje de empleo inestable en todos los estamentos profesionales y ausencia de soluciones que proporcionen un marco de desarrollo profesional estable.

No se han escatimado esfuerzos para analizar la situación, así en 1990 se constituyó la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, conocida como *Comisión Abril* creada por iniciativa del Congreso de Diputados. Su informe recopila un amplio elenco de documentos y expertos consultados, recogiendo una serie de problemas y recomendaciones. A pesar del tiempo transcurrido, subsisten buena parte de los problemas detectados y continúan por desarrollar muchas

recomendaciones. En definitiva, a pesar del esfuerzo por analizar nuestro sistema sanitario, con el transcurso del tiempo se han cronificados los problemas y se ha llegado a una situación de crisis financiera global. La ausencia de cambios y adaptaciones en la organización de nuestro sistema sanitario (4), sin apenas variaciones desde mediados de los años ochenta, obliga a replantear la situación, con las exigencias de transformación y cambio que toda crisis impone, para poder superar la situación actual.

Desde la generalización de las transferencias sanitarias se han producido intentos de innovar en la organización hospitalaria orientados a la externalización de servicios en todas las comunidades autónomas y en la implementación de fórmulas de colaboración público-privada. Sin embargo el número de centros acogidos a estas fórmulas de gestión es reducido en comparación con el resto de centros hospitalarios públicos, lo que hace que su impacto también sea reducido en el conjunto del sistema, y no se contemplan como el modelo hacia el que orientarse.

## 7. La opinión de los ciudadanos

Durante este período los barómetros de asistencia sanitaria (5) que recogen la opinión de los ciudadanos reflejan que el 24,24% de los ciudadanos opinan que funciona muy bien (2011) mientras que era del 21,34% en 2000. Una parte importante de los ciudadanos opina que funciona bien pero necesita cambios (del orden del 49%, siendo el grupo con mayor crecimiento), un 25% opina que necesita cambios fundamentales y el resto opina que funciona mal y sería necesario rehacerlo; los porcentajes son bastante estables durante todo el período. Resulta llamativo que con la amplia expansión de servicios sanitarios realizada a partir de 2002, año en que todas las comunidades autónomas (6) homologan sus niveles competenciales y pasan a gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, estas porcentajes sean bastantes estables. El crecimiento de los ciudadanos que opinan que *funciona muy bien* crece relativamente poco respecto al año 2000 y no hay un cambio de tendencia significativo. En resumen, los ciudadanos consideran, de forma mayoritaria, que el SNS tiene margen de mejora o que necesita cambios.

El hecho de que tengamos buenos niveles de salud no implica que los ciudadanos se encuentren satisfechos con el funcionamiento y organización de nuestro sistema sanitario.

Por lo que respecta a la atención especializada, durante el período 2002 a 2009, en aspectos como la calidad de las consultas y la atención hospitalaria se reduce el grupo de ciudadanos que opina que han mejorado, un 20% en el caso de las consultas y un 21,6% en el caso de los hospitales. Los porcentajes de crecimiento mayores son para el grupo de los que creen que ambos han empeorado (49,2% para las consultas y un 60,36% para los hospitales). El grupo más amplio es el de ciudadanos que opinan que hospitales y consultas siguen igual, con crecimientos muy similares (9,8% en el caso de las consultas y 11,5% en el caso de los hospitales).

Respecto a cuidados y atención del personal sanitario mejora respecto a 2002 en el caso de personal médico y de enfermería, pero empeora ligeramente o alcanza los niveles del año 2000 y anteriores. Acerca del trato del personal no sanitario mejora levemente respecto 2002 y empeora un 7% respecto 2000 y años anteriores.

### 8. Estrategias de reforma en diferentes países UE

Desde hace tiempo están en cuestión los niveles de gasto público en salud, su incremento y las previsiones nada tranquilizadoras sobre su evolución hacen que la reforma de la asistencia sanitaria haya sido objeto de creciente interés.

La OCDE estima ahorros potenciales del gasto sanitario del 1,6% del PIB en 2017 (Joumard, 2010) si se generalizan las mejores prácticas. La situación de crisis agudiza la necesidad de contar con tales ahorros y que haya que anticipar en el tiempo su consecución, acortando plazos respecto al horizonte señalado. Cualquier reforma plantea estrategias, dentro de la UE las adoptadas en el pasado se resumen:

- Control demanda y copago.
- Topes presupuestarios.
- Control precios y salarios.
- Mejoras en la gestión pública.
- Mecanismos de mercado y financiación.

La eficacia de cada medida es diferente, se han generalizado la implantación de topes presupuestarios, controles de precios y salarios. La experiencia indica que estas medidas tiene efecto a corto plazo y pueden inducir efectos sobre la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias o generar efectos perversos, incluso negativos al generar estrategias por parte de los afectados por estas medidas que tienden a recuperar los niveles de gasto vía la introducción de servicios o productos nuevos que acaban incrementando el gasto o desincentivando la incorporación de profesionales al sistema sanitario; de ahí que su utilización tenga efectos solo en el corto plazo.

La utilización de copagos, en mayor o menor medida, está generalizada en el conjunto de países UE, su valor no reside tanto en la finalidad recaudatoria sino en orientar la demanda hacia un uso más racional del sistema sanitario, en la medida que no perjudican la equidad. Pero su impacto es relativo pues reorientan la demanda pero no implica su supresión o reducción, además la introducción de exenciones y bonificaciones, unido a los costes de administración del sistema, no se traduce de forma automática en reducción del gasto a corto plazo.

Las medidas con mayor impacto y persistencia son las que actúan a través de mecanismos de mercado y las que mejoran la gestión pública. Respecto a las primeras, las medidas que sugiere son las que modifican la financiación de los centros sanitarios o entidades aseguradoras. Acerca de las segundas, las recomendaciones OCDE son asumir las mejores prácticas de gestión y adaptarlas a cada sistema sanitario nacional, más que abordar grandes reformas, por el peso e importancia que tienen los aspectos institucionales.

El componente de gasto, con mayor peso, dentro de la asistencia sanitaria es la retribución de sus profesionales. Existen diversas experiencias con la introducción de otros sistemas retributivos, de carácter mixto, que incluyen la retribución en función de la capitación (población asignada al profesional) o pago por resultados. En cualquier caso, en los diferentes países el pago por acto y el salario fijo, como sistemas extremos, están en vías de transformación porque inducen sobreprescripción o resultan desincentivadores (García Perea, 2012).

Si nos centramos en la eficiencia de nuestros hospitales públicos y privados, resulta complejo pues no existen bases de datos ni material estadístico que permita contrastar sobre bases homogéneas estas cuestiones, sin embargo sí se puede estudiar más fácilmente en otros países con una estructura de asistencia sanitaria estable y con amplia participación de la sanidad privada. Así, en Francia se detecta que en el caso de hospitales coste eficientes las diferencias pueden deberse a variaciones en el precio de los costes de los factores, diferencias en el tamaño de los centros y en el tipo pacientes. En los hospitales públicos no hay selección de pacientes, se provee asistencia sanitaria según necesidades de la población, sin embargo se detecta que existen diferencias importantes de productividad (Dormont, 2012) entre hospitales públicos y privados (incluso entre los privados que trabajan para la sanidad pública). Estas diferencias se explican por el mayor volumen de camas y personal, así como la composición de la *producción* hospitalaria (principalmente la baja proporción de estancias quirúrgicas de los hospitales públicos) y características de los pacientes.

## 9. Racionalización del gasto y reformas en atención especializada

A la vista de la evolución descrita, se plantea el problema de que es necesario adoptar medidas para racionalizar el gasto (7) y, además, una serie de reformas que impulsen la adopción de las mejores prácticas de gestión. Ambas han de avanzar en paralelo y reforzarse mutuamente; en otro caso, no será posible obtener la potencialidad de las medidas de ahorro o su efecto quedará limitado en el tiempo. La eficiencia y equidad del sistema puede quedar comprometida, a largo plazo, si no hay reformas que acompañen las medidas de racionalización y garanticen su viabilidad financiera futura. Algunas de las líneas principales para abordar posibles reformas, sin agotar la materia, se plantean seguidamente.

### 9.1. Coordinación atención primaria y especializada

Dentro de las cuestiones que permiten ganar eficiencia y mejorar la calidad de la atención sanitaria destaca la coordinación entre atención primaria y especializada. Una búsqueda en Internet sobre esta cuestión

arroja más de diez mil referencias, este dato es expresivo de su debate y que dista de ser una meta plenamente lograda; especialmente teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde que se puso en marcha el modelo de la atención primaria. Las propuestas son múltiples (8) y variadas, pero es evidente que constituye un problema enquistado y todavía no resuelto. Esta situación, junto con los problemas presupuestarios, ha motivado que algunas comunidades hayan adoptado otro modelo organizativo unificando las gerencias de atención primaria y especializada dentro de cada territorio. El impacto de estas medidas no se puede apreciar a corto plazo, aunque es evidente que los conflictos de carácter organizativo e institucional se superan de esta forma (9). La cuestión es: en qué medida puede repercutir en mejoras significativas de la asistencia sanitaria y la satisfacción del paciente.

La unificación de criterios entre la atención primaria y especializada para asignar procesos que se han de atender en el hospital y cuáles en primaria; en definitiva, qué papel ha de jugar cada escalón del sistema sanitario en los diferentes procesos y pacientes. La integración entre niveles asistenciales, incluso servicios sociales, es una solución apuntada como superación de los problemas señalados y de la asistencia a pacientes crónicos.

### 9.2. Centrales de compra vs. mercado de contratación

Aunque esta recomendación aparece de forma reiterada, es importante tener en cuenta que para asegurar su efectividad requiere un volumen mínimo de compras. Hay ocho comunidades con menos de dos millones de habitantes que, por tanto, presentan una menor capacidad de compra. La implementación de esta medida es fácil en dichas comunidades por su reducido número de centros. Sin embargo en las de mayor volumen poblacional y número de centros, las dificultades para su puesta en marcha crecen. Para empezar no suelen tener unificado un catálogo de compra, además al disponer de un volumen de compra importante se pueden inducir estrategias diferentes entre los proveedores; es evidente que su puesta en marcha implica un cambio en las prácticas comerciales de estos y también puede contribuir a mayor transparencia en la formación de precios.

Las teorías sobre oligopolio y la consecución de un punto de equilibrio implican que los proveedores pueden ofrecer rebajas importantes, de entrada, pero pueden generar acuerdos de distribución del mercado; si este queda con un precio fijo para un período dilatado de tiempo, sin posibilidad de que se produzcan revisiones o actualizaciones de precios (10). Esta cuestión es conocida desde los modelos de Stakelberg y de Formhheimer, en un mercado oligopolista, con interdependencia entre empresas, la solución más ventajosa es conseguir acuerdos alcanzando los niveles de producción óptimos ante unos precios ya establecidos. De ahí la necesidad de que exista la posibilidad de que puedan entrar nuevos oferentes, que actúen como revulsivo; cuestión que ya está prevista legalmente en la normativa sobre contratación pública vigente.

Por otra parte se considera que todos los centros sanitarios son iguales, pero existen diferencias para establecer precios por parte de los proveedores (volumen de la compra y número de pedidos, costes de transporte, etc.). Lógicamente cuanto mayor es la dispersión geográfica de los hospitales mayores son los costes de logística y transporte. Estos factores normalmente no se contemplan y no siempre se establecen límites, inferiores o superiores, que permitan un volumen óptimo de pedido; lo que se traduce en mayores costes de logística que se repercuten en los precios.

### 9.3. *Innovaciones en la organización*

El núcleo esencial del sistema sanitario público es la asistencia sanitaria, sin embargo existe un amplio conjunto de servicios, necesarios para el funcionamiento del hospital, pero que inciden en aspectos relacionados con el confort y la seguridad del centro. Los gestores y responsables del sistema sanitario han de dispersar su atención en organizar, gestionar y financiar un complejo conjunto de servicios, importantes, pero sobre los que la experiencia y conocimiento fundamental se encuentra fuera de la administración. En otros sectores, que se especializan en una actividad y constituye su negocio nuclear, se busca la externalización. Sin embargo no ha venido ocurriendo así en el sector de los hospitales públicos. La estructura cuasi funcional del personal del SNS ha sido un factor que ha desin-

centivado este proceso. La actual situación ha sido un revulsivo, buscando posibilidades para externalizar servicios no sanitarios y varias comunidades han lanzado iniciativas en este sentido (11).

Otra línea de posibles cambios afectan a la propia estructura organizativa de los hospitales públicos. El modelo de hospital, diseñado en la Ley General de Sanidad, ha de adaptarse a los cambios producidos en la sociedad y en la propia asistencia sanitaria. La organización sanitaria de nuestros hospitales públicos apenas tiene variaciones, básicamente incorpora una dirección médica y otra de enfermería, lo que hace que la organización siga a la de los estamentos profesionales de los centros hospitalarios, en lugar de seguir criterios de organización funcional del centro y orientación a los resultados. Es en los segundos niveles de dirección donde se diversifica la organización y se aprecia mayor amplitud, pero esto genera unas estructuras organizativas más extensas y costosas.

Los cambios en las nuevas tecnologías de la información y la logística ofrecen nuevas posibilidades; mientras estas se incorporan con rapidez para permitir nuevas oportunidades de negocio o hacer más eficientes las organizaciones empresariales, esperan para ser plenamente generalizadas en el ámbito hospitalario. Estas permiten la integración de proveedores de servicios sanitarios, servicios que actúan transversalmente en diferentes hospitales. Buena parte de los servicios centrales de los hospitales (radiología, rehabilitación, laboratorio, etc.) pueden organizarse de forma diferente a la convencional, prestando servicios en múltiples centros, lo que permite su especialización y generar economías de escala. Existen algunas experiencias pioneras pero su generalización queda limitada por la estructura organizativa actual de los centros hospitalarios y el régimen de personal, lo que restringe a los centros de nueva creación su posible aplicación. Estas inversiones en nuevas tecnologías representan un alto coste y cambios en la cultura organizativa, mientras que las posibles ganancias de eficiencia se realizan a lo largo de varios años.

La gestión del conocimiento y su generación, que ha venido siendo una actividad muy vinculada a los proveedores y la industria, debe ser orientada y gestionada

desde la propia dirección de los centros y servicios sanitarios. En otro caso, es difícil conseguir su difusión en la organización y gestionar la capacidad de investigación de los profesionales, dado el impacto y las interrelaciones con la actividad asistencial.

#### 9.4. *Devolución de responsabilidades a los diferentes niveles de la organización*

La asistencia hospitalaria se encuadra dentro de los servicios regionales de salud y el desarrollo de cambios organizativos no se ha visto potenciado. De hecho, los servicios regionales de salud han heredado el modelo organizativo del antiguo INSALUD, centralizando las principales decisiones y autorizaciones. Por otra parte, la puesta en marcha de incentivos por actividad no responde a criterios de productividad, eficacia o calidad sino que tiende a repartos igualitarios (lo que resulta expresivo de la carencia en cuanto a orientación a resultados), al objeto de no generar agravios comparativos y evitar conflictos. En este entorno resulta complicado introducir pautas de mayor eficacia y eficiencia, la cultura organizativa no lo reconoce y tampoco se recompensa. La actividad de los profesionales sanitarios aparece contaminada de buena parte de los mismos problemas que el conjunto del empleo en el sector público, especialmente en cuestiones como absentismo, promoción, aplicabilidad del régimen disciplinario y desempeño de la función sindical. De ahí que actualizar a nuevos sistemas retributivos y modificar el estatuto marco sea una prioridad para modernizar el SNS y asegurar su viabilidad futura.

Por otra parte, es preciso profesionalizar la gestión de los centros sanitarios y hospitalarios en particular. La complejidad de los hospitales, desde el punto de vista organizativo, requiere que la selección de la dirección responda a criterios de competencia profesional, no es posible la dirección de instituciones y su transformación si los profesionales no confían en los responsables de la dirección por su extracción o procedencia.

La responsabilidad tiene también sus implicaciones financieras y no puede, ni debe, dissociarse de esta. Una financiación adecuada y objetiva, conforme a un sistema de DRG (que supone retribuir por actividad prevista con correcciones en función de la realizada)

o capitación (con los ajustes de riesgo poblacional que se estimen y que permite la introducción de incentivos para orientar la asistencia sanitaria) son mejores alternativas que la financiación mediante presupuesto de base histórica. Este sistema, más tradicional y extendido, tiene una serie de incentivos perversos (premia las malas prácticas de gestión), pero permite a los responsables presupuestarios de las haciendas autonómicas más discrecionalidad e influencia. Tampoco se reconocen los buenos resultados económicos o la generación de ingresos, incentivando o penalizando su logro y que los hospitales se beneficien de estos.

## 10. A modo de conclusiones

En un escenario en el que continúa el ajuste fiscal entre ingresos y gastos, lo que descarta incrementos de gasto, la superación de la situación de crisis deberá realizarse por vía de una serie de transformaciones e innovaciones. Durante el período 2002 a 2009, el conjunto de los hospitales públicos ha generado crecimiento de empleo y ha concentrado un volumen importante de inversiones. Los datos sobre actividad ponen de manifiesto cómo la actividad del sistema hospitalario público crece a ritmos inferiores al crecimiento del gasto y de los recursos humanos, lo que apunta un problema de eficiencia. En cambio, la opinión de los ciudadanos no desprende un incremento de satisfacción en la misma medida que lo han hecho los recursos hospitalarios y considera, de forma mayoritaria, que existe necesidad de cambios y áreas de mejora. Conseguir más y mejor salud no pasa, necesariamente, por *incrementar* recursos sanitarios y todo apunta a buscar la optimización de su despliegue territorial.

Los cambios poblacionales indican que continúa la tendencia al envejecimiento de la población, con los consiguientes cambios en las pautas de salud y enfermedad, sin que se hayan concretado cambios de orientación en nuestro sistema sanitario para atender esta finalidad.

Si bien se reconoce la importancia del gasto hospitalario y, en concreto, el referido a personal, contrasta con la falta de iniciativas para actualizar y adaptar el régimen del estatuto marco del personal sanitario de forma que potencie la eficiencia, el reconocimiento profesional y la calidad.

La externalización de servicios parece una consecuencia razonable en los centros hospitalarios convencionales, además la iniciativa privada puede aportar su capacidad organizativa para la prestación de estos servicios, especialmente de los no sanitarios.

Por otra parte, la existencia de dos sistemas sanitarios paralelos e incomunicados (público y privado) no resulta eficiente a largo plazo y, dado los costes crecientes de la asistencia sanitaria, resultará más complejo mantener dichos sistemas sin una utilización óptima de sus recursos. Aparte la discusión sobre el papel que debe jugar la iniciativa privada en la prestación de servicios sanitarios, que cada país ha resuelto de forma diferente en el entorno de la UE, se da la paradoja de que mientras los profesionales sanitarios compatibilizan ambos sistemas, estos permanecen incomunicados.

Potenciar cambios organizativos de los centros hospitalarios e innovar en su gestión, centralizar determinados servicios asistenciales, favorecer su calidad y racionalizar su despliegue territorial, aprovechando las innovaciones en logística y tecnología de las comunicaciones, son cambios necesarios para favorecer buenas prácticas y que, ante los resultados del modelo actual, representan la forma de garantizar la viabilidad futura de la atención especializada. Una evaluación sistematizada y coherente de estos cambios organizativos y de las diferentes fórmulas de gestión, parece una asignatura pendiente en los diferentes servicios sanitarios.

A estos cambios organizativos en los hospitales públicos ha de superponerse cambios en la estructura de suministradores y proveedores, con modificaciones de sus prácticas comerciales, consecuencia del peso que adquirirá la contratación centralizada de todos los suministros y su licitación electrónica. La contratación de estos debe superar la visión de un proceso meramente administrativo, para orientarse a un *mercado* más ágil en su gestión y más transparente para oferentes y demandantes.

El conflicto actual surge de la tensión ante la necesidad de conseguir reducciones del déficit presupuestario de forma inmediata, y el tiempo que tardan en desplegar sus efectos estas reformas.

### NOTAS

- (1) Estadística disponible en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSI): [www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm)
- (2) Datos disponibles en resultado de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado dentro del portal estadístico del MSSI: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
- (3) En los *barómetros sanitarios* los ciudadanos consideran, con la misma importancia, dos motivos principales, aunque hay alguno más, para acudir a las urgencias hospitalarias: no coincidir con el horario del médico de familia y considerar que en el hospital dispone de más recursos.
- (4) Se cita la Comisión Abril como exponente, por ser el intento más completo y ambicioso, pero se han realizado multitud de informes en este sentido. En 1997 la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados realizó otro análisis, menos amplio y de menor envergadura, o el del Consejo Económico y Social de 2010. Aparte de los informes de carácter oficial, existe un amplio abanico de informes procedentes de diversas empresas consultoras (Antares, PWC, etc.) y de entidades relacionadas con los colegios profesionales o sociedades científicas.
- (5) Los *barómetros sanitarios* recogen la opinión de los ciudadanos respecto al sistema sanitario y llevan elaborándose desde los años noventa.
- (6) Las comunidades autónomas gestionan la asistencia sanitaria de la Seguridad Social desde enero de 2002, cuyos estatutos de autonomía se acogen al art. 143 de la Constitución. Con anterioridad, las comunidades autónomas denominadas históricas gestionaban esta asistencia, este proceso de transferencias duró desde 1981 (Cataluña) hasta 1994 (Canarias).
- (7) La Conferencia de Presidentes, que reunió a los presidentes de las CC.AA. y al presidente del Gobierno, expuso la necesidad de estas medidas y algunas se apuntan en el *Informe para el análisis del gasto sanitario* de los Ministerios de Economía y Hacienda y Sanidad y Consumo de julio 2005 y septiembre de 2007. Constituyen otra muestra de recopilación de datos y análisis, pero con escaso impacto en cuanto a las medidas a adoptar. Destaca que en el primer informe (2005) se esbozaron algunas tímidas medidas, apartado que desapareció en la versión del segundo informe (2007).
- (8) Existen multitud de documentos y de distintas sociedades científicas. Merece la pena destacar que en 2001 el INGESA, año en que se acometieron las transferencias sanitarias a las comunidades, ya existe un documento sobre *Propuestas de mejora de los Equipos de Atención Primaria*.
- (9) Los conflictos dentro de la administración pública y sus entidades presentan peculiaridades frente a otras organizaciones. En organizaciones, como son las públicas, fuertemente jerarquizadas, la forma de articular soluciones es la dependencia jerárquica, sobre este particular ver *La organización del desgobierno* A. Nieto, ed. Ariel (1984).

- (10) De hecho, la nueva Ley de Contratos para las Administraciones Públicas introduce los *sistemas dinámicos* que permite que una vez realizada una adjudicación a un conjunto de proveedores se puedan presentar nuevas ofertas por parte de otros proveedores.
- (11) Caso de la Comunidad de Madrid con las medidas previstas en la Ley 4/2012, 14 de julio de 2012, o la externalización de servicios prevista por la Comunidad Valenciana.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACCENTURE (2009), Innovation Centre for Health. Bending de curve on the path to high performance.
- Asociación de Economía de la Salud (2008), ES.
- ASETEC (2011), *Estudio de demografía médica, apuntes para la eficiencia del sistema sanitario*, Organización Médica Colegial, Madrid, 2011.
- Caballer-Tarazona M. y cols. (2011), A model to measure the efficiency of hospital performance, Mathematical and computer Modelling (2010), doi:10.1016/j.mcm.2010.03.006.
- Duran, A. (2011), «Health system decentralitation in Spain: a complex balance», *Euro Observer*, vol. 13, núm. 1.
- Dormont, B. y Milcent, C. (2012), *Ownership and Hospital Productivity*, CEPREMAP, disponible en <http://cepremap.ens.fr/depot/docweb7docweb1205.pdf>
- Fondo Monetario Internacional (2012), *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*, editado por Benedict Clements, Davis Coady y Sanjeev Gupta.
- Garicaño en un informe elaborado por FEDEA y la consultora McKinsey y del que el autor es coautor. *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*, disponible en <http://www.cambioposible.es/sanidad/>
- García Perea, Pilar y Manrique Simón, Marta (2012), «Estrategias de reforma de los sistemas sanitarios en la UEM», *Boletín Económico*, noviembre 2012, Banco de España.
- Guillou, Michele (2007), Documento técnico sobre «*Gobernanza de Hospitales Públicos: ¿hacia un modelo de gestión orientado a la cohesión social?*», Marco conceptual. Modelos y lecciones aprendidas en América Latina y Europa», Centre Hospitalier Universitaire de Nice, octubre 2007.
- Hernandez de Cos, P. y Moral-Benito, E. (2011), «Eficiencia y regulación en el gasto sanitario de los países de la OCDE», *Documentos ocasionales*, núm. 1107, Banco de España.
- Jacobs, Rowena (2000), «Alternative methods to examine hospital efficiency: data envelopment analysis and stochastic frontier analysis», Centre for Health Economics, *Discussion Paper*, 177. University of York.
- Joumard, I.; André, C. y Nicq, C. (2010), «Health Care Systems: Efficiency and Institutions», OECD Economics Department, *Working Papers*, 769, OECD Publishing.
- Sánchez, F. L. (2007), «Medidas de racionalización del gasto sanitario y su aplicación: un enfoque alternativo sobre las centrales de compra», *Presupuesto y Gasto Público*, núm. 49 (4/2007). Instituto de Estudios Fiscales.
- Sculpher, M. y Claxton, K., (2012), «Real economics needs reflect real decisión. A response to Jhonson», *Pharmacoeconomics*, 2012;30 (2) 133-136.
- Seijas, A. e Iglesias, G. (2009), «Medida de la eficiencia técnica en los hospitales públicos gallegos», *Revista Galega de Economía*, vol. 18, núm. 1.
- Urbanos, R.; González, B. y Puig-Junoy, J. (2012). «La crisis económica llega a la sanidad pública», *Economistas*, 131:158-16.
- PWC (2012), *Diez temas candentes de la sanidad española para 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas*, disponible en [www.pwc.es](http://www.pwc.es)

# Revista Española del Tercer Sector

Toda la **información** para conocer en profundidad los **temas actuales** del **Tercer Sector**.

- Artículos y textos inéditos de investigadores y expertos del sector.
- Temas sociales con un enfoque multidisciplinar (económico, social, político, gestión...)
- Dirigida a profesionales, entidades sociales y empresas con interés en la inclusión social, la igualdad, la economía social...
- Una visión internacional, un panorama hispanoamericano y europeo.
- Una publicación con periodicidad cuatrimestral.

Suscripción online: **gratuita**  
Inscripción impresa: **25€ (3 números)**  
Más información en: **rets@accioncontraelhambre.org**  
**tlf.: 91 540 08 78**



# LA EFICIENCIA DEL GASTO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA

**Manuel Pérez Mallaina**

*Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales*

## RESUMEN

La eficiencia del gasto farmacéutico tiene aspectos importantes como: los nuevos medicamentos, los medicamentos genéricos y el médico de atención primaria.

Los nuevos medicamentos, que la FDA (*Food and Drug Administration*) los clasifica según su interés terapéutico, están representados por el cuadro 1, desde el año 1990 al 2011, en la que se demuestra que los clasificados con B, C y D, su aprobación sin someterlos a otros análisis como coste-efectividad puede ser un despilfarro. El cuadro 2 permite la comparación de los medicamentos subvencionados y utilizados en España con los de otros países europeos.

En medicamentos genéricos, hay una serie de circunstancias que hacen que en España no se implanten con el mismo éxito que en la mayor parte de los países avanzados, entre ellas considerarlos distintos a los originales.

Valorar la importancia del médico de atención primaria para la obtención de la eficiencia en el gasto farmacéutico que se pretende, es totalmente necesario.

Conclusiones que puestas en práctica dan lugar a un menor gasto sanitario y sobre todo a una mejor medicación.

## PALABRAS CLAVE

Eficiencia, Nuevos medicamentos, Gasto farmacéutico, Medicamentos subvencionados, Medicamentos genéricos, Comunidades autónomas, Reformas, Financiación pública, Unión Europea, Sistema Nacional de Salud, Médicos de atención primaria.

## 1. Introducción

El gasto farmacéutico, que en recetas del SNS (Sistema Nacional de Salud) en España, ascendió en el año 2011 a un total 11.144,53 millones de euros, es una gran preocupación para las autoridades sanitarias. La economía, como ciencia de la elección bajo restricciones, está interesada en dar soluciones a este gasto y mucho más estará cuando ello atañe a un bien tan preciado y escaso, como es la salud. *La salud no es todo en la vida, pero sin la salud todo es nada*, Arthur Shopenhauer.

La aplicación de la economía a la identificación, medición y comparación de los costes, riesgos y beneficios de los programas servicios y tratamientos, constituye uno de sus fines para el logro de la racionalización del uso de medicamentos, que no significa que se debe gastar menos, sino que se debe gastar mejor. Es decir,

los recursos deben ser utilizados de una forma eficiente, puesto que un crecimiento desmesurado en este capítulo supone un debilitamiento de fondos para otros campos de la atención sanitaria con recursos precarios, como la promoción de la vida sana, la prevención de la enfermedad, la asistencia domiciliaria, la atención geriátrica, la asistencia sociosanitaria, etcétera.

## 2. Nuevos medicamentos

Una de las medidas que permite fijar la relación causa-efecto entre el consumo y el gasto, es la presión de los nuevos medicamentos en el gasto medio por receta y su aportación marginal a la producción de salud. La mayor parte del gasto en innovaciones farmacéuticas está representado por medicamentos con aportación terapéutica nula o casi nula, frente a los medicamentos ya disponibles en el mercado, de

**Cuadro 1****Clasificación de las innovaciones terapéuticas de la FDA.**

Adaptadas al SNS desde 1990-2012

<b>Año</b>	<b>Innovación excepcional A*</b>	<b>Importante innovación A</b>	<b>Mejora B</b>	<b>Alguna mejora C</b>	<b>Copias D</b>	<b>Total</b>
1990	1	2	11	21	385	420
1991	1	0	5	16	448	470
1992	2	1	5	14	445	467
1993	2	5	5	21	538	571
1994	1	5	6	18	356	386
1995	1	2	4	15	432	454
1996	0	5	17	19	379	420
1997	1	3	14	24	639	681
1998	0	4	11	20	696	731
1999	0	7	10	13	684	714
2000	1	6	7	15	683	712
2001	1	2	16	10	593	622
2002	3	4	15	15	614	651
2003	0	7	11	15	807	840
2004	2	3	5	8	676	694
2005	2	2	9	7	736	756
2006	2	2	11	3	1.098	1.116
2007	1	2	23	4	1.133	1.163
2008	1	3	12	14	940	970
2009	0	1	6	1	1.165	1.173
2010	2	2	6	1	1.393	1.404
2011	1	3	12	11	1.934	1.961
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>70</b>	<b>218</b>	<b>313</b>	<b>15.151</b>	<b>17.376</b>

Fuente: FDA e Información Terapéutica del SNS. Elaboración propia.

modo que el elevado diferencial de precios respecto a estos se puede considerar totalmente evitable.

Los últimos nuevos principios activos autorizados en España, desde los años 1990 a 2011, clasificados según el potencial terapéutico y realizados por el SNS, se adapta a la establecida por la FDA (1) (*Food and Drug Administration*). La relevancia de este enfoque se relaciona con el hecho de que España y EE.UU. son los dos países en donde las innovaciones más rápidamente alcanzan altas cuotas de mercado. La FDA clasifica los nuevos medicamentos según su interés terapéutico en los apartados:

*A\*: Innovación excepcional.* El nuevo medicamento supone un tratamiento o diagnóstico eficaz para una enfermedad que no podía ser tratada o diagnosticada adecuadamente con algún medicamento existente.

*A: Importante innovación.* El nuevo medicamento proporciona una mejora evidente, bien en cuanto a eficacia o a seguridad, de una enfermedad para la que existía ya tratamiento disponible.

*B: Mejora terapéutica.* El medicamento constituye un avance sobre otros medicamentos disponibles en el mercado, como, por ejemplo, mayor comodidad para el paciente, eliminación de reacciones adversas molestas, aunque no graves, o posibilidad de reducir el coste en forma importante.

*C: Muy pequeña mejora terapéutica.* El nuevo medicamento no está relacionado estructuralmente con ningún fármaco existente (es una nueva entidad farmacológica). Pero no aporta ninguna ventaja significativa respecto a otros fármacos alternativos en la enfermedad para la que está indicado. El nuevo medicamento es similar a uno o más fármacos ya disponibles en el mercado.

## Cuadro 2

### Número de medicamentos subvencionados, utilizados en la mayor parte de países europeos

País	Año 1992	Año 1996	Año 2002
Alemania	8.195	8.900	9.446
Bélgica	2.743	2.519	2.801
Dinamarca	1.787	3.296	1.941
España	6.829	5.577	5.987
Finlandia	3.458	3.819	1.808
Francia	4.200	3.620	4.470
Grecia	3.000	3.500	3.454
Holanda	1.800	2.500	4.812
Irlanda	2.100	2.200	3.200
Italia	4.190	5.144	5.359
Portugal	4.370	4.450	6.424
Suecia	3.144	3.499	6.678
Noruega	1.200	1.269	1.933
Suiza	8.131	7.764	6.933

Fuente: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y asociaciones de la industria farmacéutica de cada país. Elaboración propia.

D: Copias. No implica aparentemente ninguna mejora farmacológica ni clínica en el tratamiento de las indicaciones autorizadas. Se trata de medicamentos *me-too*.

Una consideración importante del cuadro 1, es que de los 17.376 fármacos analizados según su interés terapéutico, solo 25 y 70 fueron clasificados como novedad terapéutica con A\* y A, y 15.151 clasificado con D, fueron simples copias, o medicamentos *me-too*. El cuadro 2, muestra la cantidad de medicamentos subvencionados en la mayor parte de los países europeos.

El Ministerio de Sanidad a través de su Gabinete de Prensa, nota 2532 de fecha 21-10-2012, decía: *En el primer semestre del año, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha dado luz verde a la inclusión en la financiación de alrededor de 1.000 nuevos medicamentos algunos de ellos dispensados en farmacia hospitalaria, con un coste superior a los 3.000 euros por envase. De hecho, España se mantiene como uno de los países europeos con más fármacos financiados: junto con Francia e Italia, es el único que supera los 10.000 medicamentos con cargo a fondos públicos (en concreto, más de 18.000).* (<http://www.mssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2532>).

Los laboratorios farmacéuticos conocen perfectamente que están en un sector de constante evolución y en el cual la oferta es muy superior a la demanda, por lo que intentan ajustar su política comercial a sucesivos lanzamientos, quedando su interés investigador sujeto a intereses comerciales, más que sanitarios, colocando en el mercado productos no mejores a los ya existentes, y que, sin embargo, aportan unos precios muy superiores, logrando incluso que medicamentos considerados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como esenciales y cuyos beneficios para ciertas terapias son y han sido indicados dejen de fabricarse.

Ante estos intereses mercantiles de los laboratorios, el Estado con todos sus medios debe ejercer el liderazgo, satisfaciendo su obligación de defensa del usuario y de la sociedad en su conjunto, debiendo realizar un proceso técnico de evaluación de los medicamentos que solicitan la autorización de comercializar. En esa evaluación, debe analizarse en qué medida se justifica la comercialización de cada medicamento, lo cual es un nuevo frente a las alternativas ya conocidas y comercializadas; debiendo aplicar el principio de coste-

efectividad, obligatorio ya en la mayor parte de los países desarrollados (Inglaterra, Francia, Italia, Alemania, Holanda, Finlandia, Dinamarca, Irlanda, Canadá, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda, etc.), que filtra el turbio torrente de nuevos y seudonuevos medicamentos, permitiendo fijar el precio de cada uno de acuerdo con su valor terapéutico. No tiene sentido, autorizar productos que siendo mucho más costosos no demuestran ventajas claras sobre los ya conocidos. Incluso se debiera publicar en la actual situación un listado de aquellos medicamentos de baja utilidad terapéutica contrastada, puesto que desde 1993 y 1998 no se ha realizado una verdadera selección, llegando al 31 de diciembre del 2011 con 15.804 medicamentos financiados por el SNS según datos de AEPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), y sigue aumentando en una progresión alarmante, si se confirman los datos dados por el Gabinete de Prensa del Ministerio de Sanidad, ya referenciado, que los sitúa en 18.000. Este ritmo de aprobaciones nos distancia en cuanto a eficiencia de los países europeos.

El Real Decreto-ley 4/2010, de fecha 26 de marzo, dice: *Las medidas que se aprueban mediante este Real Decreto persiguen el objetivo urgente de modificar la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios previsto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios con la finalidad última de establecer medidas que permitan, en el ámbito farmacéutico una reducción inmediata del gasto que asegure la necesaria sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, con las premisas de universalidad y alta calidad en sus prestaciones.*

Este real decreto-ley, se ampara en la competencia exclusiva del Estado, en materia de bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos y el régimen económico de la Seguridad Social. Además se apoya en la normativa europea en la materia, contenida en la Directiva 89/105/CEE, del 21 de diciembre, en la que la normativa comunitaria parte de la premisa de que la ordenación de precios de los medicamentos y la organización de los sistemas de la Seguridad Social es una competencia reservada a los Estados miembros, sin que quepa una regularización directa en la materia por la Unión Europea.

Es posible que en una nueva reestructuración sean miles los medicamentos que se anulen, no solamente por baja utilidad terapéutica, sino porque su relación coste-efectividad es muy negativa con relación a otros del mercado. Los grandes beneficiados de estos recortes serán el propio SNS, los médicos al contar con los medicamentos más indicados en sus diagnósticos y sobre todo los enfermos, puesto que los medicamentos utilizados para su terapia serán los mejores. No hacerlo con la suficiente urgencia da lugar a que comunidades autónomas, en contra de lo que prescribe la ley, lo realicen por su cuenta, dejando de financiar ciertas novedades terapéuticas.

Ejemplos:

El boletín oficial de la Comunidad de Madrid publicó el 2 de diciembre del 2009 la Orden 851/2009, por la que se crea el Consejo Asesor de Farmacia, cuya misión será promover las medidas que se crean necesarias para armonizar la utilización de medicamentos entre centros de salud y hospitales; decidirá por su impacto sanitario, social y económico, la variabilidad en la utilización de fármacos, qué patologías requieren un protocolo y qué medicamentos precisan un análisis frente a otras alternativas, creando una Guía Farmacoterapéutica y los protocolos guías de práctica clínica.

*El mejor fármaco al mejor precio y los demás no se financiarán.* Con esta frase la Xunta de Galicia creó una ley para la aplicación de un catálogo priorizado de medicamentos, que permite dirigir la prescripción a la más eficiente, sobre todo cuando se encuentran alternativas igual de seguras y eficaces pero con coste menor; además contó con la aprobación de la OMC (Organización Médica Colegial) (2), que consideró la medida como razonable y sustancial, afirmando que es una idea a imitar en el resto del país y no atenta contra la libertad de prescripción, porque esta libertad está relacionada con el principio activo, no con la marca. Con esta medida se aspira ahorrar 110 millones de euros al año. Este catálogo fue aprobado por el Tribunal Constitucional.

El SAS (Servicio Andaluz de Salud) ha hecho su propuesta final a los Colegios de Farmacéuticos. Se trata de un paquete de medidas adicionales al concierto

de la Administración andaluza con los farmacéuticos para recortar la factura de farmacia y en el que se ha incluido la posibilidad de que el SAS saque a concurso público algunos medicamentos de alto impacto económico, para adjudicar todas las dispensaciones a la marca más barata que gane el citado concurso. Cree el SAS que con su plan de concursos llegará a ahorrar hasta 200 millones de euros anuales. Contra esta medida, el Ministerio de Sanidad interpuso recurso al Tribunal Constitucional, por entender que la medida vulneraba las competencias estatales en materia de legislación farmacéutica. Recientemente, el Tribunal Constitucional ha levantado la suspensión cautelar, por lo que el SAS seguirá sacando a concurso nuevos principios activos.

La Consejería de Salud de La Rioja eliminó 21 principios activos, en mayo del 2012; el Servicio Cántabro de Salud, anuló dos novedades terapéuticas, febuxostat DCI y pivastatina, precisamente incluidas también en los 21 principios activos eliminados por la Consejería de Salud de La Rioja. El Sergas (Servicio Gallego de Salud) comunicó a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos gallegos la intención de establecer un programa de dispensación y seguimiento especial del uso de la capecitabina DCI y de la temozolomida DCI, estos dos ya formaron parte también de los 21 principios activos que sacó de financiación la Consejería riojana (*El Global*, 13-6-2011). Pero estos casos no son únicos, ya que los ha habido en Valencia, Aragón, País Vasco, Murcia, etc. Todos estos principios activos ya fueron evaluados y clasificados en su momento por la FDA. Por tanto, si se hubiera realizado un análisis del coste-efectividad no se hubieran aprobado y en consecuencia el gasto hubiera sido menor, aunque se hubiera sustituido por otro de inferior coste y mejor.

En Francia, dos especialistas de reconocido prestigio, Philippe Even, presidente del Instituto Necker de París, y Bernard Debré, doctor y exministro con Sarkozy, afirman: *El 50% de los medicamentos que se venden en las farmacias francesas son perfectamente inútiles mientras el 5% son peligrosos. Quitarlos del mercado y no reembolsarlos a través de la Seguridad Social permitiría ahorrar unos 10.000 millones de euros a los presupuestos del Estado francés.*

En España, nuestro listado de medicamentos es bastante más numeroso, luego sus consecuencias deben ser mayores.

Hoy los intereses de la salud deben estar por encima de los beneficios económicos de un grupo de empresarios por muy importantes que sean.

### 3. Medicamentos genéricos

Los genéricos, impulsados con energía por los gobiernos, han tenido gran éxito en casi todos los países desarrollados. Una de las grandes ventajas de los medicamentos bajo denominación genérica, es que su precio siempre es más reducido puesto que no se repercuten, ni las inversiones en investigación ni los cuantiosos gastos de comercialización y *marketing*, necesarios, para situar un nuevo producto en el mercado que no aporta el suficiente avance terapéutico. Esta circunstancia, junto a las necesarias garantías de bioequivalencia y las de un marco de libre competencia, han propiciado que el uso de estos medicamentos haya sido fuertemente apoyado por diferentes organizaciones de salud, con el fin de controlar el crecimiento y reducir el importante volumen que tienen los Estados en gasto farmacéutico. Pero tan legítimo objetivo no estaría justificado si no garantizase al paciente la altísima calidad del medicamento y, por tanto, iguales respuestas clínicas que las obtenidas con el medicamento original. Por ello, el BOE, núm. 315 del 31/12/1996, define: *Especialidad farmacéutica genérica: La especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. La especialidad farmacéutica genérica debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia.* Esta definición, con el uso, ha creado unas lagunas que hacen que con frecuencia los genéricos sean distintos a los originales.

El concepto farmacológico de bioequivalencia, que determina que la versión genérica de un fármaco libera sus principios activos en sangre de la misma manera que la marca original, es relativamente cuestionable, porque los estudios de bioequivalencia se suelen hacer

con muestras pequeñas de 15-50 individuos, mientras los que se realizan con moléculas originales precisan muestras mucho más amplias.

En cuanto a la dosificación del principio activo, la Real Farmacopea Española del año 2005 en su página 258, dice: *La preparación satisface el ensayo cuando el contenido individual de cada unidad está comprendido entre el 85% y el 115% del contenido medio.* Es decir, si un genérico puede tener una oscilación en materia prima entre estas cantidades, se puede dar la circunstancia, que dos medicamentos genéricos sean bioequivalentes con el original, pero que por estar entre los límites superior e inferior de los que se aceptan legalmente no sean equivalentes entre sí.

También pueden ser distintos los otros componentes, como: tamaño de las partículas, forma de las sustancias químicas, los excipientes, los recubrimientos, inclusive su aspecto físico.

Todo esto queda confirmado al existir bibliografía altamente cualificada que demuestra que cualquier cambio en la obtención del principio activo, o en el empleo de excipientes, edulcorantes y otros componentes, es suficiente para que no sea bioequivalente y, por tanto, efectos terapéuticos distintos a los conseguidos con el medicamento original.

El día 8 de octubre del año 2006 en el departamento de Farmacología de una universidad pública se detectó un defecto de fabricación en seis marcas de genéricos, pertenecientes a las moléculas de diclofenaco y pantoprazol. En el caso de estos medicamentos, para ser eficaces, se debían disolver en el intestino delgado, pero la cubierta no resistía el pH gástrico y era allí donde se disolvía, lo que motivaba que los efectos de estos fármacos genéricos fueran nulos. Estas y otras diferencias hacen que en numerosas ocasiones el genérico sea distinto al original y que hagan desaconsejable la intercambiabilidad en productos de rango terapéutico estrecho, en medicamentos de compleja biodisponibilidad, en medicamentos de administración inhalatoria, etcétera.

El 31 de diciembre de 2008 estaban disponibles en las oficinas de farmacia de España un total de 5.105 presentaciones o formatos comerciales de medicamentos

genéricos (EFG). Solo los cinco primeros principios activos disponen de 1.400 presentaciones diferentes, lo que supone 280 presentaciones de media por principio activo. Los diez primeros principios activos disponen de 2.342 presentaciones diferentes, lo que supone 234 presentaciones de media por principio activo. Resumiendo lo anterior, existen dos principios activos con más de 300 presentaciones diferentes, cinco con más de 200 y 18 con más de 100.

Esta cantidad, ya tan importante de genéricos, debe dar lugar a una formulación clara y concisa, obligando a que el genérico sea igual al original en todo, materia prima, dosis, excipientes, edulcorantes, forma de fabricación, etc., con un nivel de exigencia total. Una vez conseguido esto, se debe cuidar el aspecto físico. En definitiva, que si son iguales también que parezcan iguales, la bioapariencia (3). Este es uno de los grandes deseos de médicos y usuarios, pero para que esto sea posible es necesario que en el interior del envase el medicamento tenga exactamente el mismo contenido que el original, de otra forma se estaría engañando al consumidor y las autoridades sanitarias deben de tener muy claro que: *Un medicamento nunca puede ser un fraude terapéutico para el enfermo que lo necesita.*

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Orense, en carta enviada a la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) en fecha 12-7-2012, decía: *El COF de Ourense, a la vista de la situación, decidió establecer contactos con Sumol, Asol, Aurobindo y Blufisch para pedir garantías sobre el suministro de sus productos, entre ellas los estudios de bioequivalencia y resultado de ellos: Sumol y Asol no respondieron a nuestras llamadas telefónicas. Eurobindo respondió que no disponía de bioequivalencia en España y que debía solicitarlo a la India. Bluefish respondió a nuestra solicitud con la siguiente frase: ¡Is it possible to get this message in English, please!*

La fabricación de medicamentos genéricos da la oportunidad a nuevas entidades a entrar en este mercado, asegurando su éxito, puesto que las cuotas de mercado que pueden absorber compitiendo en precios con los productos de marca tienen un techo, que viene dado por el laboratorio innovador, y la cuota que obtuvo cuando el medicamento estaba protegido por la patente

e incluso conoce también el margen entre los costes y el precio estimado. Cuanto mayor es la cuota de mercado del producto de marca, mayor es el número de empresas que tratan de competir comercializando genéricos.

#### 4. El médico de atención primaria

El médico de atención primaria es el más importante en el gasto farmacéutico, por ello se debe tener en cuenta:

a) El medicamento está sujeto a la prescripción del médico y a su venta con receta, luego su demanda es una demanda derivada, que surge de una forma general con la prestación de los servicios y de una forma más particular con el acto médico. Por ello, el médico debe ocupar el lugar central de todos los sistemas sanitarios y sus decisiones evolucionarán al ritmo de crecimiento del gasto farmacéutico que ellos deseen, según las informaciones que se le den, los objetivos que se le pongan, las disponibilidades con que cuenten, las preferencias que se le indiquen, etc. Cualquier sistema sanitario público que no cuente con los médicos como los principales gestores sanitarios, está destinado al fracaso y a la irracionalidad. Contener el gasto sin contar con el médico es imposible.

Los economistas tenemos aquí una gran responsabilidad, porque ayudamos a decidir al médico cuál de las posibles alternativas produce los mejores resultados de salud, en relación a los recursos invertidos, intentando aislarle de las presiones e intereses de la industria.

b) Motivar al médico para que se sienta responsable ante el enfermo y ante el sistema, solo será posible si cuenta con el total respaldo del propio sistema. Para ello, debe tener una participación generosa en la buena gestión, debiendo establecer incentivos para que los médicos receten teniendo en cuenta, además de las prioritarias consideraciones técnicas, los costes de los tratamientos promoviendo el coste-efectividad.

#### 5. Conclusión general

Si se ponen en práctica las reformas (4) enumeradas, nuestro gasto farmacéutico descenderá ostensiblemente, pero sobre todo tendremos una medicación mejor y más barata, es decir, seríamos eficientes.

Nelson Mandela: *No es valiente quien no tiene miedo sino quien sabe conquistarlo*. El reto de las organizaciones, consiste en conquistar el miedo para mejorar resultados y hacer frente a los cambios del entorno cada vez más rápidos e imprevisibles. Los cambios en el entorno exigen nuevas formas de gestión a las personas basadas en el cambio.

### NOTAS

- (1) Organismo de EE.UU. de máxima garantía mundial, que con un presupuesto en el año 2009 de 738.723 millones de dólares es el encargado de velar por la seguridad de los medicamentos y productos alimenticios, principalmente de EE.UU.
- (2) OMC (Organización Médica Colegial) es el organismo que regido por el Consejo General, representa a los médicos colegiados de España, a nivel nacional e internacional, y su función principal es la salvaguarda de los valores fundamentales de la profesión médica: la deontología y el código ético.
- (3) Sobre este tema la carta del 17/7/2012 de la dirección de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios al presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Orense decía: *Desde el RD-Ley de agosto de 2011 se han intensificado las llamadas por parte de profesionales y asociaciones reclamando un esfuerzo para lograr la bioapariencia (en definitiva, si son iguales, que parezcan iguales)... sin que hasta el momento se hayan puesto sobre la mesa estudios suficientemente sólidos como para abordar una medida de este calado.*
- (4) Las reformas son cambios estructurales que mejoran la calidad del sistema, es una apuesta de futuro con efectos a corto, medio y largo plazo. Los recortes son medidas coyunturales a corto plazo, que no son duraderas ni a medio ni a largo plazo.

### BIBLIOGRAFÍA

- Barker, Richard (2010), «A flexible blueprint for the future of drug development», *The Lancet*, 375: 357-359, enero 2010.
- Even, Philippe y Debré, Bernard. (2012), «Guide des 4000 médicaments, utiles, inutiles ou dangereux», *Le Cherche-Midi*, 2012.
- International Committee of Medical Journal Editors (2006), *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*, Updated febrero 2006.
- Meneu, R. y Ortún, V. (2011), «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis», *Gaceta Sanitaria* 25(4): 333-338.
- Puig-Junoy, Jaume (2012), *El futuro de la prestación farmacéutica en España*. XII encuentro de la Industria Farmacéutica, UIMP.
- Sharank, W. H.; Cadarette, S. M.; Cox, E. y cols. (2009), «Is there relationship between patient beliefs or communication about generic drugs and medication utilization?», *Med. Care*. 2009; 47; 319-25.
- Wagstaff, A. (2003), «Child health on dollard a day: some tentative cross-country comparisons», *Soc. Sci. Med.* 2003; 57:1.529-38.
- Who Health Commission on the Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report on the Commission on the Social Determinants of Health, World Health Organisation, Ginebra.

## *Información Comercial Española Revista de Economía*

6 números anuales

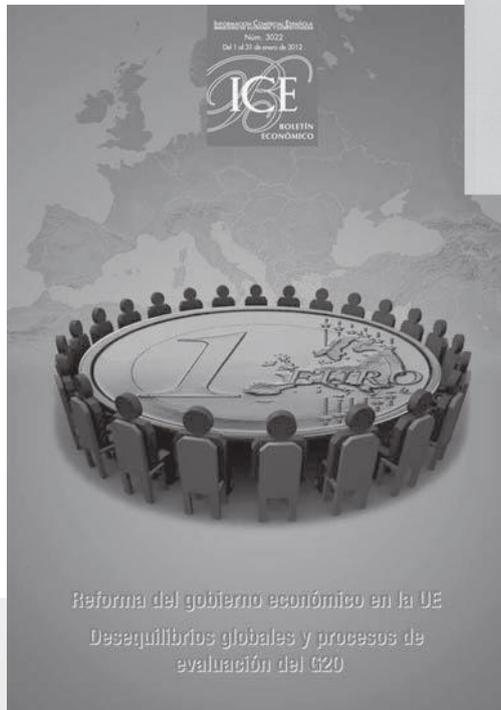
Artículos originales sobre un amplio espectro de temas tratados desde una óptica económica, con especial referencia a sus aspectos internacionales



## *Boletín Económico de Información Comercial Española*

12 números anuales

Artículos y documentos sobre economía española, comunitaria e internacional, con especial énfasis en temas sectoriales y de comercio exterior.



Reforma del gobierno económico en la UE  
Desequilibrios globales y procesos de  
evaluación del G20



## *Cuadernos Económicos de ICE*

2 números anuales

Artículos de economía teórica y aplicada y métodos cuantitativos, que contribuyen a la difusión y desarrollo de la investigación económica.

## INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**Humberto Arnés Corellano**

*Director general de Farmaindustria*

**Pedro Luis Sánchez García**

*Director del Departamento de Estudios de Farmaindustria*

### RESUMEN

La contribución de la industria farmacéutica a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) español ha sido muy importante tanto en los años inmediatamente anteriores al comienzo de la crisis económica como durante los años de crisis. El gasto farmacéutico público se ha reducido hasta diciembre de 2012 más de un -23% desde su máximo y puede acabar 2013 con una reducción del orden del -33%. El motivo fundamental de estas caídas del gasto son los impactos de los Reales Decretos-ley 4/2010, 8/2010, 9/2011 y 16/2012 que han afectado de manera estructural al mercado farmacéutico público en nuestro país. En este entorno de caída del gasto público en medicamentos, la industria farmacéutica necesita la conformación de un marco regulador estable y predecible que permita el desarrollo de toda su potencialidad y que garantice el acceso de los pacientes españoles a los fármacos innovadores.

### PALABRAS CLAVE

Sostenibilidad, Gasto farmacéutico, Regulación, Impacto económico.

### 1. ¿Qué es un SNS sostenible?

Dentro de unos niveles relativamente bajos de esfuerzo de gasto, el concepto de sostenibilidad tiene mucho que ver con criterios de elección; en el caso del gasto sanitario, con la elección pública. En algunos casos un gasto del 7% del PIB puede considerarse insostenible, mientras que en otros, un 9% puede aparecer como un gasto perfectamente sostenible, que incluso podría aumentar.

Todo es cuestión de prioridades sociales y políticas, por ejemplo, ¿por qué no se modifican las pensiones públicas y sí se reduce el gasto sanitario?

En el caso de España, la cuestión es aún más compleja al tratarse de un Estado descentralizado en el que la prestación sanitaria está transferida a las comunidades autónomas y no es precisamente un capítulo irrelevante de su presupuesto. De hecho, el gasto sanitario público representa entre el 30 y el 40% del presupuesto (1) de unas CC.AA. que, a su vez: i) están

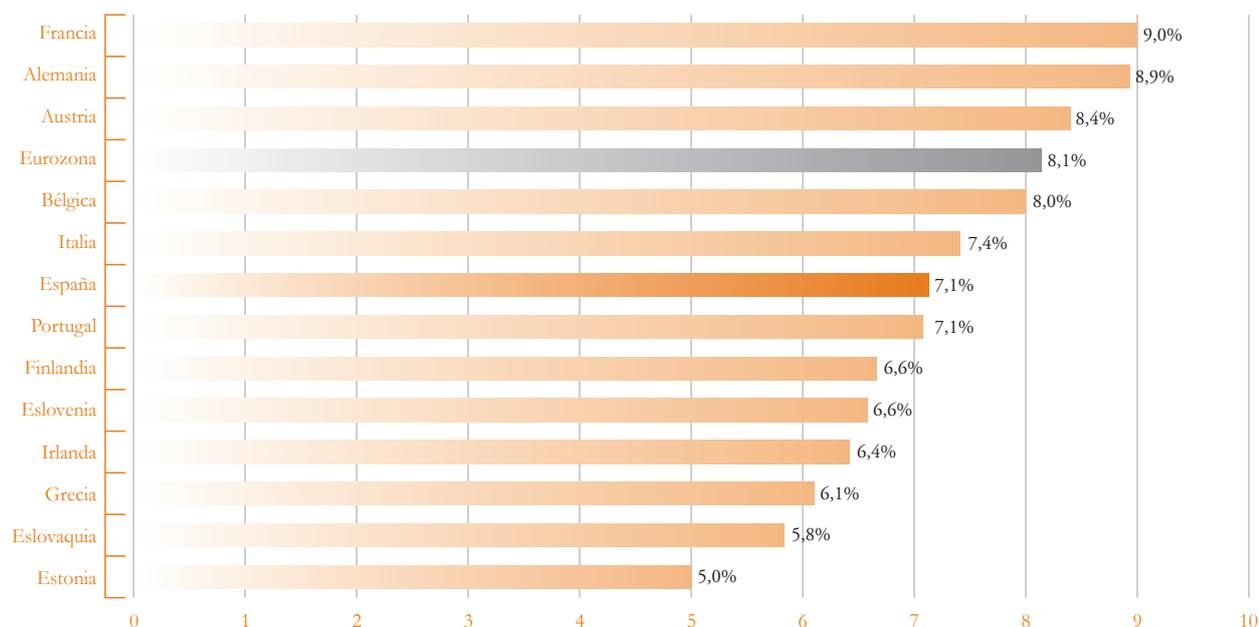
experimentando una fuerte reducción de sus ingresos; ii) tienen que reducir su déficit en más de un 50% en 2012 y un 50% adicional en 2013, y iii) tienen fuertes restricciones a su capacidad de endeudamiento.

En este escenario, las posibilidades reales de las CC.AA. de optar por el mantenimiento de una partida que puede suponer el 40% de su gasto total son escasas, ya que dicho objetivo solo sería alcanzable a partir del desmantelamiento del resto del gasto público autonómico, lo cual no parece una posibilidad muy realista.

No obstante, si contemplamos el gasto del conjunto de las Administraciones públicas españolas, la elección pública seguiría siendo relevante, ya que se podría optar, por ejemplo, por: i) reducir determinados gastos de la Administración central y transferir los recursos correspondientes a las CC.AA. para, al menos suavizar la reducción de gasto sanitario que deben acometer para cumplir con sus objetivos de déficit, o ii) directamente, modificar los objetivos de déficit de las diferentes Administraciones públicas.

**Gráfico 1****Gasto sanitario público/PIB en los países de la zona euro (2010)**

En porcentaje



Fuente: Farmaindustria a partir de OCDE Stat Extracts.

Aun así, la elección pública ya se ha producido y los objetivos de déficit para el período 2012-2014 son los que muestra el cuadro 1. A la vista de dichos objetivos, y de la participación del gasto sanitario en los presupuestos de las CC.AA., garantizar la sostenibilidad del SNS español pasa por acometer importantes reducciones del gasto, que permitan su financiación con los recursos disponibles para ello.

## 2. ¿Cómo contribuye la industria farmacéutica a la sostenibilidad del SNS?

La contribución de la industria farmacéutica a la sostenibilidad del SNS se produce por una doble vía: i) por la vía del gasto, la industria farmacéutica contribuye a la sostenibilidad del SNS asumiendo reducciones de gasto farmacéutico, o con crecimientos que ocurren a una tasa inferior a la del resto de componentes del

**Cuadro 1****Déficit (objetivos 2012-2014)**

En porcentaje

	2011	2012	2013	2014
Administración central y Seguridad Social	-5,2%	-4,5%	-3,8%	-2,7%
Comunidades autónomas	-3,3%	-1,5%	-0,7%	-0,1%
Corporaciones locales	-0,4%	-0,3%	0,0%	0,0%
<b>Total Administraciones públicas</b>	<b>-8,9%</b>	<b>-6,3%</b>	<b>-4,5%</b>	<b>-2,8%</b>

Fuente: Gobierno de España.

**Cuadro 2****Gasto farmacéutico y sanitario públicos (tasas de crecimiento 2002-2010)**

En porcentaje

	<b>Crecimiento medio anual 2002-2007</b>	<b>Crecimiento medio anual 2007-2010</b>
Gasto farmacéutico público en oficinas de farmacia	7,00%	3,98%
Resto de partidas del gasto sanitario público	9,95%	4,72%
Crecimiento del gasto sanitario público	9,33%	4,58%

Fuente: Farmaindustria a partir de MSSSI. Estadística del Gasto Sanitario Público. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

gasto sanitario público, y ii) por la vía de los ingresos, la industria farmacéutica contribuye a la sostenibilidad del SNS fomentando el crecimiento económico de España, lo que permite a su vez incrementar el volumen de recursos disponibles para la financiación del SNS.

Centrándonos por el momento en la primera de las dos vías anteriores, a la vista de los datos que muestra el cuadro 2, caben pocas dudas acerca de la contribución de la industria farmacéutica a la sostenibilidad del SNS, tanto durante los años de crecimiento económico como durante los primeros años de crisis.

En el período 2002-2007, en plena fase expansiva de la economía española, en la que llegaron a registrarse importantes superávits presupuestarios, el gasto sanitario público creció a una tasa media anual del 9,33%. En este período, el gasto farmacéutico público creció a una tasa media anual del 7%, mientras que el resto de partidas del gasto sanitario lo hizo a

una tasa media del 9,95% anual, casi tres puntos más de media en cada uno de los cinco años del período considerado.

Por otra parte, en el período 2007-2010, coincidiendo con el final de la fase expansiva de la economía española y el inicio de la crisis, el gasto farmacéutico público creció a una tasa media anual del 3,98%, mientras que el gasto sanitario público no farmacéutico lo hizo a una tasa media del 4,72% anual.

Es imposible saber con certeza qué ha ocurrido con el gasto sanitario público y sus distintos componentes en los años 2011 y 2012, ya que el último dato disponible se refiere a 2010. No obstante, si comparamos la evolución real del gasto farmacéutico público en recetas del SNS en 2011 y 2012, con la evolución de los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas en 2011 y 2012, tendríamos los resultados que se muestran en el cuadro 3.

**Cuadro 3****Gasto farmacéutico público y presupuesto sanitario (tasas de crecimiento 2011- 2012)**

En porcentaje

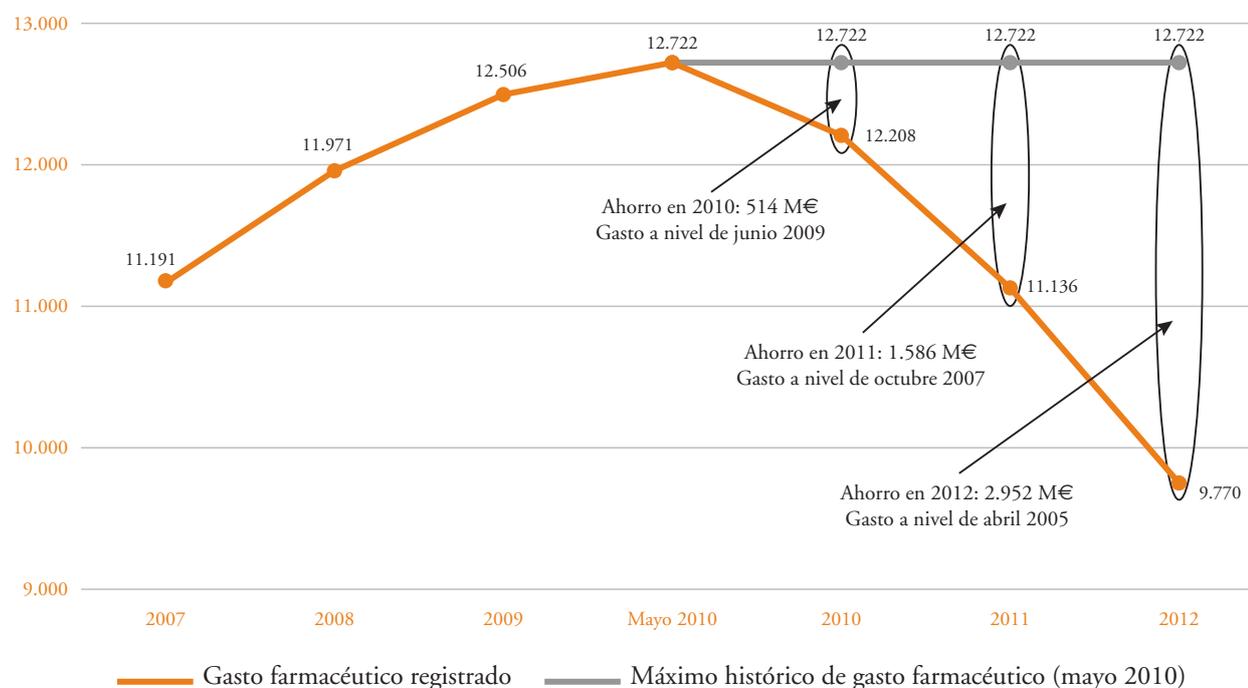
	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Gasto farmacéutico público en oficinas de farmacia (recetas SNS)	-8,78%	-12,26%
Presupuesto sanitario de las CC.AA.	-3,90%	-1,16%
Resto de partidas del presupuesto sanitario (datos estimados) (*)	-2,65%	+1,51%

(\*) El dato de *Resto de partidas del Presupuesto Sanitario* se obtiene restando del presupuesto sanitario inicial, el dato real de gasto farmacéutico de las CC.AA.

Fuente: Farmaindustria a partir de MSSSI, i) Facturación de recetas médicas del SNS y ii) Recursos del SNS. Presupuestos iniciales para sanidad de las CC.AA.

**Gráfico 2****Gasto farmacéutico público (anual 12 meses)**

En millones de euros



Fuente: Farmaindustria a partir de información de MSSSI.

Tal y como puede comprobarse, en el período en el que más fuerte se ha hecho sentir la crisis económica y en el que se han producido los mayores esfuerzos de consolidación fiscal de las Administraciones públicas, la contribución del gasto farmacéutico público ha sido determinante para garantizar la sostenibilidad del SNS. De hecho, tal y como muestra el gráfico 2, desde mayo de 2010, momento en que se alcanzó el máximo histórico de gasto farmacéutico público en España (suma móvil de los últimos 12 meses), el ahorro acumulado hasta diciembre de 2012 ha sido de 5.052 millones de euros (2) y el gasto farmacéutico en valores absolutos se encontraba en diciembre de 2012 en niveles similares a los registrados en abril de 2005, casi ocho años antes (3).

Los principales responsables de esta situación son cuatro reales decretos-ley aprobados en España entre marzo de 2010 y abril de 2012. En concreto los reales decretos-ley: i) 4/2010, de 26 de marzo; ii) 8/2010, de 20 de mayo; iii) 9/2011, de 19 de agosto, y iv) 16/2012, de 20 de abril.

Contemplados individualmente, cada uno de estos reales decretos-ley ha contribuido de forma importante a transformar el modelo de prestación farmacéutica pública en España, pero analizados de forma conjunta, los cuatro reales decretos-ley conforman un cambio regulatorio sectorial en España de tal magnitud que han provocado la ruptura estructural del mercado farmacéutico público español, al modificar no solo el marco básico de regulación económica del medicamento en España, sino también el comportamiento y los incentivos de los principales *stakeholders* del sector farmacéutico español: reguladores, compradores públicos, proveedores, gestores, prescriptores, dispensadores y muy especialmente consumidores de medicamentos.

Esto hace que el cambio de tendencia que muestra la serie de gasto farmacéutico en el gráfico anterior no sea meramente coyuntural, sino que tiene carácter estructural, de forma que, al menos durante el próximo lustro, los principales analistas prevén caídas continuadas, de mayor o menor cuantía, del mercado farmacéutico

#### Cuadro 4

### Previsión tasa media de crecimiento (anual 2012-2016)

En porcentaje

	2012-2016
Estados Unidos	+1%/+4%
Japón	+1%/+4%
Canadá	0%/+3%
Alemania	0%/+3%
Italia	0%/+3%
Reino Unido	0%/+3%
Francia	-2%/+1%
España	-4%/-1%

Fuente: IMS Market Prognosis, mayo 2012.

en España, al contrario de lo que estos mismos analistas prevén para el resto de los principales mercados farmacéuticos del mundo desarrollado, tal y como se muestra en el cuadro 4.

*Pero, ¿cuáles son los principales cambios que han introducido los anteriormente mencionados reales decretos-ley en la regulación económica del mercado farmacéutico en España?*

Existen muchas medidas de estos reales decretos-ley que tienen o han tenido un fuerte impacto en el gasto farmacéutico público en España, no obstante, hay cinco grupos de medidas que afectarán a este mercado de forma estructural:

1. Modificación del Sistema de Precios de Referencia: modificación de la forma de cálculo del precio de referencia, eliminación de la gradualidad, supresión de la exclusión de las innovaciones galénicas de interés terapéutico, extensión a biosimilares y ámbito hospitalario, etcétera.
2. Introducción de las agrupaciones homogéneas y dispensación en todo caso del medicamento de precio más bajo/precio menor en el ámbito de los medicamentos fuera de patente, y obligatoriedad de dis-

pensar el medicamento genérico a igualdad de precio más bajo con uno de marca en caso de prescripción por principio activo.

3. Aplicación de deducciones en el precio de los medicamentos bajo patente y sin competencia genérica: i) del 4% del PVP para adquisiciones públicas de medicamentos huérfanos sin genérico en España; ii) del 7,5% del PVP para adquisiciones públicas del resto de medicamentos sin genérico con menos de diez años en el mercado español, y iii) del 15% del PVP para adquisiciones de medicamentos sin genérico y con más de diez años en el mercado español.

4. Introducción de un nuevo esquema de copagos farmacéuticos variables en función de la renta, con algunas exenciones (perceptores de pensiones no contributivas, parados sin subsidio, perceptores de rentas de integración social, etc.) y topes máximos mensuales de aportación en el caso de la población pensionista.

5. Modificación de la regulación de precio y reembolso público de medicamentos, con exclusiones de la financiación para determinados grupos de fármacos, evaluación de la utilidad terapéutica relativa de los nuevos medicamentos y una evaluación económica que incorpore un análisis de coste-efectividad, un análisis de impacto presupuestario y un análisis de contribución al PIB.

La evaluación económica de medicamentos, bajo sus diferentes modalidades, es una práctica relativamente común en Occidente y con su adopción, España se equiparará al resto de países europeos que cuentan con esta figura en su proceso de precio y reembolso público de medicamentos (Francia, Alemania, Italia, Holanda o Suecia, entre otros).

A su vez, se prevé la implantación de una central de compras para adquisiciones de medicamentos en hospitales públicos, así como un sistema de precios seleccionados para medicamentos incluidos en el Sistema de Precios de Referencia. Adicionalmente a lo anterior, es preciso destacar que las compañías farmacéuticas realizan desde 2005 una aportación al SNS con carácter cuatrimestral en función de sus ventas en oficinas de farmacia que en la actualidad oscila entre el 1,5% y el 2% de lo facturado al SNS.

**Gráfico 3****Número de recetas (tasa de crecimiento anual)**

En porcentaje



Todos estos cambios han asegurado: i) un mercado de productos fuera de patente extremadamente competitivo, con actualizaciones continuas de precios, en el que en la práctica totalidad de casos siempre se dispensa el medicamento de precio más bajo; ii) un mercado de medicamentos bajo patente que incorpora una deducción del 4% o del 7,5% para todos los medicamentos comercializados y los que puedan aparecer en el futuro; iii) la realización de una evaluación económica y de la utilidad terapéutica relativa de un medicamento, de forma previa a su eventual incorporación al reembolso público; iv) una mayor sensibilidad al precio por parte de los principales demandantes de medicamentos, lo que supondrá un claro freno al crecimiento de la demanda de recetas, y v) una mayor dosis de eficiencia en las adquisiciones públicas de medicamentos a través de centrales de compras y sistemas de precios seleccionados.

Los resultados de los reales decretos-ley anteriormente mencionados se perciben en el mercado farmacéutico público español tanto en la demanda de recetas como en el gasto medio por receta.

Tal y como muestra el gráfico 3, tras un crecimiento continuado en la última década, el número de recetas ha empezado a descender en España, fundamentalmente como consecuencia de la implantación del nuevo esquema de copagos farmacéuticos y la desfinanciación de medicamentos. A su vez, los efectos disuasorios del nuevo copago son estructurales, en el sentido que afectarán de forma permanente a la tasa de crecimiento de la demanda de fármacos y no limitarán sus efectos sobre esta variable a su primer año de aplicación, como típicamente ocurre con las medidas encaminadas a deprimir el precio de los medicamentos, lo que, por otra parte, ha sido la modalidad predominante de regulación económica del mercado farmacéutico español.

A modo de ejemplo, a continuación se listan las principales medidas regulatorias que han afectado a los precios de los medicamentos en España durante la última década:

- *Diciembre 2000*: Implantación efectiva del primer Sistema de Precios de Referencia (SPR).

- *Julio 2001:* Reducción del 15% del precio de referencia para cinco principios activos (Ciprofloxacino, Omeprazol, Atenolol, Famotidina y Enalapril).
- *Enero 2004:* Entrada en vigor de un nuevo SPR.
- *Marzo 2005:* Rebaja de precios del 4,2% para productos fuera del SPR.
- *Marzo 2006:* Rebaja de precios del 2% para productos fuera del SPR, adicional a la anterior del 4,2% sobre los mismos medicamentos.
- *Marzo 2007:* Entrada en vigor de un nuevo SPR.
- *Marzo 2010:* Rebaja media del 25% de los precios de los medicamentos genéricos y modificación del SPR.
- *Mayo 2010:* Deducción del 7,5%, o del 4% en el caso de medicamentos huérfanos: i) del PVP de medicamentos fuera del SPR y dispensados en oficinas de farmacia con cargo al SNS, y ii) de los precios de

compra de estos fármacos llevados a cabo por servicios de farmacia de hospitales y centros de salud.

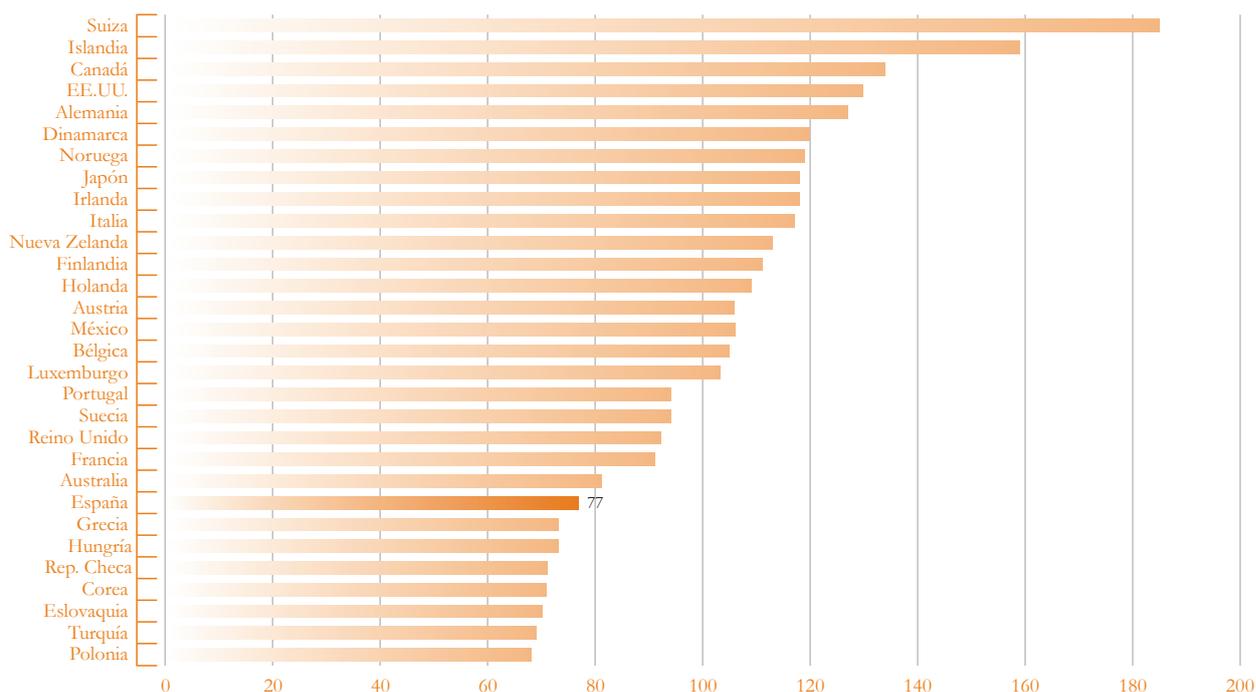
- *Marzo 2011:* Entrada en vigor de un nuevo SPR.
- *Agosto 2011:* Deducción del 15% del PVP para medicamentos con más de diez años desde la fecha de la decisión de financiación, sin genérico o biosimilar autorizado en España y que no se hayan incorporado al SPR. Introducción del Sistema de Agrupaciones Homogéneas y Precios Menores.
- *Abril-Septiembre 2012:* Modificación del SPR. Introducción de un nuevo esquema de copagos farmacéuticos. Desfinanciación de 417 medicamentos.

Ahora bien, esta hiperregulación de precios de los medicamentos ha hecho que en cualquier estudio que analicemos España aparezca siempre como uno de los países con los precios de los medicamentos más bajos de Europa, en posiciones relativas que no han cambiado apenas en las últimas décadas, tal y como muestran los gráficos 4 y 5.

### Gráfico 4

#### Precios relativos de los medicamentos (PVP), año 2005

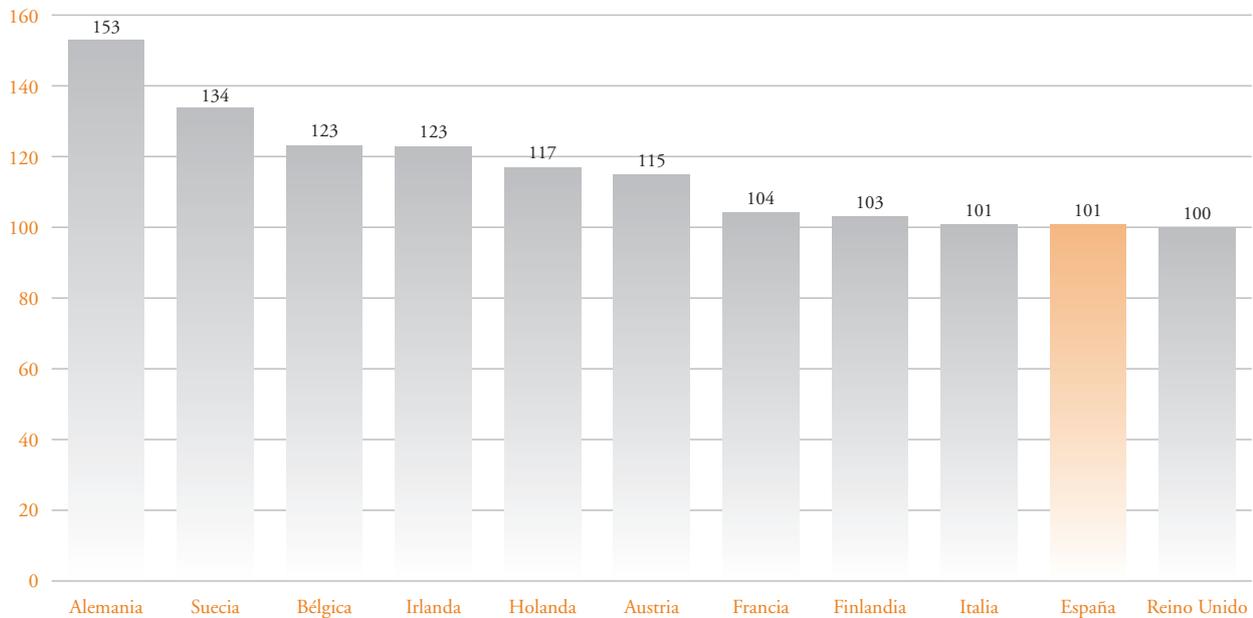
Media OCDE = 100



Fuente: OCDE (2008). Pharmaceutical pricing policies in a global market.

**Gráfico 5****Índices bilaterales de los precios de los medicamentos (PVL), año 2011**

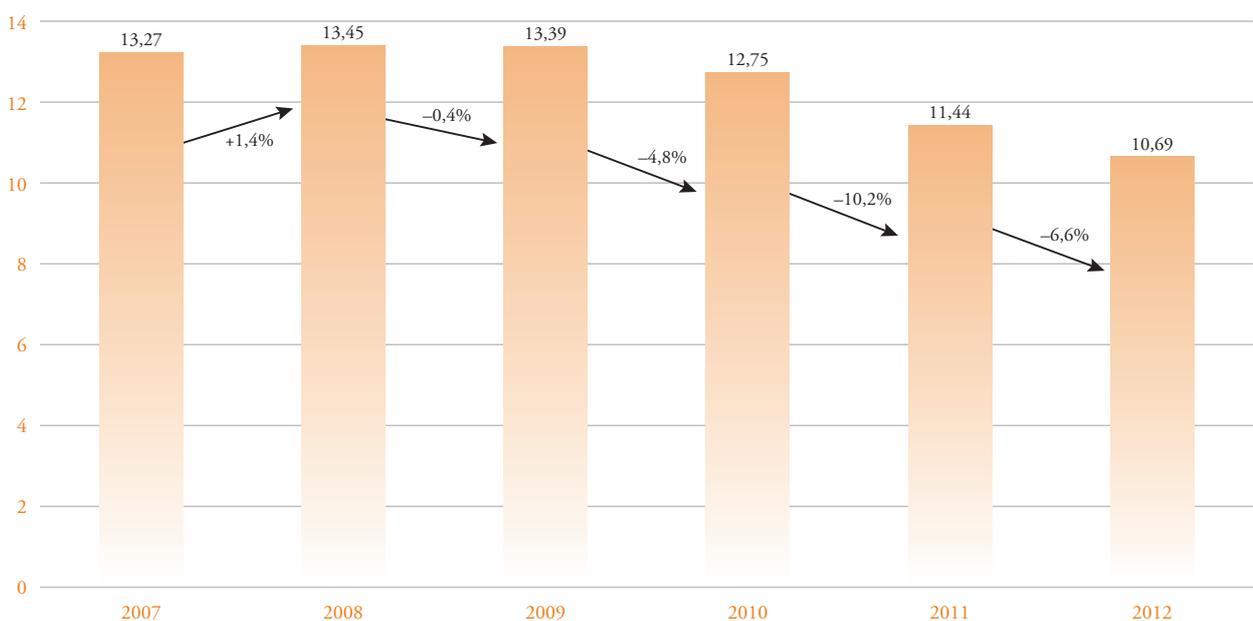
UK = 100



Fuente: Office of Health Economics. International Comparisons of Medicines Prices. 2011 Indices. Octubre 2012. Análisis de los precios internacionales de los 250 medicamentos de marca de mayores ventas en el Reino Unido.

**Gráfico 6****Gasto medio por receta**

En euros



Fuente: MSSSI.

Si nos ceñimos a la evolución del gasto medio por receta, el valor de esta variable se situó en diciembre de 2012 en su nivel más bajo desde 1998, catorce años atrás, lo que es una prueba más de la gran eficacia de las medidas regulatorias que han incidido sobre los precios de los medicamentos en España, especialmente en los últimos años.

Todos estos parámetros han llevado a que, tal y como muestra el gráfico 7, el mercado farmacéutico público español en oficinas de farmacia se haya reducido hasta diciembre de 2012 un -23% desde su máximo de mayo de 2010.

A finales de 2013, la reducción de valor alcanzará un tercio del mercado, y a finales de 2015, superará el -35%.

Si analizamos qué porcentaje del PIB español representa actualmente el gasto farmacéutico público en

oficinas de farmacia, se puede comprobar que, tras el máximo de 2009, en 2012 se habrá situado claramente por debajo del 1%, tal y como muestra el gráfico 8.

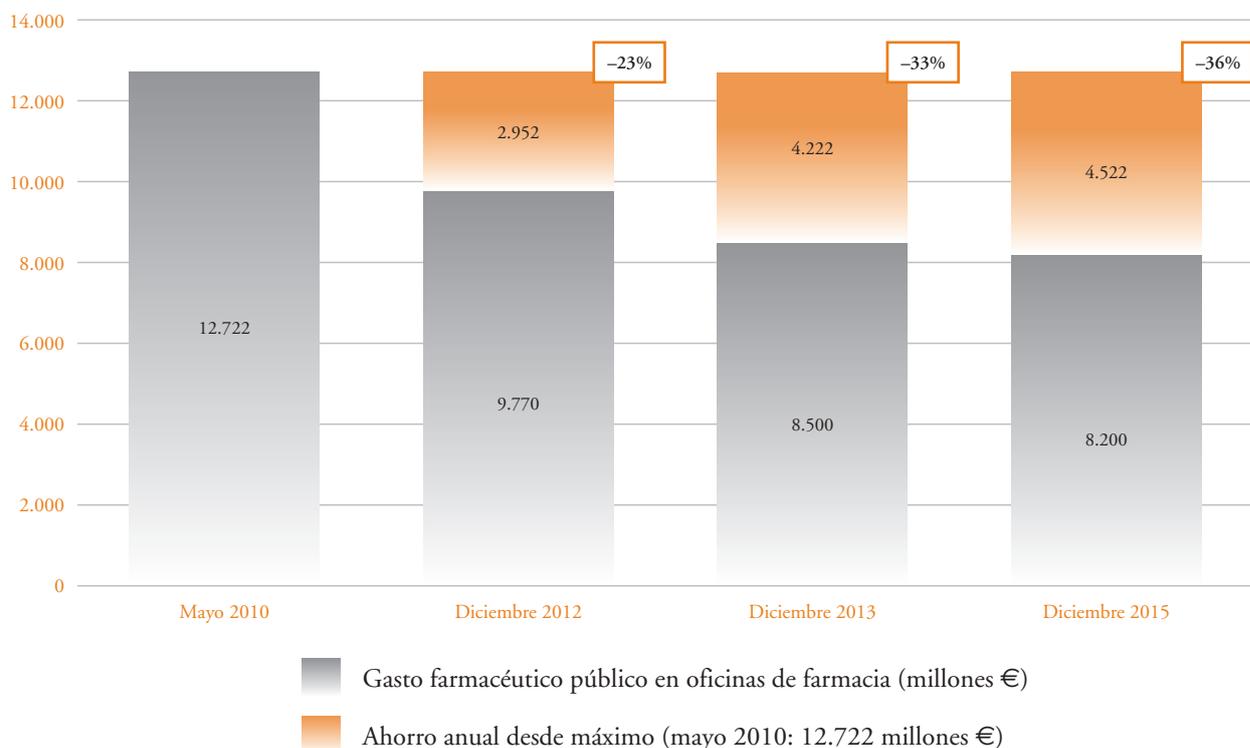
Analizando las perspectivas de evolución del mercado farmacéutico español a medio y largo plazo, así como la evolución prevista del PIB nominal en España, a finales de 2015, el ratio de gasto farmacéutico público en oficinas de farmacia sobre PIB podría situarse alrededor del 0,7% y si se añade el gasto farmacéutico público hospitalario y sus previsiones de evolución (4), en 2015 el gasto farmacéutico público total (oficinas de farmacia + hospitalario) podría situarse entre el 1% y el 1,1% del PIB español.

A la vista de todos estos datos, parece claro que la industria farmacéutica ha contribuido notablemente a la sostenibilidad del SNS por la vía del gasto y lo seguirá

### Gráfico 7

#### Gasto farmacéutico público en recetas del SNS. Evolución anual real y prevista y ahorro desde el máximo

En millones de euros



Fuente: MSSSI y Farmaindustria a partir de estimaciones propias (2013) y de IMS (2015).

**Gráfico 8****Gasto farmacéutico en recetas del SNS como porcentaje del PIB**

En porcentaje



Fuente: MSSSI, INE y previsión PIB nominal 2012, FUNCAS.

haciendo en el futuro. Se abre entonces una doble pregunta: i) ¿considerarán los *policy-makers* que esta contribución es suficiente?, y ii) ¿cuánto habrán contribuido otras partidas del gasto sanitario a la sostenibilidad del SNS?

### 3. ¿Garantiza la actual regulación la eficiencia en el gasto farmacéutico público?

Tal y como hemos visto, la actual regulación económica del mercado farmacéutico garantiza: i) una caída continuada del precio de mercado en el segmento de productos fuera de patente (precios de referencia, precios menores y precios más bajos) y la dispensación siempre del producto de precio más bajo; ii) un elemento de contención de la demanda al introducir el nuevo esquema de copagos farmacéuticos una cierta elasticidad de la demanda de recetas al precio de los medicamentos para colectivos de la población que carecían de incentivos a la eficiencia en el consumo de fármacos financiados públicamente; iii) un sistema de admisión de nuevos productos al reembolso público

y al procedimiento de fijación de precios que tendrá en cuenta tanto los factores puramente clínicos del producto como aspectos de eficiencia económica: análisis de coste-efectividad, análisis de impacto presupuestario y contribución al PIB.

Al menos sobre el papel, la actual regulación económica parece garantizar los incentivos adecuados para mejorar la eficiencia estática (o asignativa) del mercado farmacéutico público español. Ahora bien, para que el mercado farmacéutico sea eficiente, es preciso que lo sea tanto desde un punto de vista estático, como desde una perspectiva dinámica, y la eficiencia dinámica implica que los precios vigentes en cada momento deben garantizar incentivos suficientes a la introducción de productos innovadores en el mercado.

### 4. ¿Garantiza el actual marco regulador la eficiencia dinámica?

La respuesta a esta pregunta no es tan evidente. Según el concepto de eficiencia dinámica, esta se fo-

mentará en el mercado farmacéutico en la medida en la que el nuevo procedimiento de precio y reembolso público de medicamentos, así como el acceso efectivo a las innovaciones:

- Opere como un mecanismo de recompensa real del valor añadido por una innovación farmacéutica y no como una barrera efectiva a la entrada de innovaciones en el mercado farmacéutico español, con el objetivo de ahorrar.
- Entienda y valore adecuadamente la naturaleza incremental del proceso innovador farmacéutico, que no es diferente de lo que ocurre en el resto de sectores económicos innovadores.
- Considere todo el valor aportado por las innovaciones farmacéuticas, aplicando una perspectiva amplia de análisis y no contemplando la prestación farmacéutica como un compartimento estanco, aislado del resto del sistema sanitario y del conjunto de la economía.

De la adecuada valoración de los conceptos anteriores dependerá que el nuevo marco regulador farmacéutico fomente de verdad la eficiencia global del mercado del medicamento en España o se quede simplemente en un mecanismo de ahorro que afecte tanto a los ingresos de los distintos *stakeholders* del mercado como a la calidad de la prestación farmacéutica de los pacientes españoles.

A su vez, tal y como se comentó al principio del artículo, la reducción de gastos no es la única vía a disposición de la industria farmacéutica para contribuir a la sostenibilidad del SNS, también es posible contribuir por la vía de los ingresos, fomentando el crecimiento económico de España, lo que hará posible obtener más recursos para la financiación del SNS.

En este sentido, es preciso mencionar que la industria farmacéutica también contribuye a la sostenibilidad del SNS por la vía del crecimiento económico, ya que: i) es el sector de la industria manufacturera líder en productividad; ii) es el quinto sector más exportador de la economía española; iii) es líder en inversión en I+D industrial; iv) tiene importantes efectos indirectos e inducidos sobre el empleo, y v) es el principal dinamizador de la I+D pública en el ámbito sanitario.

Al tratarse la industria farmacéutica de un sector sujeto a una regulación económica muy estricta y que además tiene al sector público como su principal cliente, es preciso que el marco normativo sectorial sea neutral, especialmente en momentos de crisis económica como los actuales, y no se vea contaminado por dificultades financieras puntuales del comprador público de medicamentos.

Una regulación económica sectorial que para obtener ahorros en la factura pública de medicamentos afecte negativamente a los incentivos a la inversión de las compañías farmacéuticas en nuestro país, tendrá un fuerte coste de oportunidad asociado en forma de: i) menos inversiones en I+D; ii) menos medicamentos disponibles para los ciudadanos; iii) menos empleo cualificado generado, y iv) menos crecimiento económico.

Es preciso valorar este coste de oportunidad de la regulación. De hecho, tal y como han demostrado algunos autores, en muchos casos los ahorros generados por la regulación farmacéutica pueden no compensar los costes sociales que introduce (5).

Paradójicamente, puede que el entorno descrito en este artículo de un gasto farmacéutico público bajo control, continuamente decreciente durante los próximos cinco años, se convierta en la mejor circunstancia para que la Administración pública se plantee el desarrollo de una política farmacéutica diseñada para aprovechar todo el potencial que tiene la industria farmacéutica para posicionarse como uno de los sectores económicos clave para iniciar la recuperación económica de España y para emprender el cambio de modelo productivo que debe asegurar el crecimiento sostenido de nuestro país a medio y largo plazo.

Para ello es fundamental que la nueva regulación de precio y reembolso público de medicamentos esté indudablemente comprometida con la innovación farmacéutica. Esto no quiere decir que cualquier innovación deba incorporarse a la cartera pública de prestaciones con independencia de su aportación a la terapéutica, su nivel de precio o su ritmo de penetración en el mercado, sino que el procedimiento regulatorio que lo haga posible debe ser transparente, eficiente, no discriminatorio, y debe llevarse a cabo con las máximas garantías de independencia y de seguridad jurídica para el regulado.

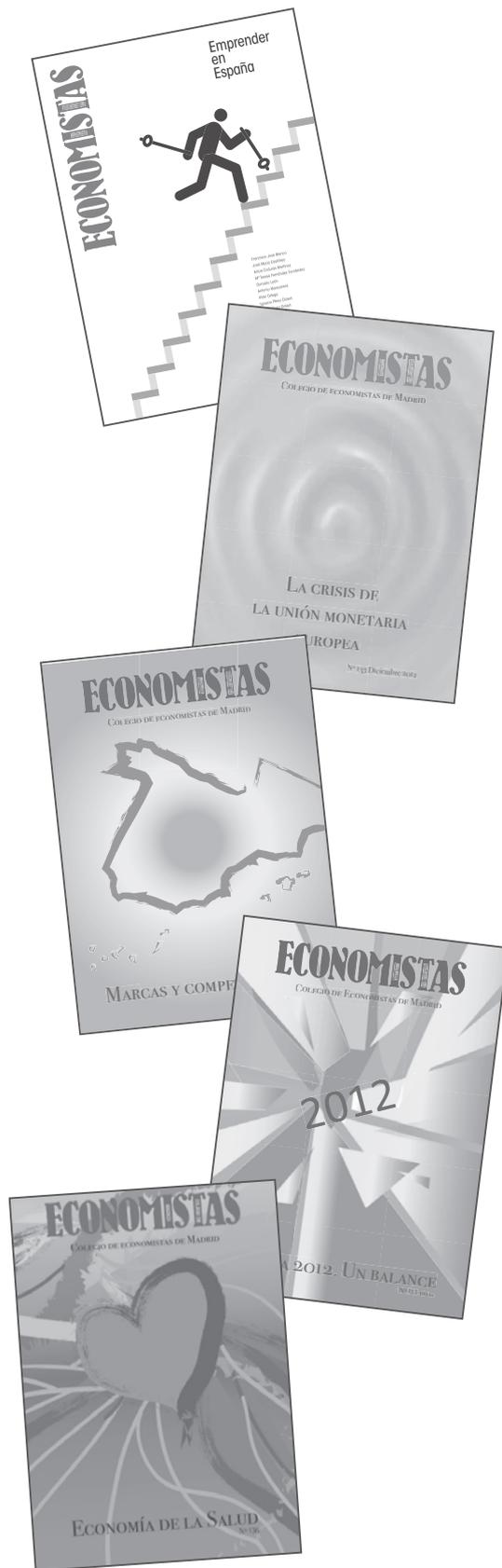
La Administración debe evaluar cualquier innovación y analizar: i) cuál es su aportación sobre las terapias existentes; ii) cuál es el coste y el beneficio que añadirá su incorporación a la prestación farmacéutica pública, y iii) cómo ayuda dicha innovación a avanzar desde una perspectiva científica en la superación de patologías cuyo tratamiento es insuficiente o mejorable.

Ahora bien, dicha evaluación debe realizarse desde la perspectiva de un evaluador neutral que analice todos los aspectos en los que un medicamento añade costes e incorpora valor, y no desde los parámetros puramente financieros de un ente que es, a la vez, el regulador del mercado y el mayor comprador de medicamentos, o su agente.

#### NOTAS

- (1) *Fuente:* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recursos del SNS. Presupuestos iniciales para sanidad de las CC.AA. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/recursosRed2012.pdf>. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Presupuestos de las Comunidades Autónomas. Disponible en: <http://serviciosweb.meh.es/apps/publicacionpresupuestos/asp/inicio.aspx>.
- (2) 514 millones de euros en 2010; 1.586 millones de euros en 2011, y 2.952 millones de euros en 2012.
- (3) No existen datos oficiales del gasto farmacéutico público hospitalario en España más allá del año 2005. Farmaindustria realiza una estimación de este gasto y según esta estimación, en los últimos tres años el gasto farmacéutico hospitalario público en nuestro país ha registrado crecimientos del +5,0% en 2010, del +1,1% en 2011 y del +1,5% en 2012, muy lejos de las tasas de crecimiento anuales de dos dígitos a las que solía crecer este componente del gasto sanitario durante la primera mitad de la década de 2000. A su vez, las perspectivas de evolución del gasto farmacéutico público hospitalario para el período 2013-2014 en España son de caída continua (ver nota núm. 4).
- (4) En su publicación *IMS Market Prognosis Europe 2012-2016. Spain v 4.0*, IMS estima una evolución del mercado hospitalario total en España del -2,0% en 2013; del -0,6% en 2014, y del -0,5% en 2015.
- (5) Ver, por ejemplo: i) Santerre y Vernon (2004) *A Cost-benefit analysis of drug price controls in the US*, AEI Brookings; ii) Vernon, Santerre y Giacotto (2004) *Are drug price controls good for your health?* Center for Medical Progress, Medical Progress Report, núm. 1; iii) US Dept. of Commerce (2004) *Pharmaceutical price controls in OECD countries: implications for US consumers, pricing, R&D and innovation*; iv) Boston Consulting Group (2004) *Adverse consequences of OCDE government interventions in pharmaceutical markets on the US economy and consumer*; v) Philipson y Jena (2006) *Surplus appropriation from R&D and health care technology assessment procedures*. NBER Working Paper núm. 12016; vi) Golec y Vernon (2006) *European Pharmaceutical Price Regulation, Firm Profitability, and R&D Spending*.

# ECONOMISTAS



La revista **Economistas** es la publicación del **Colegio de Economistas de Madrid**. Su periodicidad es trimestral, con tres números ordinarios y uno extraordinario.

Los números **ordinarios** son monográficos.

El número **extraordinario** recoge el análisis y la valoración de la economía española en el año anterior y sus perspectivas para el año en curso. Se presenta como un plural y completo balance del año, realizado por un amplio grupo de especialistas y estructurado en diez áreas del ámbito económico.

**Información, ventas y suscripciones:**

Colegio de Economistas de Madrid

Flora, 1 - 28013 Madrid

Tel. 91 559 46 02 Fax 91 559 29 16

[revista.economistas@cemad.es](mailto:revista.economistas@cemad.es)

[www.revistaeconomistas.com](http://www.revistaeconomistas.com)

# LA RED ASISTENCIAL DE FARMACIAS Y EL ACCESO EFICIENTE AL MEDICAMENTO

**Carmen Peña**

*Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*

## RESUMEN

La Red Asistencial de Farmacias forma parte del Sistema Nacional de Salud y garantiza el acceso del paciente a la prestación farmacéutica en condiciones de calidad, igualdad y equidad efectiva. Una Red Asistencial de Farmacias, planificada y con un profesional farmacéutico independiente al frente, que aporta eficiencia y sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud. Una farmacia que constituye un importante activo para el Sistema Nacional de Salud.

## PALABRAS CLAVE

Farmacia, Farmacéutico, Sistema Nacional de Salud, Prestación farmacéutica, Eficiencia, Sostenibilidad, Calidad, Gasto público en medicamentos, Pacientes crónicos, Polimedicados, Acceso al medicamento.

## 1. La Red Asistencial de Farmacias en el Sistema Nacional de Salud

La farmacia es un establecimiento sanitario privado de interés público, estratégico para el Sistema Nacional de Salud, responsable de la prestación farmacéutica ambulatoria, que garantiza el acceso de la población a los medicamentos en condiciones de calidad, equidad e igualdad efectiva.

Las normativas aprobadas por los sucesivos Gobiernos del Estado han desarrollado y consolidado la existencia de una Red Asistencial de Farmacias comunitarias plenamente integrada en el Sistema Nacional de Salud, considerada entre las mejores del mundo, y que responde de forma eficiente a las necesidades de la sociedad española y del propio sistema sanitario.

Esta Red Asistencial de Farmacias, como parte activa del Sistema Nacional de Salud, es universal, solidaria, equitativa y accesible.

Dicha Red Asistencial de Farmacias está basada en los siguientes aspectos:

- 1.1. Planificación sanitaria de las farmacias.
- 1.2. El medicamento, un bien sanitario.
- 1.3. Propiedad-titularidad farmacéutica.
- 1.4. Concertación con el sistema sanitario.

### 1.1. Planificación sanitaria de las farmacias

La Red Asistencial de Farmacias, planificada por las administraciones mediante criterios poblacionales y geográficos, asegura que el 99% de la población española disponga de una farmacia donde vive.

Una Red Asistencial de Farmacias integrada por 21.427 establecimientos sanitarios (1), de los cuales, las dos terceras partes están situadas fuera de las capitales de provincia. Asimismo, un total de 2.078 farmacias se encuentran ubicadas en poblaciones de menos de 1.000 habitantes, de las cuales 1.076 farmacias están localizadas en poblaciones con menos de 500 habitantes.

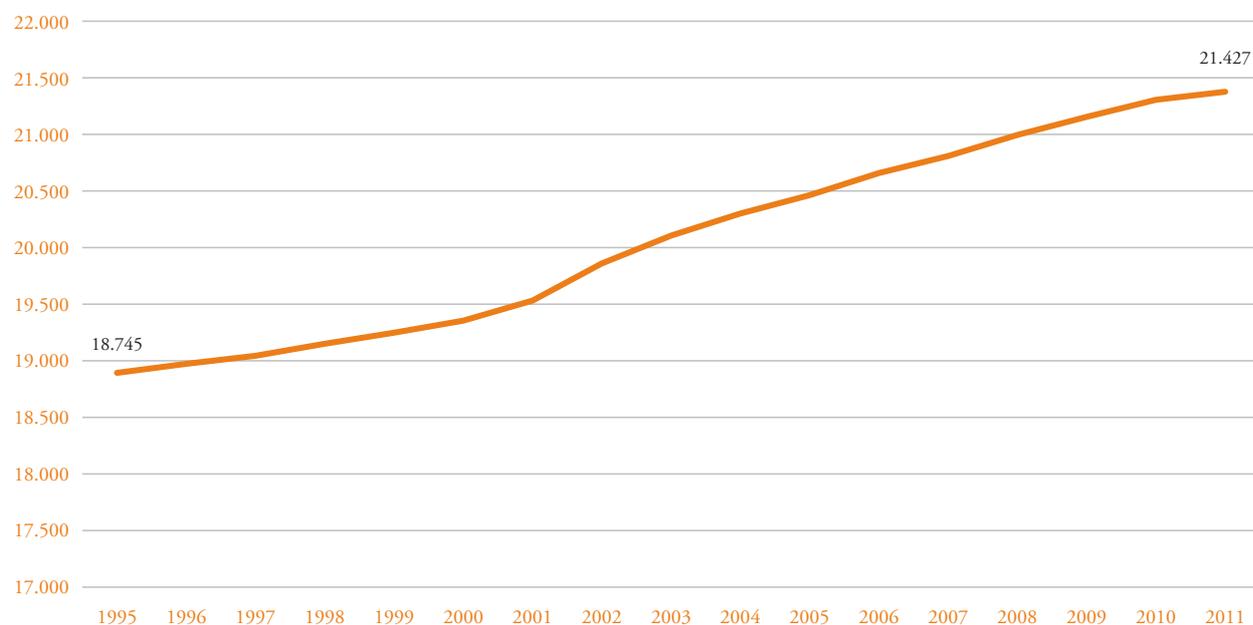
Una planificación sanitaria de la Red Asistencial de Farmacias que garantiza la accesibilidad del medicamento, con cobertura horaria las 24 horas del día, los 365 días del año, incluso en las zonas no rentables económicamente, en las que el Sistema Nacional de Salud debe asegurar el acceso de la población al medicamento.

España es uno de los países de la Unión Europea en los que más farmacias se abren cada año, con una media anual de 145 farmacias en los últimos siete años.

Asimismo, en España hay 2.160 habitantes por farmacia. Uno de los ratios más bajos de Europa.

**Gráfico 1**

**Evolución del número de farmacias en España 1995-2011**



Fuente: Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

**Cuadro 1**

**Número de habitantes por farmacia en Europa**

País	Habitantes/Farmacia
Dinamarca	17.596
Holanda	8.412
Suecia	8.391
Finlandia	6.587
Reino Unido	4.624
Alemania	3.812
Portugal	3.661
Italia	3.387
Francia	2.849
Irlanda	2.593
<b>España</b>	<b>2.160</b>
Grecia	1.028

Fuente: Agrupación Farmacéutica Europea (PGEU). European Community Pharmacy Facts & Figures 2010/11.

**1.2. El medicamento, un bien sanitario y no de consumo**

El medicamento es un bien estratégico para la salud de los ciudadanos, y no un producto de consumo. Su utilización es únicamente por motivos terapéuticos, lo que le atribuye un carácter diferenciado frente a otro tipo de productos.

No hay medicamentos inofensivos. El uso indiscriminado de cualquier medicamento —tanto los que requieren de prescripción médica como los que no— puede provocar la aparición de efectos adversos graves, por lo que su empleo requiere de un control farmacéutico adecuado y riguroso.

Tal y como refleja el Tribunal de Justicia Europeo (TJUE) en diversas sentencias (2), procede destacar la naturaleza y el carácter peculiar de los medicamentos cuyos efectos terapéuticos los distingue sustancialmente de otras mercancías. Sentencias que inciden también en que los medicamentos pueden resultar gravemente perjudiciales para la salud si se consumen innecesariamente o incorrectamente; y en que la venta de medicamentos

sin justificación médica supone un derroche de recursos financieros públicos.

Por todo ello, la dispensación de medicamentos en la farmacia, con un farmacéutico independiente al frente de ella, representa un seguro para la salud pública. Una farmacia que responde como establecimiento sanitario a las demandas de salud de los pacientes y no a la demanda de un producto determinado por parte de un consumidor.

Una farmacia que garantiza al paciente una atención integral de la medicación que necesita, ya sea con o sin receta, con objeto de mejorar los resultados en salud y optimizando los recursos sanitarios disponibles.

A 31 diciembre de 2012, en España había un total de 15.972 presentaciones de medicamentos comercializados; de las cuales, 12.062 presentaciones se corresponden con medicamentos dispensables en oficina de farmacia y 3.910 en el ámbito hospitalario.

### 1.3. *Propiedad-titularidad farmacéutica*

La independencia real del farmacéutico al frente de la farmacia, cuyo ejercicio profesional no depende de intereses de capitales ajenos al mundo de la salud, hace que prevalezcan los criterios sanitarios frente sobre los intereses económicos (3).

Una propiedad-titularidad farmacéutica que evita conflictos de interés como consecuencia de posibles integraciones verticales del sector, previniendo así el consumo excesivo de fármacos y garantizando la existencia en las farmacias de una variedad suficiente de medicamentos.

Un farmacéutico independiente titular de la farmacia, que no se deslocaliza en los momentos económicos más difíciles, y que responde profesional y personalmente, con su propio patrimonio, ante cualquier daño, como doble garantía ante los ciudadanos.

Asimismo, las farmacias disponen, por su condición de establecimiento sanitario, de diversos medicamentos con poca rotación comercial, pero que se mantienen en las estanterías, ya que el farmacéutico es consciente de que dichos medicamentos pueden adquirir en cualquier momento la condición de urgentes.

### 1.4. *Concertación con el Sistema Nacional de Salud*

La Red Asistencial de Farmacias, a través de los conciertos suscritos entre las administraciones sanitarias y la Organización Farmacéutica Colegial, garantiza el acceso al medicamento de forma eficiente, en condiciones de igualdad efectiva y con garantías de calidad en todo el Estado.

Una concertación que favorece el desarrollo y mejora de la prestación farmacéutica que recibe el ciudadano; que aporta las ventajas del modelo de gestión público-privado sin incrementar los costes asociados a estructuras públicas, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema sanitario público español.

La concertación de la prestación farmacéutica permite desarrollar también, en beneficio de la sociedad, toda una serie de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como la implantación y desarrollo de herramientas y adaptaciones tecnológicas que contribuyen a la mejora de la prestación del servicio.

## 2. *La Red Asistencial de Farmacias, un activo del Sistema Nacional de Salud*

La Red Asistencial de Farmacias es un importante activo dentro del Sistema Nacional de Salud. Una red que desempeña un papel clave en la gestión de la prestación farmacéutica ambulatoria y que garantiza un correcto funcionamiento al servicio de los ciudadanos, aportando valor añadido.

### 2.1. *Labor asistencial*

El farmacéutico de farmacia comunitaria realiza una importante labor asistencial que contribuye a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Una red de farmacias que atiende a diario a más de dos millones de personas, que asegura la dispensación de las 940 millones de recetas/año prescritas por los facultativos del Sistema Nacional de Salud, y que realiza 182 millones de actuaciones sanitarias ajenas a la dispensación de dichas recetas.

Una actuación sanitaria de los farmacéuticos adicional a la dispensación de medicamentos —asesoramiento,

consejos sanitarios, campañas sanitarias, etc.— que evitan una mayor presión asistencial a los servicios de salud y que generan un ahorro estimado al Sistema Nacional de Salud en torno a los 1.740 millones de euros al año (4).

La Red Asistencial de Farmacias constituye además, en la mayoría de las ocasiones, la puerta de entrada del paciente al sistema sanitario y garantiza la continuidad asistencial y seguimiento de la medicación prescrita.

### 2.2. *Pacientes crónicos y polimedicados*

Una farmacia española que ofrece una labor asistencial basada en servicios que dan respuesta a las necesidades de la sociedad actual y de los pacientes a los que atiende. Necesidades que evolucionan en el tiempo y nuevas demandas asistenciales que surgen con nuevos perfiles de pacientes. De hecho, los pacientes, en su amplia mayoría, ya no acuden con procesos agudos y aislados, sino que hablamos de pacientes crónicos, polimedicados y con diferentes grados de dependencia.

A este respecto, desde la farmacia se están llevando a cabo varias iniciativas cuyo desarrollo contribuyen a la optimización de recursos sanitarios, mejoran la calidad asistencial que recibe el paciente y aportan eficiencia al sistema.

Iniciativas impulsadas desde la farmacia entre las que se encuentra el programa conSIGUE, que evalúa el impacto en términos económicos y sanitarios del seguimiento farmacoterapéutico en el paciente crónico y polimedicado; el proyecto ADHIERETE de mejora de la adherencia en pacientes dependientes; el programa ADCOM de mejora del cumplimiento terapéutico en el anciano polimedicado; el programa D-Valor; o las más de nueve acciones del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica en la que han participado más 30.000 farmacéuticos y se han atendido más de 100.000 pacientes.

Una realidad en el día a día de la farmacia que contribuye no sólo a mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos y polimedicados, sino también a optimizar los recursos del Sistema Nacional de Salud, contribuyendo a la sostenibilidad del mismo. El 36% de las visitas a urgencias son consecuencia de un resultado no

deseado del medicamento, de los cuales un 81% son evitables a través del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (5).

Los resultados de los pilotajes realizados en el programa conSIGUE, cuyo objetivo es evaluar el servicio que se presta desde la farmacia de seguimiento de la medicación prescrita en pacientes mayores y polimedicados, apuntan a un ahorro de entre 180 y 360 euros por paciente y año (6). Lo que constituye un claro ejemplo de cómo la labor profesional del farmacéutico contribuye a racionalizar y optimizar los recursos y, por ende, a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Una farmacia que avanza continuamente empeñada en definir los campos concretos de eficiencia, y para ello se está potenciando la investigación desde la oficina de farmacia, a través del marco de la Red de Investigación en Farmacia Comunitaria (RIFAC). Una investigación desde la farmacia que contribuya a generar innovación real de excelencia asistencial basada en nuevos productos y servicios.

### 2.3. *Salud pública*

En el ámbito de la salud pública, las farmacias comunitarias desempeñan una gran labor en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Una participación y colaboración de la farmacia con el Sistema Nacional de Salud contemplada en la Ley 33/2011 General de Salud Pública.

No en vano, las farmacias han llevado a cabo cerca de cien campañas de educación sanitaria en los últimos diez años. Campañas sobre vacunación, uso adecuado de los antibióticos, deshabituación tabáquica, educación nutricional en las personas mayores, efectos de los medicamentos en la conducción, fotosensibilidad de los medicamentos en la piel y un largo etcétera.

### 2.4. *Credibilidad del farmacéutico*

La confianza y credibilidad que proporciona el farmacéutico con su actuación profesional entre la sociedad es otro valor añadido asociado a la Red Asistencial de Farmacias. Así, el 80% de los españoles considera al farmacéutico como el referente en salud más fiable:

seis de cada diez personas acuden a la farmacia para resolver todas aquellas dudas que no han podido durante la visita médica (7).

Una confianza que se traslada también y tiene su reflejo en el ámbito de las nuevas tecnologías. Según el estudio 2012 *Los ciudadanos ante la e-Sanidad* realizado por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI), el farmacéutico se encuentra entre las fuentes de información que generan más confianza en Internet.

### 2.5. *Servicios de valor añadido sin coste para el ciudadano y el SNS*

Las farmacias españolas, apoyadas por los colegios profesionales, aportan al Sistema Nacional de Salud diversos servicios que mejoran la calidad asistencial, sin coste adicional para el sistema y para el ciudadano. Entre ellos:

- Proyectos sanitarios de gran envergadura, como trazabilidad, receta electrónica, que contribuyen al uso adecuado de los medicamentos y optimizan la gestión de los recursos sanitarios.
- Programas de prevención y tratamiento de las toxicomanías y prevención del VIH.
- Farmacovigilancia.
- Respeto al medio ambiente a través de la recogida de residuos de medicamentos.
- Servicios de guardia con cobertura horaria las 24 horas del día los 365 días del año.
- Gestión y procesamiento de la información a través de las recetas del Sistema Nacional de Salud.
- Bases de datos sobre el conocimiento sanitario y el medicamento, con información independiente, indispensables para realizar un adecuado ejercicio profesional.
- Diversidad de servicios de asistencia farmacéutica, entre ellos:
  - Detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

- Optimización de la adherencia a los tratamientos prescritos, mediante el correspondiente seguimiento farmacoterapéutico e indicación farmacéutica en medicamentos que no requieren prescripción.

- Instrucción a pacientes y cuidadores sobre uso correcto de productos sanitarios y medicamentos prescritos. Control de dietoterápicos.

- Dispensación cuando sea necesario y posible, mediante un servicio personalizado de dispensación (SPD), a partir de todos los medicamentos y productos sanitarios prescritos.

- Revisión sistemática del botiquín doméstico.

- Utilización de tecnologías telemáticas (mensajes telefónicos, web personalizadas, etc.) para facilitar el cumplimiento terapéutico y/o la comunicación bidireccional del paciente con la farmacia.

- Instrucción sobre el uso y el manejo de formas farmacéuticas complejas (inhaladores, soluciones extemporáneas, etc.).

### 2.6. *Empleo en la farmacia*

La Red Asistencial de Farmacias es fuente generadora de empleo cualificado y estable, con la creación de más de 79.000 empleos directos.

Dicho empleo es altamente cualificado —44.243 puestos de trabajos se corresponden con licenciados en Farmacia— y se crea además en dos de los colectivos más desfavorecidos en el mercado laboral: mujeres y jóvenes (ver gráfico 2).

### 2.7. *Partida presupuestaria eficiente, transparente y controlada*

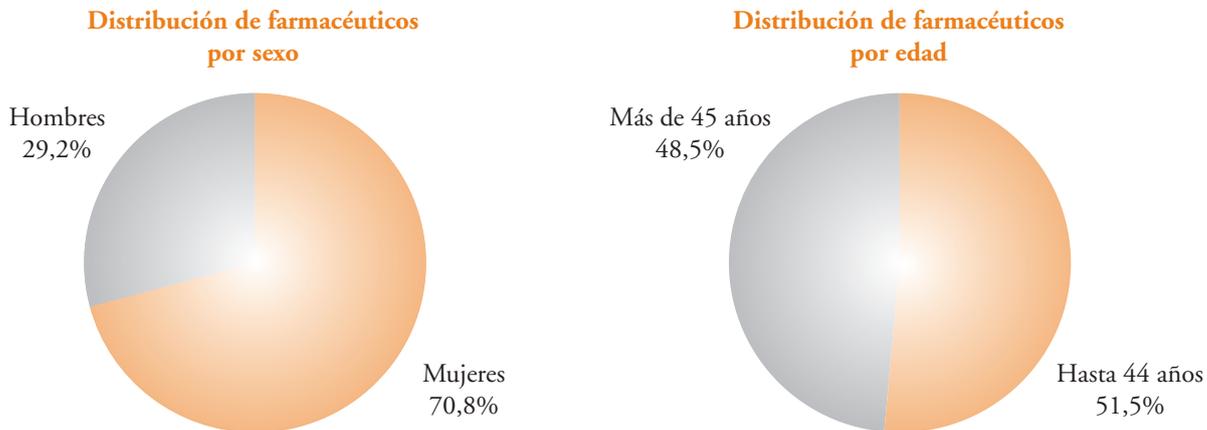
El gasto público en medicamentos dispensados a través de farmacia comunitaria constituye una partida transparente, controlada y eficiente dentro del gasto sanitario total del Sistema Nacional de Salud.

Un gasto público en medicamentos dispensados en farmacia que se conoce puntualmente, mes a mes, gracias a los sistemas de información habilitados desde la Organización Farmacéutica Colegial.

**Gráfico 2**

**Empleo en la farmacia, en función del sexo y la edad**

En porcentaje



Fuente: Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

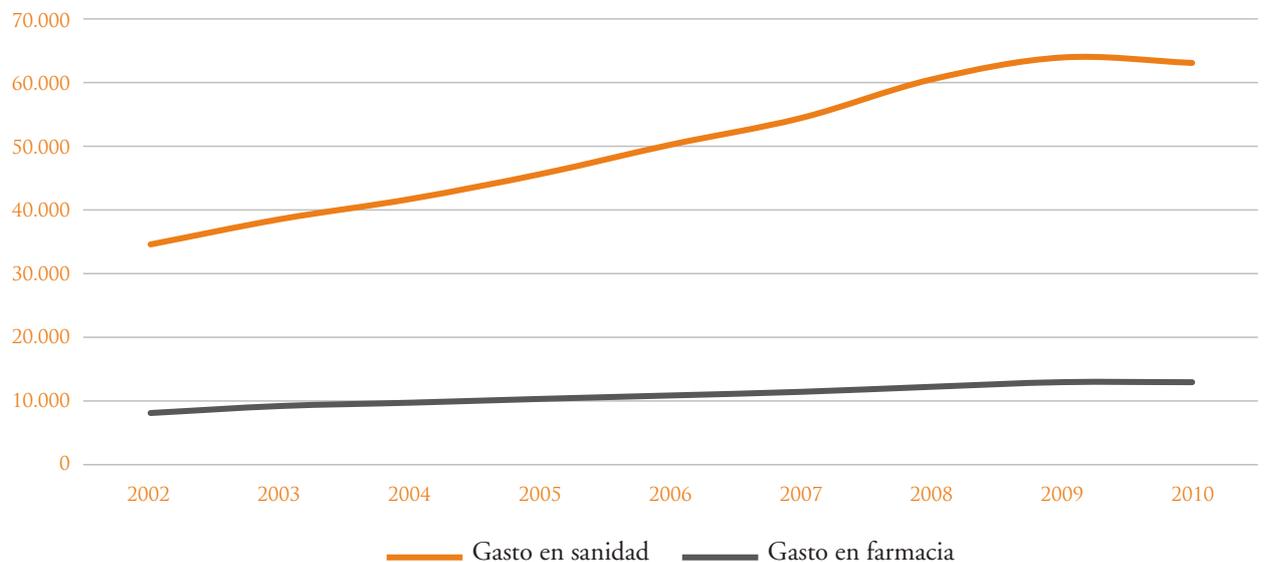
Un gasto público en medicamentos dispensados a través de farmacia —mal llamado gasto farmacéutico— cuyo peso sobre el gasto público sanitario dista mucho del 25% que desde determinadas instancias se suele atribuir. En concreto, en el año 2010 el gasto en medi-

camentos a través de farmacia representó un 20% respecto del gasto público sanitario. Una proporción que ha ido bajando y en el año 2011, en los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas, el capítulo de farmacia representó un 18,7%; en el año 2012, el

**Gráfico 3**

**Gasto en sanidad y farmacia de las CC.AA.**

En millones de euros



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

porcentaje de la farmacia ha descendido aún más hasta representar un 16,9% del gasto público sanitario. Y para 2013, se estima en torno al 16%.

Una partida presupuestaria, la del gasto público en medicamentos dispensados en farmacia, sobre la que continuamente se está incidiendo desde las administraciones a pesar de ser —o quizás por ello— uno de los gastos más transparente y controlados del sistema sanitario.

En los últimos doce años, la farmacia viene sufriendo más de 23 medidas con repercusión directa en la economía de la farmacia. Una contención del gasto público en medicamentos dispensados en farmacia comunitaria que, desde el año 2000, viene produciéndose año tras año, y que está impactando duramente sobre su economía.

Así, desde el año 2000 hasta el 2009, el medicamento y la farmacia han sufrido 14 medidas con el objetivo de contener la factura de los medicamentos prescritos por el sistema público. Debido a las mismas, la factura pública en medicamentos a través de farmacia en este periodo tuvo crecimientos interanuales de entre el 5% y el 7%.

Desde el año 2010 al 2012 —en plena crisis económica y financiera— se han puesto en marcha nueve medidas más que han vuelto a incidir sobre el medicamento y la farmacia, entre ellas, cinco reales decretos-ley. Solo en estos tres años, la factura en medicamentos dispensados en farmacia para el Sistema Nacional de Salud se ha visto reducida en un -21,9% acumulado.

Un conjunto de medidas que están provocando un deterioro progresivo en la economía de la farmacia, comprometiendo la viabilidad económica de muchas de ellas.

Un empobrecimiento de la farmacia que se está viendo agravado aún más por las demoras en el pago de los medicamentos que se están produciendo en algunas comunidades autónomas con problemas de falta de liquidez.

A este respecto, cabe destacar el trabajo y el esfuerzo del Gobierno —tanto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como del Ministerio de Hacienda— con la puesta en marcha del Plan de Pago a Proveedores, así como del Fondo de Liquidez Autonómica en 2012 y su actualización pendiente para este año 2013, para

tratar de solucionar el problema de aquellas comunidades autónomas que han tenido —y están teniendo— dificultades para pagar los medicamentos prescritos por el Sistema Nacional de Salud y que dispensan las farmacias.

Paradójicamente, la situación actual de crisis económica y el escenario crítico en que nos encontramos está contribuyendo a visibilizar y a poner en relieve el enorme valor sanitario y social de la Red Asistencial de Farmacias. Una farmacia que está dando muestras de responsabilidad ante la sociedad en los momentos más adversos y que avanza entre las dificultades para tratar de asegurar siempre que el paciente disponga del medicamento que necesita.

### 3. Consideración final

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud requiere de una farmacia profesional y sostenible (8). Una farmacia profesional que aporta valor añadido en términos de salud al paciente y contribuye —con resultados tangibles— a optimizar los recursos sanitarios. Una farmacia sostenible que permita garantizar la continuidad de la prestación farmacéutica, servicio fundamental y básico para la sociedad española.

#### NOTAS

- (1) Informe «Estadísticas Colegiados y Oficinas de Farmacia 2011», Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- (2) Sentencias Comisión/Italia (C-531/06), de 19 de mayo de 2009; Apothekerkammer des Saarlandes(C-171/07 y C-172/07), de 19 de mayo de 2009. Sentencia Blanco Pérez y Chao Gómez (C-570/07 y C-571/07) de 1 de junio de 2010.
- (3) Considerandos 61, 84 y 86 sentencia del Tribunal de Justicia Europeo, de 19 de mayo, en el asunto C-531/06.
- (4) Informe «Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia», Consejo General de Colegios Farmacéuticos 2003.
- (5) Tuesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Pérez Regadera A., «Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España», *Gac. Sanit.* 2006; 20(3):220-7.
- (6) Resultados Estudio Piloto Programa conSIGUE.
- (7) Presentación del presidente de Foro de Pacientes en la Jornada Compromiso Asistencial de la Farmacia, 18 de enero de 2012.
- (8) «12 objetivos para 2012», Jornada Compromiso Asistencial de la Farmacia, 18 de enero de 2012.

# TECNOLOGÍA SANITARIA, CLAVE EN LA ECONOMÍA DE LA SALUD

**Margarita Alfonsel**

*Secretaria General de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN)*

## RESUMEN

Bajo el título genérico de *Economía de la Salud* se desarrolla este informe que refiere los elementos sobre los que se asienta el sector de Tecnología Sanitaria como sector clave en la eficiencia del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Abordaremos los aspectos más relevantes que caracterizan a este sector empresarial cuyas señas de identidad son el dinamismo y la innovación, analizando cómo está impactando la situación económica y financiera en la que estamos inmersos como país en las empresas y analizaremos el papel de esta industria en la búsqueda de un modelo colaborativo eficiente, teniendo en cuenta evidencias sobre ahorros de coste asociados a la incorporación de tecnologías innovadoras al Sistema, insistiendo en el valor social de los productos y servicios englobados bajo el término de tecnología sanitaria.

## PALABRAS CLAVE

Sistema sanitario, Gestión sanitaria, Pacto de Estado, Consejo Interterritorial, Tecnología sanitaria, Innovación tecnológica, Paciente, Morosidad, Plan de pago a proveedores, Fondo de Liquidez Autonómica, Prestaciones sociosanitarias, Calidad, Eficacia, Eficiencia, Formación, Corresponsabilidad, Internacionalización, Interoperabilidad.

## 1. Introducción

En el contexto actual en el que nos encontramos existe una demanda creciente de prestaciones sociosanitarias en contraposición con unos presupuestos cada vez más restrictivos. El déficit público en el ejercicio 2011 ascendió al 10,1% y las perspectivas para 2012 no son nada favorables, con una tasa de desempleo por encima del 24% y un producto interior bruto (PIB) generado por la economía española con un decrecimiento en términos interanuales del -1,3%.

Tratando de abstraernos de este entorno desfavorable este informe dibuja el escenario en el que se encuentra el sector de Tecnología Sanitaria en su conjunto y su orientación y evolución de futuro, dentro del SNS, a corto y medio plazo.

Las características fundamentales de este sector empresarial son el dinamismo y la innovación, y es a través de soluciones innovadoras que las empresas dan respuesta a los problemas clínicos hoy no resueltos. La innovación tecnológica es imparable ya que está ligada al desarrollo de la ciencia médica, objetivo que el hombre persigue y está en la esencia de nuestra propia existencia.

El Sector de Tecnología Sanitaria está íntimamente relacionado con el profesional sanitario ya que es este el *usuario* en primera instancia de productos y equipos que utiliza como punto de apoyo y referencia en la predicción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la enfermedad y rehabilitación, con una característica particular y es la especial dedicación a crónicos y personas con algún tipo de discapacidad, grupos poblacionales que están creciendo exponencialmente, a los que deben ir dirigidas muchas de las soluciones en las que actualmente se está investigando.

Otra cuestión es cómo podemos hacer compatible el citado imparable desarrollo tecnológico con la disposición de productos, servicios y equipamiento médico en nuestro Sistema Sanitario para hacerlo sostenible, preservando sus valores: universalidad, equidad y accesibilidad.

## 2. Crisis económica y sistema de salud

La actual crisis económica, unida a la financiera, está repercutiendo directamente en nuestro Sistema de Salud y está poniendo en riesgo la sostenibilidad del mismo así como la de los agentes que lo configuramos y

que compartimos un compromiso con el conjunto de la sociedad que establece la sanidad como uno de los pilares de un Estado de bienestar.

Pero un análisis realista nos lleva a afirmar que si bien estamos en unos tiempos especialmente preocupantes, el debate sobre la sostenibilidad de nuestro Sistema es *antiguo*, y realizando un breve repaso histórico observamos que llevamos más de dos décadas *ocupados* con este asunto aunque quizá no estábamos suficientemente *preocupados*.

El Informe Abril Martorell publicado en 1990 ya enunciaba la necesidad de realizar un análisis crítico de nuestro Sistema Sanitario y establecer bases de desarrollo que permitiesen preservar su sostenibilidad y los atributos que lo calificaban. Hoy siguen vigentes muchas de las conclusiones de este informe aunque en el proceso de evolución del Sistema aquellas recomendaciones no fueran tenidas en cuenta.

En estas dos décadas se ha culminado el proceso transferencial a las comunidades autónomas (CC.AA.) sin que se produjera bajo un modelo económicamente viable. En general, las transferencias sanitarias han aportado muchos aspectos positivos a la asistencia sanitaria, pero hay muchos más elementos a tener en cuenta ante la descentralización de la gestión sanitaria. Con posterioridad a las transferencias se legisló en materia de cohesión y calidad del SNS.

Sin cuestionar la descentralización de la gestión sanitaria a través de las transferencias a las CC.AA., creemos que deberían introducirse más elementos de cohesión, colaboración y por supuesto *control*, ya que las CC.AA. han tomado una senda que podría calificarse de *autosuficiencia* con la consiguiente falta de vertebración del Sistema en su conjunto.

Considero que hemos perdido una *oportunidad de oro* de haber establecido un *Pacto de Estado por la Sanidad*, ya que ni la Conferencia de presidentes, ni el Ministerio de Sanidad (hoy de Política Social e Igualdad) han sido capaces de liderar este pacto entre todos los agentes del Sistema.

Además, el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como foro donde interactúan las CC.AA., ha quedado devaluado a una es-

tructura de intercambio de opiniones y reflexiones y poco operativo en la toma de decisiones compartidas entre CC.AA. Es necesario reforzar su misión, enunciar claramente sus objetivos y dotarlo de fórmulas de compromiso.

Nos hemos olvidado que los términos de eficiencia, eficacia, productividad, competencia y competitividad deben ser elementos fundamentales para preservar el Sistema y construir las bases para que las generaciones futuras puedan disfrutar de un Sistema Sanitario de excelencia y para que nosotros podamos sentirnos orgullosos de un trabajo bien hecho.

En mayo de 2012 se presentaba en el Parlamento europeo un informe denominado EHCI (Índice de Consumidores de la Sanidad Europea —siglas en inglés—) que lleva elaborándose desde el año 2005 por el centro sueco de análisis *Health Consumer Powerhouse*.

En la edición de 2012, este informe analiza 34 sistemas nacionales de sanidad de Europa según 42 indicadores que cubren cinco áreas clave para la salud del consumidor. España ocupa el puesto número 24 y, aunque hay elementos que pueden ser discutibles, lo cierto es que cuestiona la sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario y su viabilidad.

Si quisiéramos rebatir alguna de sus conclusiones, nos faltaría información sobre nuestro Sistema ya que no disponemos de métricas e indicadores que puedan calificar las distintas variables que deberíamos analizar. El observatorio del SNS fue una iniciativa que enfocaba esta necesidad pero no suficiente para realizar una valoración objetiva de nuestro Sistema.

También debemos mencionar que en estas dos últimas décadas, la industria sanitaria ha soportado unos términos de pago no acordes a lo que han ido dictando las distintas legislaciones vigentes en esta materia.

La industria sanitaria ha sido y sigue siendo cofinanciador del Sistema Sanitario debido a que se ha adoptado como un comportamiento *normal* no atender el pago de productos y servicios, lo que ha distorsionado el normal funcionamiento del Sistema y ha perjudicado gravemente a un sector empresarial comprometido con la salud y calidad de vida del ciudadano/paciente.

En estas circunstancias, propiciamos desde nuestra organización empresarial, junto con otros países, una directiva europea sobre morosidad en las operaciones comerciales que fue transpuesta al ordenamiento jurídico nacional como Ley 3/2004. Tampoco esta Ley eliminó el problema, ni siquiera lo aligeró.

En el año 2012, el gobierno de la nación ha sido sensible a esta problemática y ha creado el Plan de Pago a Proveedores que ha saneado momentáneamente esta situación y supuesto para nuestro sector la liberación de más de 4.000 millones de euros para cubrir la deuda acumulada por la mayoría de CC.AA. hasta el 31/12/2011, quedando todavía un remanente por pagar.

Pero a finales del ejercicio 2012 tenemos una situación nuevamente muy comprometida ya que las facturas pendientes de pago a nuestro sector están cifradas en más de 2.900 millones de euros, y una gran mayoría de CC.AA. no ha realizado prácticamente ningún pago de 2012, lo que evidentemente distorsiona gravemente la actividad empresarial y lesiona la marca España.

El Gobierno ha adoptado el compromiso de liberar recursos a todas las CC.AA. que lo deseen a través del mecanismo de financiación denominado *Fondo de Liquidez Autonómica* (FLA).

### 3. El gasto sanitario en España

Debemos dejar patente que el gasto (debería considerarse inversión) en Tecnología Sanitaria está situado entre el 7-8% del presupuesto global, disperso entre capítulos II, IV y VI de los presupuestos. Por otro lado, indicar que el gasto sanitario per cápita en España, 138,2 euros per cápita (1), sigue estando por debajo de los países avanzados como Alemania (244,9 euros per cápita) o Francia (165,3 euros per cápita), algo que debería servir como base de reflexión.

Esta cifra del 7-8% resulta muy ilustrativa cuando se pretenden establecer medidas de ahorro por las Administraciones competentes, a través de fórmulas imaginativas que van más allá de lo razonable. Sería deseable que de forma compartida y responsable las CC.AA. y el sector empresarial determinasen fórmulas de racionalización del gasto sin perder el foco en lo que es el centro

del Sistema: el paciente. Esas medidas en nuestro campo deberían ir encaminadas a:

- La incorporación al Sistema de tecnologías costeeficientes y el uso racional de las citadas tecnologías.
- La disposición de tecnologías innovadoras de alto coste en base a una estrategia predeterminada y consensuada por las CC.AA., compartiendo y estableciendo políticas de colaboración entre Administraciones, liderada por el Consejo Interterritorial.
- La historia clínica compartida que evite las duplicidades en la prescripción de pruebas diagnósticas.
- Las fórmulas de compra en la que el precio no sea el criterio único, olvidando el *valor añadido* que una tecnología puede aportar sobre otra. Y que el término genérico se destierre de este ámbito empresarial ya que no es aplicable en ningún caso.
- El correcto mantenimiento tanto preventivo como correctivo del equipamiento electromédico y la necesaria dotación económica y atención a este elemento.
- La importancia de su reposición cuando sea oportuno a la vista de la vida útil del equipo.

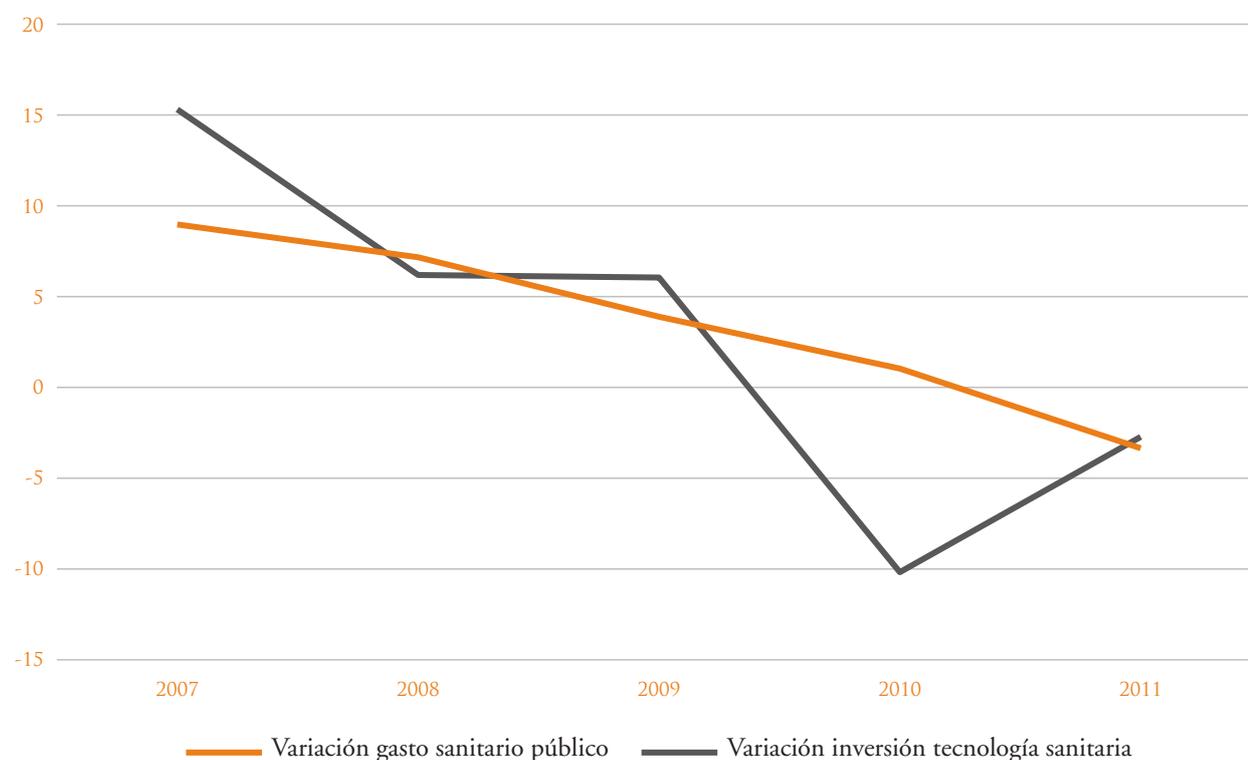
Del mismo modo, hay que tener en cuenta que una bajada relativamente importante del precio de productos y/o servicios tendría un impacto inapreciable en el coste total de los servicios sanitarios, por lo que el margen de ahorro es pequeño sin lesionar gravemente a la industria. Sin embargo los costes operacionales suponen un porcentaje mucho mayor del gasto total alcanzando en ocasiones hasta el 70%, por lo que una ligera reducción en dichos costes sí tendría mayor impacto sobre el gasto total.

Por otro lado, la evolución de la inversión en tecnología Sanitaria frente al gasto sanitario público en España muestra que el sector ha decrecido, acomodándose a los planes de ajuste a nivel nacional para un entorno de crisis y a la necesidad de sostenibilidad del Sistema Sanitario (gráfico 1).

En definitiva, es obligado introducir medidas que aseguren la sostenibilidad del Sistema y deben ir acompañadas de reformas estructurales en el mismo.

**Gráfico 1****Tecnología y gasto sanitario público**

En porcentaje



Fuente: Fenin, elaboración propia.

**4. El sector de Tecnología Sanitaria**

El sector de Tecnología Sanitaria está constituido por empresas fabricantes y distribuidoras de productos y dispositivos médicos, técnicas, instrumentos, equipamiento, procedimientos médicos y quirúrgicos, sistemas de información y programas informáticos destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que ayudan a mejorar la salud y calidad de vida de la población.

Mayoritariamente estos productos se encuentran en el ámbito hospitalario: productos de un solo uso, instrumental quirúrgico, implantes clínicos y equipos electromédicos pero también, aunque porcentualmente en una cifra de negocio mucho menor, se encuentran en oficina de farmacia (material de cura, jeringuillas, termómetros, tests de autodiagnóstico, etc.), ortopedias, gabinetes de audioprótesis, consultas odontológicas

y ópticas. En estos últimos, los productos sí llegan al usuario final.

El cuadro 1 recoge las principales diferencias entre los medicamentos y los productos englobados bajo el término de tecnología sanitaria.

Por otro lado, es un sector regulado a nivel específico por directivas comunitarias de nuevo enfoque, transpuestas al ordenamiento jurídico nacional mediante reales decretos sobre productos y cuyo aval de cumplimiento es el *marcado CE* que garantiza calidad, seguridad y eficacia. A esta regulación sanitaria se suman otras legislaciones transversales de aplicación a los productos y empresas como la Ley de Contratos del sector público, legislación sobre medio ambiente, regulaciones industriales, etcétera.

El número de empresas con actividad en nuestra geografía es de 1.200, con una facturación en torno a los 7.700 millones de euros, siendo el 80% de las empre-

**Cuadro 1**

**Tecnología sanitaria y medicamentos**

Tecnología sanitaria	Farmacéutica
<b>Industria</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente joven.</li> <li>• El 80% de las empresas son de pequeño o mediano tamaño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Larga experiencia.</li> <li>• Principalmente multinacionales de gran tamaño.</li> </ul>
<b>Productos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 400.000 productos sanitarios agrupados en 10.000 familias (*). Gran variedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número limitado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñados para mejorar ciertas funciones basadas en la calidad, seguridad y los resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollado por experimentación y selección en base a la calidad, seguridad y eficiencia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalmente basados en ingeniería mecánica, eléctrica y de materiales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basados en la farmacología y química. En la actualidad engloba biotecnología e ingeniería genética.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalmente actúa con medios físicos o mecánicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biológicamente activo: resulta efectivo cuando es asimilado por el cuerpo humano: acción farmacológica, metabólica e inmunológica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innovación y mejoras continuas basadas en nuevas ciencias, tecnología y materiales disponibles y nuevas aplicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continua innovación y mejoras basadas en la ciencia y tecnología.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corto ciclo de vida y período de recuperación de la inversión (normalmente 18 meses en el mercado).</li> <li>• La mayoría de los nuevos productos añaden funciones y valor a la asistencia sanitaria basado en las mejoras incrementales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extenso ciclo de vida de los productos y largo período de recuperación de la inversión.</li> <li>• Normalmente el proceso de innovación es largo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto coste de distribución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo coste de distribución.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto coste de formación de usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La formación necesaria es mucho menos intensa que en la industria de tecnología sanitaria.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de servicio y mantenimiento para alta tecnología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la mayoría de los casos, no hay servicio ni mantenimiento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso diagnóstico y terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso terapéutico.</li> </ul>

(\*) Global Medical Devices Nomenclature. CEN 2006.

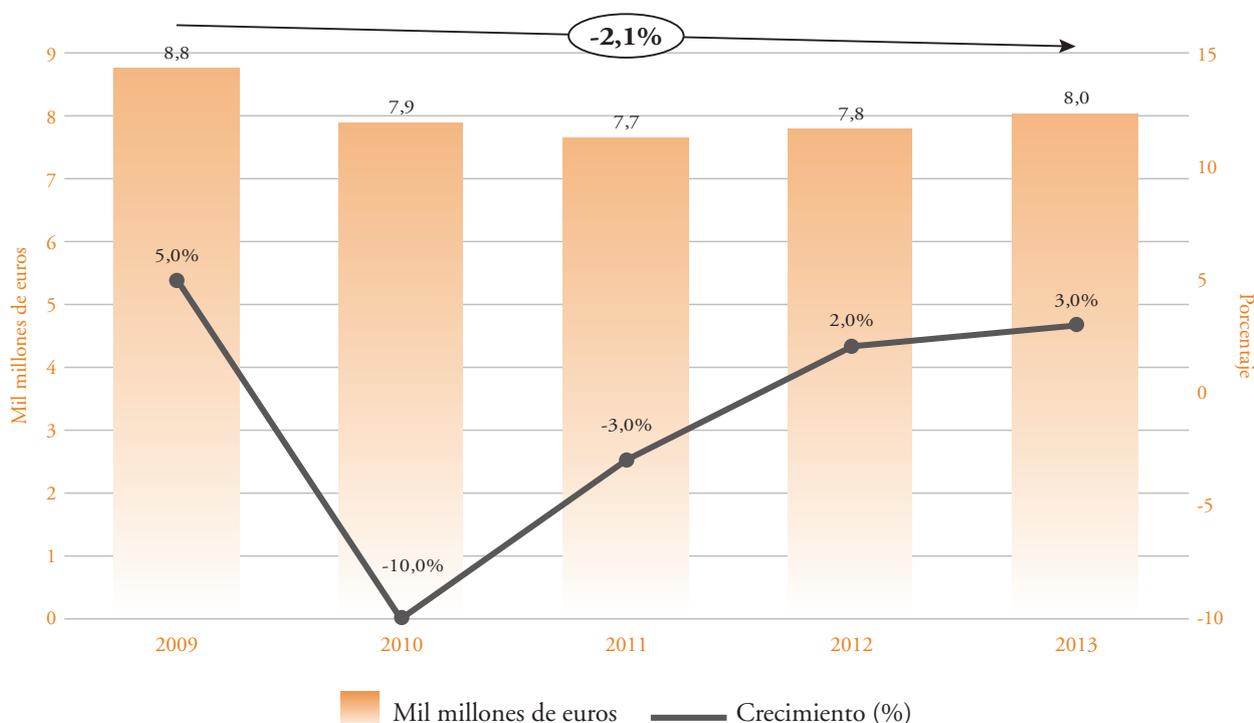
Fuente: EUROMED (European Confederation of Medical Devices) 2006.

Las Pymes con una antigüedad media de entre 20 y 30 años. Por actividad empresarial, alrededor del 70% tiene actividad distribuidora y un 20% actividad fabricante. El empleo directo está cifrado en 30.000 profesionales y el indirecto en 100.000.

Las cifras de exportación en el ejercicio 2011 se sitúan en 1.750 millones de euros y el número de empresas exportadoras está en unas 350. Las cifras de exportación han crecido notablemente en el periodo 2006-2011, un 15,8%, a pesar del retroceso sufrido en 2009.

Gráfico 2

## Mercado de tecnología sanitaria



Fuente: Estudio Fenin-PWC, *El sector de Tecnología Sanitaria y su papel en el fortalecimiento de la economía española*, 2011.

En el período 2009-2011 el crecimiento es más moderado, en torno al 4,5%, situación relacionada con la crisis económico-financiera y la evidente minoración de las ayudas a la internacionalización de empresas por parte de la Administración competente, que en relación a los planes sectoriales de exportación validados anualmente por el ICEX se han reducido en un 75% desde 2009.

La importación está cifrada en 4.600 millones de euros y la inversión en I+D+i se sitúa entre un 3 y 6%, dependiendo del tamaño de empresa.

Por otro lado, si se analizan las previsiones de crecimiento del sector de Tecnología Sanitaria desde el 2009-2013, atendiendo a la tasa compuesta de crecimiento anual (CAGR), se observa que el mercado de Tecnología Sanitaria se contraerá en un 2,1%, mostrando, una vez más, el ajuste que el sector está realizando en este entorno de crisis en España, como se verá en el siguiente apartado.

Las empresas más innovadoras están orientando su actividad hacia la internacionalización y la exportación, donde se encuentran escenarios en muchos casos más favorables, más estables en un entorno competitivo.

Un reciente estudio realizado por Fenin sobre *Innovación en el sector de Tecnología Sanitaria* aporta unas conclusiones de alto valor y muy útiles para el establecimiento de acciones y propuestas que ayuden a potenciar la innovación en el sector y reforzar el papel de la industria de Tecnología Sanitaria innovadora. Y una de las principales conclusiones es que las empresas que invierten más en innovación están mejor posicionadas en el mercado.

Los objetivos fundamentales con los que está comprometido el sector son:

1. Orientar la innovación hacia tecnologías más eficientes y que faciliten el acceso del paciente a la innovación, encontrando soluciones a problemas clínicos no resueltos.

2. Promover la corresponsabilidad del paciente en la gestión de su propia salud, actuando sobre sus pautas de comportamiento a través de campañas de concienciación.

3. Facilitar la prevención de la enfermedad y gestionar el seguimiento del paciente crónico.

4. Colaborar activamente con todos los agentes del Sistema para lograr la mayor eficacia y eficiencia a través de la formación de los profesionales en el conocimiento de las tecnologías innovadoras y de las tecnologías asociadas al tercer nivel asistencial: teleasistencia, telemonitorización, etc.; aportando estudios de coste-efectividad, coste-tratamiento, y coste-beneficio y promoviendo la cultura de coste por proceso.

5. Colaborar con las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para el aprovechamiento de recursos y la no duplicidad de informes y documentos de valor sobre tecnologías innovadoras de alto coste, que faciliten la toma de decisiones no suponiendo un obstáculo para la introducción de la innovación que puede incidir muy positivamente en diagnósticos y/o tratamientos de patologías (2).

6. Fomentar el uso de las TIC y la interoperabilidad entre centros, CC.AA. y Administración central.

7. Sensibilizar a la Administración sobre la necesaria concentración de superespecialidades en servicios eficientes y productivos con profesionales experimentados al frente.

8. Dotar al sistema de métricas e indicadores que permitan disponer de forma clara y transparente de la calificación de centros sanitarios y de sus servicios.

### 5. El sector de Tecnología Sanitaria en un entorno de crisis

Desde hace más de dos décadas viene siendo una constante la elevada morosidad de las CC.AA., y así en esta primera tabla mostramos la evolución de la morosidad desde 1990.

A destacar el esfuerzo del actual equipo de gobierno al establecer el denominado *Plan de Pago a Proveedores*, ya mencionado. Esta operación extraordinaria supuso

en junio de 2012 la eliminación de las deudas de las Administraciones con sus proveedores, siendo el ámbito de la Sanidad uno de los beneficiados en esta operación frente a otros proveedores.

Una vez concluido este pago a proveedores, la nueva deuda a 30/11/2012 es de 2.900 millones de euros por una mayoría de CC.AA. con el sector de Tecnología Sanitaria. El Gobierno ha anunciado una dotación de recursos a través del Fondo de Liquidez Autonómica a las nueve CC.AA. que se han adherido al plan y señalando la obligación de pago también del resto de CC.AA. no adheridas.

Esta situación queda recogida en el cuadro 2.

A fecha de cierre de este informe estamos a la espera de la liberación de recursos para las CC.AA. para el consiguiente pago a proveedores.

Asimismo, las CC.AA. no adheridas a este mecanismo de financiación con facturas pendientes de pago también deben cumplir los planes de ajuste y sus objetivos de déficit y proceder al pago a proveedores.

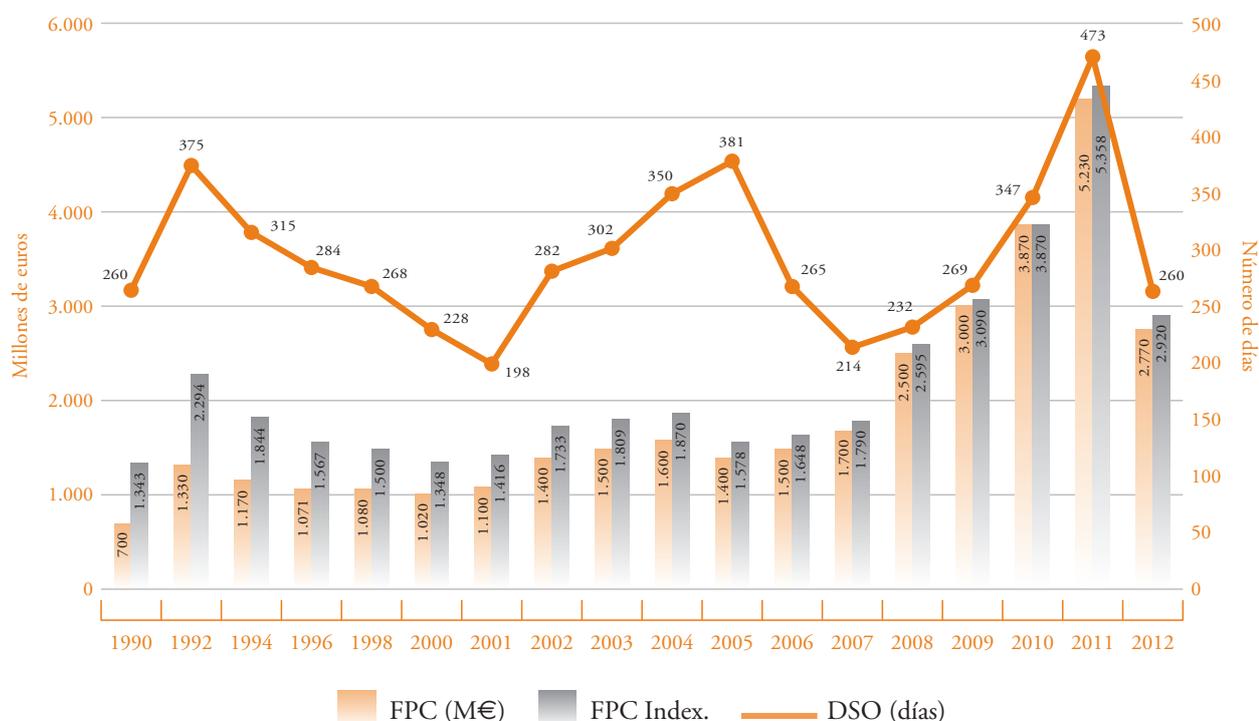
Para 2013 se ha anunciado que esta fórmula seguirá vigente con una dotación de 23.000 millones de euros para las CC.AA., y el Fondo de Liquidez Autonómica tiene unas prioridades marcadas, siendo el pago a proveedores una de ellas. El ministro Montoro ha afirmado en diciembre de 2012 que el objetivo del Gobierno es pagar a proveedores a 30 días como señala la ley.

La situación actual de este mercado se concreta en alto nivel de morosidad y disminución de la facturación de las empresas, debido a fuertes bajadas de precios basadas en nuevas fórmulas de contratación y menor capacidad de compras de las CC.AA. debido a restricción de presupuestos y en algunos casos menor actividad asistencial.

Si analizamos los distintos subsectores de actividad incluidos bajo el concepto de Tecnología Sanitaria podemos afirmar que el sector electromédico en el primer semestre de 2012 ha sufrido un decrecimiento cifrado en más de un 40%, el sector de nefrología decrece en servicios entre un 5-10% y productos un 10% aunque experimenta un ligero crecimiento en diálisis peritoneal. El sector de implantes ha visto minorada su facturación en una media de un 5%, el sector cardio-

Gráfico 3

## Evolución de la morosidad de la sanidad pública en España



FPC: Facturas pendientes de cobro; FPC index.: Facturas pendientes de cobro indexadas en relación al IPC de diciembre de 2010; DSO: 274 días. Todos los datos están calculados a 31 de diciembre del año correspondiente excepto el dato de 2012, que está calculado a 31 de octubre.

Fuente: Fenin (datos propios) e INE.

vascular decrece un 7% en cirugía cardiaca y accesorios, un 12% en hemodinámica y un 5% en electrofisiología. El único crecimiento que se observa es el subsector de neurocirugía. El sector de oftalmología en relación a la cirugía de cataratas, observa un decrecimiento del 3% en unidades y una disminución del 9% en valor. El sector de diagnóstico in vitro está viendo minorada su facturación en un 6%. Finalmente el ámbito ligado a la oficina de farmacia ha seguido una evolución muy parecida a la de medicamentos y el ámbito dental (sector privado) ha bajado hasta un 40%.

Las medidas de ajuste para obtener ahorros a corto plazo pueden suponer, en algunos casos si no se adoptan medidas de racionalidad, la pérdida de calidad en la atención sanitaria y un retroceso en el Estado de bienestar. Me refiero a la nueva legislación respecto a cartera de servicios, y a la generalización de las compras centralizadas, centrales de compras y concursos públicos con

criterios de selección casi exclusivamente basados en precio. Existe también una tendencia hacia el proveedor *único* que desde nuestra perspectiva está en contraposición con el criterio de que el mercado se ajuste en competencia. Los procesos de centralización no responden a la diversidad de productos y servicios, limitan de forma clara las opciones terapéuticas y diagnósticas y puede reducir la competencia y la innovación.

Todo ello supone un cambio de modelo en la contratación que teóricamente tiene como objetivo la mejora de la eficiencia de los Sistemas Sanitarios, pero si no se realiza con precaución es un freno a la innovación tecnológica y consecuentemente repercutirá en la destrucción del tejido industrial.

Estamos acostumbrados dentro de este *cambio de modelo* a fórmulas de riesgo compartido, socios tecnológicos, diálogo competitivo y colaboración público-privada. Y el sector muestra, una vez más, una gran

**Cuadro 2**  
**Observatorio de la deuda. Cierre a 30/11/2012**

Servicio salud	DSO	FPC (Mill. €)	Porcentaje del total	Distribución del total de FPC a 30/11/2012			
				2012		Anterior	
				Porcentaje	Mill. €	Porcentaje	Mill. €
Andalucía	360	632,22	21,76	90,28	570,75	9,72	61,47
Aragón	283	123,39	4,25	98,08	121,01	1,92	2,37
Asturias	253	77,03	2,65	98,01	75,49	1,99	1,53
Baleares	381	65,19	2,24	84,93	55,37	15,07	9,82
Canarias	209	107,30	3,69	95,06	101,99	4,94	5,30
Cantabria	227	35,51	1,22	97,19	34,51	2,81	1,00
Castilla-La Mancha	314	162,65	5,60	92,08	149,77	7,92	12,88
Castilla y León	211	151,49	5,21	82,16	124,46	17,84	27,03
Cataluña (**)	280	243,74	8,39	98,69	240,53	1,31	3,21
Extremadura	208	57,67	1,99	96,89	55,87	3,11	1,80
Galicia	278	204,03	7,02	97,69	199,32	2,31	4,71
La Rioja	209	17,25	0,59	97,69	16,85	2,31	0,40
Navarra (*)	46	9,49	0,33	95,75	9,08	4,25	0,40
Madrid	291	461,52	15,89	95,94	442,76	4,06	18,76
Murcia	259	92,70	3,19	93,19	86,39	6,81	6,31
País Vasco	69	48,69	1,68	96,95	47,21	3,05	1,48
Valencia	376	413,42	14,23	87,68	362,50	12,32	50,92
Ceuta/Melilla (*)	48	1,73	0,06	95,20	1,65	4,80	0,08
DSO Media Global SS	274	2.905,00	100,00	92,79	2.695,52	7,21	209,48

FPC: Facturas pendientes de cobro.

(\*) Las FPC de estas comunidades no se pueden considerar deuda al estar en plazo legal de pago.

(\*\*) En estos datos solo se incluyen las FPC de los centros dependientes directamente del ICS.

Fuente: Fenin.

capacidad para avanzar, estableciendo puentes de colaboración con las Administraciones y retroalimentándose con todos los actores del Sistema a través de su conocimiento y experiencia en beneficio del Sistema y del ciudadano/paciente.

Ante estos nuevos modelos de contratación pública debemos tener en cuenta algunos factores críticos de éxito: transparencia, valor clínico y para el paciente, características técnicas y únicas, rendimiento del producto e indicadores de calidad y requisitos de servicio

y apoyo-formación para el correcto uso del producto de forma segura y efectiva.

### 5.1. *Papel de la industria de tecnología sanitaria hacia un modelo colaborativo eficiente*

Observando la pirámide poblacional, resultado de la última encuesta del INE, los mayores crecimientos absolutos y relativos en los próximos cuarenta años se concretarán en edades avanzadas (mayores de 64 años). Por ello es necesario que el modelo actual, basado fundamentalmente en atención de agudos, evolucione y se focalice en la atención a crónicos.

Según las estadísticas de Eurostat de 2009, en las que se comparan los grupos de población según el nivel de salud con el coste o gasto sanitario, queda claro que el 30% de la población con algún problema de salud, genera el 90% del gasto sanitario. Por esta razón deben incorporarse nuevas herramientas para la gestión de la cronicidad y la dependencia.

Es importante tener en cuenta las herramientas y el valor que aporta la tecnología en este nuevo escenario y en la promoción del envejecimiento saludable y activo: el impacto derivado de su utilización mejora la calidad asistencial y la accesibilidad a una asistencia sanitaria de calidad y es facilitadora de una medicina preventiva y predictiva.

### 5.2. *Evidencia del ahorro que supone la incorporación de la tecnología sanitaria innovadora*

La tecnología sanitaria reduce la necesidad de recursos económicos y humanos en el Sistema porque potencia las mejoras en los procesos de la atención sanitaria, puede ofrecer ahorros de coste directo reduciendo la estancia hospitalaria, mejorando las listas de espera, facilitando una mayor calidad de vida del paciente, y es clave en la mejora de los procesos predictivos y preventivos y en el diagnóstico precoz.

Hay estudios comparativos que evidencian los ahorros producidos en tratamientos a grupos poblacionales determinados con patologías concretas utilizando tecnologías y, los resultados son claros: el efecto neto es positivo (3).

Como ejemplos de tecnologías coste-eficientes de los que reseñamos los siguientes, sin querer ser exhaustivos:

*Monitorización remota para personas infartadas:* Su uso implica una reducción del número de visitas al centro para el seguimiento de pacientes en un 38%, lo que permite la atención a pacientes que la necesiten realmente frente al seguimiento rutinario.

*Apósitos quirúrgicos innovadores:* Llevan plata iónica, tienen una amplia actividad antimicrobiana contra un amplio espectro de resistentes agentes bacterianos, reduciendo la infección en un 67% y la producción de formación de ampollas en un 88%.

*Casos del EHTI: Dispositivos-implantes ortopédicos (4):* Los resultados sugieren que los dispositivos estudiados aportan importantes beneficios a los pacientes en términos de calidad de vida, medidos por los AVAC-QALY (años ajustados por calidad de vida), incrementan su movilidad, mejoran su estado funcional y optimizan su calidad de vida (dolor y sueño). Indican la relación positiva de estos dispositivos en cuanto a su valor-coste; consiguen beneficios y son generadores de ahorros.

*Oxigenoterapia (5):* Sin perjuicio de la notable mejora de la situación clínica de los pacientes y su mejora en la calidad de vida, en 2010 el Sistema Nacional de Salud obtuvo un ahorro de unos 302 millones de euros gracias a estas terapias y que, si se incrementase la tasa de tratamiento en un 20%, se obtendría un ahorro adicional de 84 millones de euros.

*Aportación de la tecnología sanitaria en la prevención de infecciones nosocomiales:* La descontaminación ambiental, la limpieza de las habitaciones y superficies de mobiliario, el lavado de manos y la optimización del cuidado y la esterilidad en la implantación de catéteres, sondas vesicales u otros elementos para el diagnóstico o el tratamiento son algunas de las medidas coste-eficaces en la prevención de infecciones nosocomiales, lo que evita costes derivados de su tratamiento o una nueva estancia hospitalaria consiguiendo un ahorro sustancial en el Sistema Nacional de Salud. Por ejemplo, una bacteriemia asociada a catéter le cuesta al Sistema cerca de 18.000 euros por episodio, el gasto asociado a una diarrea por *clostridium difficile* oscila

entre 5.000 y 8.000 euros aproximadamente. Asimismo una sutura antibacteriana reduce el riesgo de sufrir infección del sitio quirúrgico del 21% al 4,3%.

### 5.3. *Valor social de la tecnología sanitaria: clave en el cambio hacia una atención sociosanitaria integral.*

El uso de la tecnología puede tener un impacto considerable en diferentes aspectos de la vida de las personas mayores con discapacidad o con enfermedades crónicas como pueden ser la locomoción, la vista, la comprensión o la destreza manual.

Las tecnologías englobadas dentro del grupo Ambient Assisted Living (AAL), tecnologías para una vida independiente, tienen como objetivo extender el tiempo que las personas mayores puedan vivir en su entorno familiar, incrementando su autonomía y ayudándoles a llevar a cabo las actividades de la vida diaria a través del uso de productos inteligentes y la prestación de servicios remotos. El volumen total del mercado AAL en Europa en 2009 fue de 154,9 millones de dólares, siendo un mercado fragmentado y amplio de oportunidades.

Si nos centramos en los cuidados en casa, unidades de larga duración y rehabilitación, claves para facilitar y mantener una vida independiente, la tecnología sanitaria pone a disposición del paciente herramientas tecnológicas (Tele-salud, Teleasistencia, y m-Health —uso de las comunicaciones a través de teléfonos móviles para proveer información y asistencia sanitaria—).

De hecho, las enfermedades crónicas pueden derivar en situación de requerimiento de algún tipo de ayuda específica (asistencia personal, equipamiento adaptado, etc.) para la realización de las actividades de la vida diaria (aproximadamente un 8,9% según el estudio de *Los ciudadanos ante la e-Salud* del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y Sistemas de Información).

Esta tendencia a traspasar el epicentro de la salud de un paciente (e-Salud) a cualquier lugar donde se encuentre (cuidado de la salud en todas partes), incide en una mayor sostenibilidad del Sistema Sanitario.

La e-Salud está influyendo cada vez de manera más significativa en las estrategias de salud de los países europeos y se ve como un facilitador en un contexto más amplio como la mejora de la eficiencia de los servicios públicos o el aceleramiento de la sociedad de la información en estos países.

En España, dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, la e-Salud está considerada como un elemento prioritario, no obstante no existe una iniciativa estratégica a nivel estatal de desarrollo e implementación de la e-Salud.

## 6. Conclusiones

Es necesario un cambio global en todos los ámbitos: asistencial, social, educativo, y para ello, teniendo en cuenta que el paciente debe ser el eje central del Sistema, este debería evolucionar hacia un nuevo modelo en el que se preservasen los valores fundamentales de equidad, calidad, accesibilidad, universalidad, transparencia, buena organización, cohesión y coordinación bajo estas premisas:

1. Establecer un acuerdo nacional sobre el Sistema Sanitario, permitiendo la planificación unificada a medio y largo plazo y estableciendo prioridades comunes, procesos de coordinación y colaboración entre CC.AA.
2. Interconectividad de los Sistemas de Información de las CC.AA. El uso de la telemedicina ofrece considerables oportunidades para reducir el coste sanitario.
3. Financiación pública y provisión público-privada con mayor integración y coordinación.
4. Integración de la provisión de Servicios Sociales y Sanitarios. Modelo de atención adaptado a las necesidades del paciente respondiendo a la nueva estructura demográfica.
5. Fortalecimiento del rol del paciente como gestor de su propia salud, desarrollando e implantando de forma efectiva una estrategia de paciente activo, concienciando sobre el coste de la sanidad bajo el modelo de cobertura universal.
6. Fortalecimiento del rol de los profesionales: posicionar al médico y al profesional sanitario en general

como una figura clave entre el SNS y el paciente bajo un modelo de decisión médica compartida.

7. Potenciación de la innovación como factor clave que aporta valor asistencial, social y económico. La innovación en sanidad y la investigación transnacional es un motor para la economía. La innovación y la internacionalización deben desarrollarse en paralelo.

8. Búsqueda de servicios coste-eficientes apoyados en tecnologías emergentes que aseguren el mantenimiento de la calidad asistencial, su eficacia y eficiencia.

9. Mejorar el desarrollo, uso y adopción de nuevas tecnologías, adaptando los procesos existentes en colaboración con los profesionales sanitarios.

10. Integrar sistemas de evaluación de coste-efectividad, coste-eficiencia, coste-tratamiento, y fijar parámetros de medición de resultados que permitan la mejora continua del Sistema.

El sector de Tecnología Sanitaria influye definitivamente en la salud y calidad de vida del ciudadano/paciente; es un agente comprometido con el Sistema Sanitario y actúa como socio estratégico en la configuración de un modelo adaptado a corto, medio y largo plazo.

## NOTAS

- (1) Informe *The European Medical Technology Industry Activity Report*, Eucomed, 2007-2008.
- (2) Position Paper EUCOMED, Position Paper Fenin. Junio 2008.

(3) David, M. Cutler; Mark, McClellan, *Health Affairs*, sep/oct 2001.

(4) Estudio del Instituto Europeo de Investigación Socio-Económica en Tecnología Sanitaria (EHTI), el departamento de Economía de la Salud de la Universidad de Londres (LSE), y la Universidad de York.

(5) Estudio Fenin-PWC, *Estudio sobre la eficiencia y los beneficios de las Terapias Respiratorias Domiciliarias*.

## BIBLIOGRAFÍA

- Memoria Fenin 2010.
- Medical Technology Innovation Scorecard, «The race for global leadership», *PriceWaterCoopers*, enero 2011.
- El sector de Tecnología Sanitaria y su papel en el fortalecimiento de la Economía Española, *Fenin-PriceWaterCoopers*, diciembre 2011.
- Creating Value In European Healthcare, «How Europe's medical technology industry is delivering on the promise of the Contract for a Healthy Future», *Medtech Europe from Diagnosis to cure*, octubre 2012.
- Contract for Healthy Future, «The role of Europe's medical technology industry in steering healthcare systems onto a sustainable path», *Eucomed Medical Technology*, octubre 2011.
- «Pulse if the industry», *Medical technology report 2011*, Ernst & Young, 2011.
- «Future-proofing Western Europe's healthcare. A study of five countries», *The Economist*, Eucomed, 2011.
- Estudio sobre la eficiencia y los beneficios de las terapias respiratorias domiciliarias, PWC/Fenin, mayo 2011.
- «Contributing to a Healthy and Sustainable Europe. Med. tech Report 2010-2011», *Eucomed Medical Technology*, febrero 2012.
- Pulse if the industry. Medical technology report 2012, Ernst & Young, 2012.
- Estudio de Innovación en el Sector de Tecnología Sanitaria, Fenin, noviembre 2012.

# el nuevo lunes

de la economía y la sociedad

CADA SEMANA EN SU QUIOSCO

Síguenos en: [www.elnuevolunes.es](http://www.elnuevolunes.es)

**EL NUEVO LUNES** le ofrece las claves para entender, en un entorno cambiante, el mundo de la economía, la empresa y el dinero. Con reflexión y rigor. A fondo

Y, además, los **Rating** de **EL NUEVO LUNES**: una radiografía y calificación anual de las entidades financieras, compañías de seguros y empresas energéticas

Y nuestros suplementos: **Guía para su Dinero**, **Empresas bajo la Lupa**, **Ciencia y Técnica**, **Nuevas Tecnologías de la Información**, **Mercados Emergentes** y **Golf**



**EL NUEVO LUNES: información y análisis con criterio propio**

## PAPEL DEL SECTOR PRIVADO Y APORTACIÓN A LA EFICIENCIA SANITARIA

**Juan Abarca**

*Secretario general del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)*

**Fernando Mugarza**

*Director de Desarrollo Corporativo del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)*

### RESUMEN

El sector sanitario privado contribuye al desarrollo económico a través de la generación de empleo y de inversión que lleva a cabo en diversos ámbitos de la sanidad española. Asimismo, es importante su participación en cuanto a la investigación y desarrollo. La complementariedad que se lleva a cabo con el sector público es decisiva y permite la descongestión del sector público permitiendo una mayor eficiencia global. La problemática sanitaria española es de tal envergadura que es preciso un acuerdo básico entre los agentes implicados.

### PALABRAS CLAVE

Sector sanitario privado, Instituciones, Gasto sanitario, Financiación sector privado, Mutuas, Mutualismo administrativo, Complementariedad, Cuenta satélite del gasto sanitario, Deducciones fiscales, Aseguramiento sustitutivo.

Hace algo más de dos años se creó el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), una fundación que tiene como misión el dar a conocer, promover y fomentar la representación institucional del sector sanitario privado español de forma acorde con su peso económico y social, poniendo en valor su realidad y su profesionalidad y evidenciando las importantes aportaciones que realiza al sistema sanitario nacional.

Desde el principio el IDIS se posicionó como un agente necesario en la planificación del sistema sanitario español, desde la gestión privada, con el objetivo de aportar a la sanidad española todos aquellos valores, conocimientos y experiencias que le permitan colaborar para el mantenimiento de las condiciones de nuestro sistema sanitario, sin recortarle derechos a los ciudadanos, en un entorno sostenible, solvente, eficiente y excelente para la ciudadanía; todo ello sustentado en valores irrenunciables como la calidad, la transparencia ante los ciudadanos, el valor de la eficiencia, el compromiso con los profesionales sanitarios, el valor de la colaboración público-privada, la apertura a los cambios en el modelo de prestación, el compromiso y colaboración con todos los actores del sector sanitario y la lealtad al sistema sanitario.

Con la puesta en marcha del IDIS se consiguió, por primera vez, que existiera una única voz que velara y representara los intereses de un sector sanitario privado que tal y como iremos exponiendo ha ido ganando en aportación al sistema sanitario, calidad y excelencia a lo largo de los últimos años, sin que se haya visto reconocido en modo alguno por unas estructuras políticas y administrativas totalmente concentradas alrededor del sistema público, al cual en muchas ocasiones, han mirado priorizando el interés electoral al interés real sanitario.

En el momento actual ya son cerca de 70 las organizaciones, instituciones y empresas integradas en IDIS en sus diferentes segmentos, patronos, patronos de libre designación, asociados, colaboradores y patrocinadores, que vienen a representar además de a multitud de empresas relacionadas con la tecnología y la innovación, a todos los agentes sectoriales sanitarios (profesionales, pacientes, industria, etc.) y a más de 120 hospitales privados de España y a una cuota de mercado asegurador superior al 80% a través de las principales aseguradoras de salud.

El sector sanitario privado contribuye al desarrollo económico de nuestro país a través de, entre otros, la

generación de empleo y la inversión que lleva a cabo en diversos ámbitos de la sanidad española. Asimismo, según iremos desgranando en estas líneas, contribuye a la descarga y al ahorro del Sistema Nacional de Salud, colaborando activamente con la sanidad pública a través de diferentes mecanismos y dispositivos destinados a mejorar la accesibilidad de los pacientes a la atención sanitaria y asegurar la continuidad de sus tratamientos, con el objetivo de poder atender la demanda de toda la población.

Según los últimos datos facilitados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Empresarial (OCDE), el gasto sanitario en España en relación al PIB se situó en el 9,5% en el año 2009, representando el gasto público el 73,6% y el gasto privado el 26,4%, lo que hace que nuestro país sea el segundo de Europa con más gasto sanitario privado después de Suiza. Entre otros factores, la desaceleración del crecimiento de nuestra economía, combinada con un crecimiento del gasto sanitario, ha producido un incremento del porcentaje del PIB destinado al gasto sanitario, variando del 7,2% que representó en el año 2000, al 9,5% que supuso en 2009. Estos incrementos en las cantidades invertidas en gasto sanitario los últimos años han supuesto que España esté en la media de los países de la OCDE en cuanto a financiación destinada a la sanidad.

Dentro del gasto sanitario total, el gasto privado supone aproximadamente 26.697 millones de euros, lo que representa el 2,51% del PIB. El gasto sanitario privado está compuesto principalmente por el dinero de bolsillo que supone aproximadamente 20.073 millones de euros y por el seguro privado que supera los 5.494 millones de euros.

Por otro lado, es conveniente destacar que un porcentaje del gasto sanitario público se destina a provisión privada en las diferentes fórmulas de colaboración público-privadas. Con el fin de determinar dicho porcentaje, se han analizado las partidas presupuestarias del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En base a este análisis, se estima que aproximadamente el 10,4% del gasto sanitario público corresponde a la partida de colaboración de la sanidad pública con la sanidad privada. Esta partida de conciertos engloba, entre otros, el mutualismo administrativo, las concesiones administrativas, el

conocido modelo PPP o modelo *Alzira*, que incluyen la gestión de áreas de población para la gestión de los servicios sanitarios por un operador privado a cambio del pago de una cápita por persona y año, los convenios singulares con entidades privadas, así como otros conciertos como los procedimientos de intervenciones quirúrgicas, diagnóstico por imagen, oncología radioterápica, terapias respiratorias domiciliarias, hemodiálisis, logopedia y transporte sanitario. La partida de colaboración de la sanidad pública con la privada supone 7.360 millones de euros en términos absolutos, lo que representa un 0,73% del PIB, de los que la mayor parte, 5.400 millones, el 0,53% del PIB se destinan a los conciertos tradicionales y singulares, 1.373 millones de euros corresponde a mutualismo administrativo, y únicamente 586 millones a las concesiones administrativas que incluyen la gestión de los servicios sanitarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, el gasto sanitario privado, y el gasto sanitario público en provisión privada, representan aproximadamente el 3,24% del PIB, lo que supuso 34.057 millones de euros en el año 2009, de los que 26.697 correspondieron a gasto sanitario privado y 7.360 a gasto sanitario público en provisión privada, es decir gasto producto de la colaboración público-privada.

Pero la realidad, en contra de lo que muchos pueden creer, es que el sector sanitario privado no se financia mayoritariamente de los conciertos y la colaboración con el sector público, sino de la financiación privada a través de la suscripción de seguros de salud de sus usuarios. Así, se estima que en torno al 65% de la financiación del sector tendría su origen en la financiación privada, ya sea a través del pago de un seguro, mientras que la financiación fruto de la colaboración público-privada no superaría más del 25% de la financiación total del sector, quedando el restante 10% que surge de la financiación directa de los pacientes.

Es decir, el sistema sanitario público, que garantiza la universalidad de la asistencia sanitaria y la equidad en el acceso y en las prestaciones, convive con un sistema de aseguramiento suplementario de 6,9 millones de personas que suscriben un seguro en nuestro país. Un modelo de prestación duplicado que contribuye a la descarga y al ahorro del sistema público, ya que, al

no consumir, o consumir en parte, recursos de la sanidad pública, representa una subvención oculta de los ciudadanos al sistema público que genera un ahorro al Sistema Nacional de Salud de aproximadamente 631 euros al año que corresponde con el gasto que tiene al año las aseguradoras en sus usuarios. En este sentido, es necesario fomentar la integración del sector privado con el funcionamiento del sistema público con la finalidad de que consiga evitar duplicidades en el consumo de recursos y facilite la descarga al máximo del sistema sanitario público, dado que, en la actualidad y en la mayoría de los casos, las pruebas o los tratamientos que el paciente realiza en la sanidad privada no tienen validez en la sanidad pública.

En cuanto a la provisión del sector hospitalario privado, ofrece a los ciudadanos asistencia sanitaria en un total de 477 hospitales en España, lo que representa el 51% del total de los centros hospitalarios existentes en nuestro país.

La finalidad asistencial de estos 477 centros hospitalarios varía en función del tipo de centro, existiendo, entre otros, hospitales generales, materno-infantiles, de geriatría y/o larga estancia, quirúrgicos, psiquiátricos, de traumatología y rehabilitación, y monográficos. A su vez la sanidad privada cuenta con más de 2.100 centros ambulatorios y emplea a más de 330.000 profesionales (de los cuales 60.000 son facultativos).

En relación al número de camas, los hospitales privados ofrecen a la población una dotación de 53.530 camas, lo que representa el 33% del total de camas existentes en España. A nivel geográfico, las comunidades autónomas de Cataluña, Andalucía y Madrid son las que cuentan tanto con un mayor número de hospitales privados como con un mayor número de camas pertenecientes a hospitales de titularidad privada.

Además, en aras a la complementariedad necesaria de ambos sistemas, es importante destacar la actividad de alta complejidad que el sector sanitario privado desarrolla a través de los más recientes avances tecnológicos. Uno de los tópicos existentes en torno a nuestro sector es que solo podía atender procesos banales. Sin embargo podemos afirmar con rotundidad que esto, si alguna vez fue así, no lo es en absoluto en el momento actual. Por el contrario, el sector privado, por su mayor

agilidad de gestión, ha sido tradicionalmente mucho más receptivo e innovador en la introducción de nuevas tecnologías como el TAC, la resonancia magnética de alto campo, la cirugía robótica o la radiocirugía, entre otras, hasta el punto de que podamos afirmar que de aquí a los próximos años, acuciado además por la crisis económica que exista, es muy posible que se marquen diferencias importantes en cuanto a innovación tecnológica entre el sector público y el sector privado.

Finalmente, desde el punto de vista de la provisión cabe destacar que, la mejora continua de la calidad en la prestación asistencial es un hecho en el sector de la sanidad privada. Tal es así que, la preocupación del sector sanitario privado por la calidad ha llevado a que muchos de sus representantes dispongan de acreditaciones y sellos de calidad de obtención voluntaria; un ejemplo de ello es que el 86% hospitales pertenecientes al IDIS cuenta con algún tipo de certificado/acreditación de calidad.

Debido al volumen de usuarios y asegurados, la importancia y peso de los centros asistenciales privados, los fenómenos de colaboración público-privada, la aportación de valor en I+D, en formación, en dotación y capacitación tecnológica, etc., el sector sanitario privado constituye un importante aliado estratégico del sistema público de salud, siendo dicha colaboración entre ambos sectores un pilar fundamental para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario español.

Hasta fechas recientes, en las que acuciados por la crisis las administraciones autonómicas han disminuido de forma significativa los concursos con el sector privado, se estaba produciendo un aumento de la colaboración entre el sector sanitario público y el sector sanitario privado. Vamos a analizar pormenorizadamente cada una en términos de impacto socioeconómico.

Un porcentaje significativo del gasto sanitario público, se ha destinado en los últimos años a la partida presupuestaria de conciertos, lo que refleja la importancia y repercusión que este concepto tiene para las Consejerías de Sanidad y Servicios de Salud de las diferentes comunidades autónomas. En nuestro país existen diferentes tipos de conciertos, destacando aquellos que se articulan con el fin de concertar la actividad pública con centros privados en diferentes tipos de actividad.

Este tipo de conciertos están orientados a desahogar las listas de espera de la sanidad pública, así como a ofrecer un apoyo por parte de la sanidad privada para que se cumplan los decretos que establecen tiempos máximos de respuesta para determinadas patologías y actos, los cuales varían de una comunidad autónoma a otra. Los conciertos con los centros sanitarios privados, permiten a la sanidad pública ofrecer asistencia sanitaria en aquellas zonas geográficas que no disponen de infraestructura suficiente, lo que garantiza la asistencia sanitaria del paciente y mejora su accesibilidad. Además, están los conciertos denominados singulares en los que se pueden ver diferentes fórmulas de gestión de áreas enteras de población en manos de un operador privado, como por ejemplo las relaciones entre los Hermanos San Juan de Dios y la Junta de Andalucía, o la red de hospitales privados integrados en la Red de Hospitales de Titularidad Pública de Cataluña.

En nuestro país, aproximadamente un 40% de los centros hospitalarios privados presenta algún tipo de concierto con las Administraciones públicas. Los hospitales privados con un mayor número de conciertos son los hospitales generales, ya que cuentan con un total de 116 hospitales con algún tipo de concierto, seguido de los hospitales geriátricos y/o larga estancia con 22 hospitales, y de los hospitales psiquiátricos que cuentan con un total de 16 hospitales con algún tipo de concierto.

El mutualismo administrativo es un mecanismo de cobertura del régimen especial de la Seguridad Social en el que los beneficiarios pueden elegir entre recibir la asistencia sanitaria a través de una serie de entidades de seguro libre o hacerlo a través del servicio público de salud de la comunidad autónoma en la que resida.

Este mecanismo de cobertura está formado por tres grandes mutuas, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

Bajo este modelo, el Estado mantiene las funciones de regulador, garante y financiador de las prestaciones sanitarias, trasladando su implementación al Sistema Nacional de Salud o a entidades de seguro libre. Es aquí, cuando los ciudadanos deciden libremente y de manera

anual entre el Sistema Nacional de Salud y la aseguradora, opción esta última que, en el caso de MUFACE, es escogida por el 82% de los mutualistas. Este dato demuestra el grado de satisfacción de los usuarios con el modelo, configurando a este como un modelo de alto valor añadido a los beneficiarios, los cuales tienen a través del modelo la misma cobertura y prestaciones que da la sanidad pública convencional y que asume financieramente la aseguradora ya se produzca el gasto en el sector privado o en el sector público.

En términos absolutos, la población protegida por el régimen de mutualismo administrativo es de aproximadamente dos millones de personas, siendo MUFACE la mutualidad con mayor número de beneficiarios, con el 66% de los mutualistas, y la que mayor volumen de primas tiene de las tres, representando aproximadamente el 67% de las primas totales.

En términos de siniestralidad, el mutualismo administrativo registró en 2011 una siniestralidad de más del 96%, muy superior a la media del sector asegurador, que alcanzó en el mismo año el 81,6%. El importe en siniestros pagados de los mutualistas, supuso a las compañías aseguradoras un total de 1.042 millones de euros sobre un volumen de primas de 1.083 millones de euros. Esta baja siniestralidad es debida por una parte a que en los últimos años la actualización de las primas ha sido menos de la mitad de lo que se ha actualizado la cápita de gasto sanitario público, y por otra a que desde el Gobierno se ha impedido la entrada de nuevos funcionarios al concierto impidiendo la renovación natural de la cartera que necesita este tipo de seguro, produciendo este conjunto que las aseguradoras se replanteen su participación en el modelo por la inviabilidad financiera del mismo.

Pero la realidad, y a pesar de los datos de siniestralidad expuestos, el mutualismo administrativo no solo representa un ejemplo de colaboración público-privada que genera múltiples beneficios en la gestión del sistema público, sino que además se trata de un modelo fundamental para el mantenimiento del sistema sanitario privado, en especial en determinadas provincias, y permite mantener el equilibrio de la oferta del sistema sanitario público, que por sí solo no es suficiente para absorber la demanda sanitaria existente.

Asimismo, el mutualismo administrativo representa un modelo de gestión sanitaria eficiente que beneficia a todos los agentes: a la Administración por el menor coste per cápita del asegurado y el contar con un coste fijo, a la sanidad pública por la reducción de la demanda de pacientes y el apoyo que prestan los recursos privados, y a los ciudadanos porque se les permite elegir entre recibir la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud o través de entidades de seguro libre.

Es conveniente destacar que en el caso de que el Sistema Nacional de Salud tuviera que asumir la cobertura a los mutualistas de las tres mutualidades, se incrementaría el gasto sanitario público, se produciría un aumento de la demanda que conllevaría un incremento de las listas de espera imposible de soportar por un sistema público ya de por sí saturado y desbordado en algunos casos.

Finalmente, dentro de las posibilidades de colaboración público-privada, el modelo de concesión administrativa que incluye la gestión de servicios sanitarios, permite dar respuesta a la insuficiencia financiera de la Administración pública, desde el punto de vista que permite que esta asuma a largo plazo el gasto que supone el despliegue de infraestructuras sanitarias, sin suponer, por tanto, un desembolso en el momento del endeudamiento financiero público.

Por otra parte, este modelo transfiere al gestor privado el riesgo de la construcción y puesta en marcha de las infraestructuras, asegurando asimismo el mantenimiento de la calidad del servicio, desde el momento en que el importe de la facturación de los servicios está vinculado a la calidad y grado de cumplimiento de los estándares previstos en los correspondientes pliegos de cláusulas administrativas.

Este modelo de colaboración es un modelo que implica menos costes para la Administración pública, ya que por un lado se ahorra la inversión en la construcción de los hospitales y, por otro, el coste por paciente es fijo, no variable, lo que permite un mayor control del gasto.

Bajo este modelo de concesiones administrativas se consiguen mayores ahorros en modelos que incluyen infraestructuras, servicios clínicos y servicios no clíni-

cos (modelo PPP), que en modelos en los que solo se incluyen la infraestructura y los servicios no clínicos (modelo PFI). A nivel geográfico, las concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios sanitarios se ubican fundamentalmente en la Comunidad Valenciana y Madrid.

Nuestro país cuenta actualmente con un total de ocho hospitales operativos bajo este modelo de concesión, estando prevista la apertura en los próximos meses de algunos nuevos hospitales. Este modelo de concesión no se limita en el sector sanitario exclusivamente a los centros hospitalarios, sino que se trata de un modelo que empieza a implantarse en otro tipo de supuestos de carácter transversal como es el caso del Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid puesto en marcha en 2010 o la Unidad de Oncología Radioterápica del Complejo Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria.

En términos de aportación de valor dentro del nuevo modelo económico por el que tanto se propugna, es necesario resaltar que el sector de la sanidad privada genera empleo en la sociedad española y contribuye a la formación de los profesionales sanitarios. 253.000 profesionales (56.281 de ellos médicos) desarrollan su actividad en esta parcela de la sanidad bien en el ámbito hospitalario bien en el extrahospitalario. En lo que se refiere al compromiso del sector sanitario privado con la formación de los profesionales, es de destacar que en el año 2011 había diez hospitales universitarios del sector privado colaborando con facultades de Ciencias de la Salud. Además, 1.840 estudiantes de Medicina, 349 de Odontología, 2.390 de Enfermería y 798 técnicos realizan su formación práctica en hospitales privados. Asimismo, es necesario recordar que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad convocó para 2011 un total de 90 plazas MIR por el sistema de residencia en centros sanitarios privados.

En términos de I+D, el sector sanitario privado es un motor de avances en la investigación. Los hospitales privados participan activamente en el ámbito de la investigación, particularmente en la realización de ensayos clínicos. Así, según la publicación de la base de datos BDMetrics del proyecto BEST de investigación clínica de medicamentos, que recoge los ensayos en-

viados a Comités Éticos de Investigación Clínica entre marzo de 2004 y junio de 2010, 122 centros sanitarios privados participan en España en 434 ensayos clínicos, siendo el número total de participaciones de 651.

En cuanto a la distribución de las participaciones de los ensayos por fases de la investigación, cabe señalar que la investigación clínica realizada por los centros públicos y privados es paralela y prácticamente coincidente, destacando en ambos casos que aproximadamente el 25% de los estudios se corresponden con fases tempranas del desarrollo clínico, un 64% con fase III y el resto con fase IV.

Esta activa participación en la investigación, como en la docencia, dice mucho en relación con el tipo de centros privados existentes en nuestro país, que acogen a profesionales que realizan actividad asistencial, docente y de investigación como corresponde a los centros clínicos más avanzados.

Si bien el actual contexto de crisis económica ha obligado a las diferentes administraciones a adoptar medidas de efecto inmediato y políticas de austeridad, los sucesivos informes IDIS destacan que es necesario plantear una agenda de cambios a medio y largo plazo que incluya reformas estructurales que afecten a muchos aspectos del sector sanitario. Y es que, cuando finalice la crisis, los problemas que venían generando déficit y desviaciones presupuestarias en el sector seguirán ahí: pacientes crónicos, sobreutilización de servicios, necesidad de incorporar nuevas tecnologías, etc. Por ello, es necesario llevar a cabo modificaciones estructurales que afecten, por ejemplo, a la organización de la actividad asistencial y las compras, políticas de contratación de personal, nuevos criterios de colaboración con el sector privado, etc. En este nuevo escenario, el sector privado puede ser un aliado fundamental del sector público y aportar a través de la colaboración todos los avances en materia de organización, eficiencia, control de costes, integración de profesionales, etcétera.

En línea con ello, los informes IDIS destacan y enfatizan que es necesario que la Administración central y las autonómicas se preocupen por el sector sanitario privado y acepten el concepto de *complementariedad*, desarrollando, si fuera necesario, un nuevo marco normativo que defina mejor el papel del sector sanitario

privado y establezca unas reglas de juego conocidas en cuanto a planificación y relaciones a medio-largo. Hasta ahora, las administraciones sanitarias han vivido de espaldas al sector privado y entendemos que esta situación tiene que cambiar. Así, al tiempo que ofrecemos nuestra colaboración a las autoridades, desde el Instituto reclamamos de ellas conocimiento, preocupación e implicación con el conjunto del sector, incluyendo el privado. De la misma manera, el Instituto plantea la necesaria revisión del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), estableciendo una mayor delimitación de lo *cubierto* y *no cubierto*.

Asimismo, y dentro de sus planteamientos generales, el IDIS considera que los problemas de la sanidad son de tal envergadura y tan sensibles que es imprescindible un acuerdo básico entre las principales actores del entramado de la salud para resolver los problemas en materia sanitaria. Un pacto por la Sanidad en el que, además de las fuerzas políticas, también intervengan las diferentes instituciones y empresas públicas y privadas.

Por último, y en línea con el salto dado por la economía española en los últimos treinta años, lo que permitió, entre otras cosas, la creación de multinacionales españolas, el Instituto apuesta por un sector sanitario privado que pueda competir internacionalmente, una internacionalización que requiere para su desarrollo de cierta sensibilidad e impulso por parte de las administraciones sanitarias.

Precisamente sobre la base de su posicionamiento, misión, visión y valores, el IDIS realiza las siguientes propuestas concretas:

- Ante los ciudadanos/pacientes: compromiso con la calidad y transparencia. Como consecuencia de ello, se propone publicar con carácter anual un Barómetro de la sanidad privada con información al conjunto de los ciudadanos de la calidad y de actividad del sector y este año publicaremos un informe de resultados sanitarios entre las empresas que constituyen el Instituto.
- Ante los médicos y otros profesionales sanitarios: el sector privado puede ser una salida profesional importante con las mismas posibilidades de desarrollo profesional que el sector público. Así lo justifica el

compromiso con la calidad, la dotación tecnológica, el esfuerzo formativo y el impulso a la investigación en los centros del sector privado. El sector representado en el IDIS es consciente de que solo con profesionales del máximo nivel, dedicados y comprometidos, puede mantener una oferta de máxima calidad ante los ciudadanos/pacientes.

- Ante el conjunto del sistema sanitario: el sistema sanitario está abordando una serie de proyectos de transformación ante los que el sector privado no quiere quedarse al margen: transformación digital del sistema sanitario, orientación a crónicos y orientación hacia la promoción de la salud y la prevención.
- En relación con el impulso al seguro sanitario privado: desgravación fiscal para los individuos o familias poseedoras de pólizas de seguros sanitarios e impulso de fórmulas de colaboración entre las comunidades autónomas y las empresas para que estas contraten un seguro sanitario de cobertura completa para todos sus trabajadores y familiares directos.
- En relación a la colaboración público/privada impulsando las fórmulas tradicionales que funcionan y hacen más eficiente al SNS (mutualismo administrativo, conciertos y concesiones) y apostando por nuevas formas de colaboración: concesión o alquiler de hospitales preexistentes; cogestión o constitución de empresas mixtas público/privadas para la gestión de hospitales y servicios; e inserción o externalización de determinados servicios o actividades (diagnóstico por imagen, laboratorio, radioterapia, etc.).

De entre ellas hay algunas que pueden aportar resultados inmediatos, por ejemplo fomentar el aseguramiento privado y tratando que este se ejerciera desde un punto de vista de complementariedad, integrado, sinérgico y no lo contrario, como ocurre hasta el momento. En España, el seguro sanitario privado cuenta con más de 6,9 millones de asegurados, cifra que incluye los seguros de asistencia sanitaria (sin mutualismo administrativo) y pólizas de reembolso; esta cifra no incluye los asegurados pertenecientes a federaciones, clubs, colegios y similares. La evolución del número de asegurados entre 2006 y 2011 ha mantenido un crecimiento constante del 4,5%, aun a pesar de la crisis económica que nos está tocando sufrir.

Podemos estimar que el gasto público per cápita es de 1.225 euros, dato estimado a partir de la cuenta satélite del gasto sanitario público y la población de 2009, no incluye ni el gasto destinado a mutualidades ni la población asegurada por las mutualidades, no incluye tampoco el gasto farmacéutico; y el gasto de una aseguradora per cápita es de 631 euros, datos estimado a partir de la prima media individual ofrecida por ICEA y la siniestralidad media del sector. De ello se deduce que un paciente que haga uso solo del sistema privado ahorra al sistema público toda la cápita, es decir 1.225 euros por persona y año y quien haga un uso mixto público y privado al menos ahorra la cápita de la aseguradora, es decir 631 euros por persona y año.

Estas cifras significan que una ampliación del sector sanitario privado de un millón de nuevos asegurados, descongestionaría el sistema público y generaría un ahorro a las arcas públicas de entre 631 y 1.225 millones de euros, además de incrementar el empleo en más de 16.000 nuevos profesionales de media.

Otra medida con un impacto inmediato sería la reimplantación de la desgravación fiscal sanitaria al aseguramiento privado individual. El crecimiento del ramo sanitario privado en los años noventa se produjo en un entorno socioeconómico favorable al consumidor, donde la bonanza económica unida a los problemas en las listas de espera de la sanidad pública invitaba a la contratación de seguros sanitarios privados. Hasta el año 1998, el IRPF permitía al contribuyente deducirse hasta el 15% de los servicios médicos y seguros privados de asistencia sanitaria que este libremente adquiriese. Esta deducción del 15% era aplicable tanto a gasto directo del contribuyente (pago de consultas médicas, estancias hospitalarias, compra de medicamentos, etc.) como a gasto indirecto, es decir, contratación de pólizas de seguros de salud y asistencia sanitaria. En términos económicos, las deducciones por esta prestación pasaron de los 173,5 millones de euros en 1990 a 656,6, un incremento del 278,5%, por lo que en 1998 se aprobó la modificación del impuesto de la renta sobre las personas físicas, eliminando dichas deducciones. En la actualidad, y dado el carácter complementario del seguro de salud, donde el asegurado está pagando por un servicio del que ya dispone para mejorar sus condiciones de prestación, el sector es

especialmente sensible a la evolución de la economía familiar, por lo que ha sido uno de los primeros afectados con la recesión.

La incorporación de deducciones fiscales a la suscripción privada de seguros voluntarios individuales de salud para las rentas inferiores a 30.000 euros puede tener importantes y muy positivas consecuencias para las familias, para el sector sanitario privado y para el Estado. Concretamente, un incentivo fiscal del 15% en la contratación privada de seguros sanitarios ahorraría, en el mejor de los supuestos, 608 millones de euros al Sistema Nacional de Salud, la puesta en marcha de esta medida también supondría un ahorro medio de 300 euros/año en las familias de cuatro miembros que contrataran seguros sanitarios privados y un posible incremento en la recaudación del Estado a través del Impuesto de Sociedades y otros tributos de más de 18,9 millones de euros. Además, la medida permitiría la creación de empleo cualificado y es que, de acuerdo con los resultados obtenidos con experiencias similares en otros ámbitos (vivienda, automóvil, etc.), la introducción de ayudas fiscales por parte de los gobiernos permite dinamizar la actividad de los sectores a los que dichas medidas van dirigidas.

El marco de actuación de la medida se ha fijado en la población con rentas inferiores a 30.000 euros, calculándose un ahorro que, dependiendo de la unidad familiar, se situaría entre los 107 euros y 365 euros anuales. Asimismo, la puesta en marcha de la medida tendría un impacto directo en el número de asegurados individuales, que se ha estimado en un incremento de entre el 5% y el 15%, lo que supondría crecer en una cifra próxima a los 620.000 asegurados y se traduciría también en un aumento en el volumen de tributación del sector de más de 18,9 millones de euros (incremento del 8%) y en un incremento de actividad y, por lo tanto, del número de profesionales empleados.

El crecimiento en actividad supondrá un aumento en el volumen de tributaciones de centros hospitalarios y extrahospitalarios de más de 43,2 millones de euros (incremento del 4%). Asimismo, implicaría un crecimiento en el empleo directo de 16.959 profesionales, cifra equivalente al personal necesario para poner en marcha 4,5 hospitales universitarios. También debemos considerar

la generación de empleo indirecto en sectores como el de la industria farmacéutica y de productos sanitarios, oficinas de farmacia y ortopedias, tejido hostelero alrededor de los centros sanitarios, etc. Algo que no es fácilmente cuantificable pero del que no hay lugar a duda que se generará.

Aunque la deducción fiscal propuesta significa inicialmente una disminución de la recaudación calculada en un total de 129,8 millones de euros anuales (saldo fiscal neto), cifra que equivale a menos del presupuesto en personal de un hospital universitario como el nuevo Puerta de Hierro, esta quedaría rápidamente contrarrestada, si tenemos en cuenta que el crecimiento en asegurados generará un incremento en la actividad de estos centros y que el incremento de ingresos se trasladará a un aumento en la recaudación del Estado a través de Impuesto de Sociedades e IRPF. En esta misma línea, un incremento del número de asegurados privados, presumiblemente, redundará en un menor uso de los servicios públicos, generando un ahorro para el sistema público y el Estado que se situaría entre los 246 y 738 millones de euros.

En el momento actual, en el que la crisis económica permite suponer que la presión fiscal se mantendrá alta en los próximos años, se necesita establecer líneas de dinamización de los mercados internos siempre que con ello se consiga aumentar valor a la economía española. Con la deducción fiscal a la suscripción privada de seguros voluntarios de salud, esta dinamización es doblemente positiva al incorporar también un componente de descarga al sector sanitario público.

Una nueva medida de impacto que incide también en el corto plazo sería fomentar el aseguramiento sustitutivo mediante el trasvase al modelo MUFACE de los 1,8 millones de personas que son funcionarios al servicio de las comunidades autónomas, lo que generaría un ahorro de 956 millones de euros a la sanidad pública, máxime teniendo en cuenta que el modelo de las mutualidades fue ratificado de forma expresa en octubre de 2011 por la Ley General de Salud Pública que hoy en día da cobertura a 1.971.362 funcionarios de la Administración central, que más del 85% de los funcionarios siguen eligiendo el aseguramiento privado, que el crecimiento de la prima MUFACE del 39%

fue inferior al 44% del gasto del SNS en el período 2002-2009 y que la siniestralidad de los mutualistas, sin repercutir los gastos de estructura de las aseguradoras, ascendió al 91,9% de la prima, todo un modelo de eficiencia en la gestión de recursos y márgenes.

Pero todas estas fórmulas de gestión complementaria no servirían de nada si no tenemos en cuenta la opinión cualificada del usuario, el paciente y sus familias sobre la sanidad privada y los cuidados y atenciones que recibe a través de sus profesionales y centros. Sin duda, el paciente debe obtener los mejores resultados de salud posibles, ya que es el eje del sistema, alrededor del cual deben girar todas las actuaciones e iniciativas impulsadas desde cualquier vertiente del sector, por ello desde IDIS se decidió tratar de conocer su opinión y grado de satisfacción sobre la atención y servicios recibidos, por ello IDIS lanzó el Primer Barómetro de la Sanidad Privada cuyo objetivo es proporcionar información al conjunto de los ciudadanos sobre la calidad y actividades del sector. A este respecto, en total, el 91% de las personas que cuentan en España con un seguro privado manifestó en el estudio que recomendaría la sanidad privada, el 80% de los asegurados valora los servicios ofrecidos por la sanidad privada con una calificación media por encima del notable y uno de cada dos asegurados que ha sido ingresado en un centro hospitalario privado otorga una valoración media de 8,6 a la atención asistencial recibida durante el ingreso. Además, el trato recibido del personal sanitario en el hospital de día alcanza una valoración de 8,3 y un 8 es la nota otorgada de media a la calidad asistencial recibida en los servicios de urgencias.

De una forma más pormenorizada y según apunta dicho Barómetro, existe un alto grado de satisfacción con los servicios que ofrece la sanidad privada en España. La sanidad privada cuenta con una valoración media de 7,7 en una escala de 1 al 10, con 8 de cada 10 asegurados otorgándole una valoración por encima del notable. Estos datos son relevantes teniendo en cuenta que los participantes son usuarios críticos y exigentes, en el sentido de que pagan directamente por los servicios que reciben. Además, es destacable el hecho de que el 85% de los participantes en el Barómetro son conocedores de la sanidad pública porque son usuarios de ambos sistemas y de que la puntuación es mayor

cuanto más tiempo llevan los asegurados con el seguro. En este sentido, los asegurados con más de cinco años otorgan una valoración media de 7,8 frente a aquellos con una antigüedad de menos de un año, que la valoran con un 7,2.

Con intención de valorar de la manera más amplia posible los distintos aspectos de la sanidad privada, se incluyeron en el Barómetro tres grandes apartados: atención y accesibilidad, calidad del servicio y servicios generales. De estos tres aspectos, los asegurados valoran muy positivamente los atributos relacionados con la atención y la accesibilidad, obteniendo este bloque una valoración media global de 7,6. Entre los aspectos más destacados, habría que hacer referencia a uno de los considerados como seña de identidad de la sanidad privada: la rapidez o agilidad de la misma, tanto para la realización de pruebas y obtención de los resultados, como para concertar una cita o como a la hora de realizarse una operación quirúrgica.

No obstante, más importante si cabe es la valoración que los usuarios de la sanidad privada otorgan a la calidad del servicio, de forma que cuenta con una valoración media global de notable alto (7,7). En concreto, en relación a los servicios generales, cinco de cada diez asegurados ha estado ingresado en alguna ocasión, otorgándole a la calidad asistencial recibida una valoración de 8,6; la valoración del trato recibido del personal sanitario en el hospital de día alcanza un 8,3, y los servicios de urgencias (utilizados por seis de cada diez participantes) un 8. Respecto a las consultas de especialistas y de Atención Primaria obtienen una valoración de 7,9. Se han valorado más positivamente los servicios asistenciales que los accesorios, 8,4 frente al 7,4, lo que rompe el mito de la elección del sistema privado por el confort.

Estos son algunos resultados del Primer Barómetro de la Sanidad Privada, un estudio impulsado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), en el que han participado un total de 2.179 usuarios de la sanidad privada, de los cuales el 85% conoce la sanidad pública.

Estos resultados significan de nuevo un aliciente para los profesionales a continuar proporcionando una medicina de excelencia. Además, también significa un

estímulo para continuar con la apuesta de la sanidad privada por la formación, el soporte y la capacitación técnica de los profesionales que trabajan en el sector en España (330.000 profesionales, de los cuales 60.000 son facultativos), con el compromiso de atender al paciente, siendo este sector un motor generador de empleo de calidad.

En este sentido, el trato recibido por parte del personal sanitario ha sido calificado como notable alto, prueba de que la planificación asistencial de la sanidad privada se establece de forma personalizada a cada paciente. La alta calidad de nuestros profesionales ha sido corroborada por el Barómetro por la excelente valoración otorgada a todos los atributos relacionados con la atención asistencial. Es decir, el trato recibido por el personal sanitario, la confianza y la seguridad que transmite el médico, la información recibida sobre su enfermedad y sobre el tratamiento y el tiempo dedicado al paciente.

La mitad de los asegurados encuestados considera que la sanidad privada mejorará en los próximos años, tanto a nivel general como en la atención asistencial prestada, la formación del personal sanitario y la modernidad de las instalaciones, y un 62% que mejorará en todo lo relativo a innovación tecnológica.

El sector sanitario privado contribuye a la descarga y al ahorro del sistema público y los resultados del Barómetro denotan que esta contribución se extenderá en el tiempo. Descarga porque descongestiona la sanidad

pública a través de la actividad que llevan a cabo los 477 hospitales privados, los cuales registraron en 2009 un aumento en las altas de un 1%, un aumento en las intervenciones quirúrgicas de un 2,5% y un incremento de las urgencias registradas de un 5,2% en nuestro país con respecto al año anterior. Y ahorro porque dado el modelo de seguro sanitario privado en España (seguro duplicado), los 6,9 millones de asegurados con pólizas privadas utilizan menos o no utilizan la sanidad pública, lo que puede considerarse una subvención oculta para el sistema público.

Los resultados, de un alto valor cualitativo para el sector de la sanidad privada, constituyen una razón más para la complementariedad e integración con el segmento sanitario público. En el proceso de definición estratégica sobre el sistema sanitario actual deberían participar todos los grupos de interés y, entre ellos, el de la sanidad privada, que sigue aportando valor y cumpliendo con un papel esencial en términos de calidad, innovación, eficiencia, solvencia y sostenibilidad.

### BIBLIOGRAFÍA

- IDIS (2012), *Sanidad Privada, aportando valor: Análisis de situación 2012*, Madrid, 44 págs.
- IDIS (2012), *Sanidad Privada, aportando valor: Propuestas de Futuro*, Madrid, 29 págs.
- IDIS (2012), *Primer Barómetro de la Sanidad privada*, Madrid, 44 págs.
- IDIS (2011), *Impacto de la deducción fiscal a la suscripción voluntaria de seguros de salud*, Madrid, 60 págs.

# CRISIS ECONÓMICA Y MEDIDAS SANITARIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

**Javier Fernández-Lasquetty**

*Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

## RESUMEN

En los últimos diez años en la Comunidad de Madrid se ha llevado a cabo un proceso de reforma, de transformación y modernización de la sanidad pública que puede considerarse, probablemente, el mayor de España y de la mayoría de los países de nuestro entorno. Para cumplir los objetivos de ahorro, calidad y eficiencia, el Gobierno de la Comunidad ha propuesto una serie de medidas concretas como son: reformas estructurales, medidas para la utilización racional de los recursos y el ahorro, y reordenación de equipos de profesionales.

## PALABRAS CLAVE

Crisis económica, Sanidad pública, Comunidad de Madrid, Sostenibilidad, Ahorro, Calidad asistencia, Externalización actividad sanitaria pública, Concesión capitativa, Medidas de sostenibilidad, Utilización racional de los recursos, Central de compras

## 1. La crisis económica y la sanidad pública

La economía española atraviesa una situación muy complicada. La gran mayoría de los españoles sufre en carne propia esta crisis y ve cómo sus ingresos se reducen, cuando no se pierden por completo. Nadie escapa a esta realidad y las Administraciones públicas también han visto sus ingresos bajar de manera drástica y, con ello, los fondos de los que disponen para financiar los servicios públicos. Las finanzas públicas están en un estado de extenuación y ello afecta, sin duda, al nivel de gasto que las Administraciones se pueden permitir.

La sanidad pública no es ajena a esta realidad y los gobiernos, de todos los signos políticos tienen que afrontar el desafío de mantener sus sistemas sanitarios públicos, bajando sustancialmente sus costes. La Comunidad de Madrid, a diferencia de otras regiones, va a cumplir en el año 2012 con los objetivos de déficit y no ha necesitado la ayuda del Estado para hacer frente a su deuda. Sin embargo, ha debido reducir su presupuesto para el año 2013 en 2.700 millones de euros. El ajuste fiscal que se pide a las comunidades autónomas se ha incrementado para 2013. Sumado a ello, los ingresos que recibe la Comunidad de Madrid, con el actual sistema de financiación autonómica, se han reducido muchísimo. En 2012, Madrid recibirá 1.000 millones menos de lo que le corresponde y para

el año 2013, aunque casi todas las comunidades verán aumentados sus ingresos, a Madrid se le verán reducidos en otros 1.000 millones. Los ingresos que recibe Madrid en función de su PIB son solo del 6,6%. Son dos puntos menos que la media de España, un punto menos que Cataluña y más de cuatro puntos menos que Andalucía.

En todas las regiones de España, el gasto sanitario es el que consume la parte más importante de los presupuestos autonómicos. Es comprensible, por lo tanto, que si un gobierno tiene que reducir su gasto público en una cantidad importante, las áreas que más euros consumen sean las que deban hacer el ahorro más importante en términos absolutos.

En Madrid, en los Presupuestos Generales de la Comunidad para el año 2012, el gasto sanitario representó el 40% del total del gasto y para el año 2013 su peso se ha ampliado hasta el 45%. ¿Reducir el gasto total y gastar proporcionalmente más que el año anterior? Parece una paradoja pero no lo es. Aun con los ahorros previstos en gasto sanitario, cifrados en más de 500 millones de euros, la mayor reducción proporcional del gasto prevista en otras áreas, ha hecho que el porcentaje del gasto para financiar el sistema sanitario público madrileño en relación con el total de los presupuestos crezca un 5% entre el año 2012 y el 2013.

Lo que sí es paradójico es que la situación de nuestra economía ha puesto a los responsables de gestionar la sanidad pública en una encrucijada en la que confluyen dos realidades. Por un lado, el momento actual nos muestra un auge total en la ciencia médica. Nunca estuvo mejor la medicina, la investigación, la tecnología aplicada a la salud, nunca hubo tantos avances en el tratamiento de las enfermedades y nunca se consiguieron mejores resultados en la salud de la población como en la actualidad. Sin embargo, desde que existe un sistema nacional de salud como tal, nunca tuvimos tantos problemas para hacer sostenible el sistema sanitario público como en la actualidad. La cara opuesta a la excelencia asistencial de los sistemas sanitarios es la complicada situación en los números que los sostienen.

Esta realidad nos obliga a encarar un cambio profundo en la sanidad pública. Un cambio que debe afectar, en parte, a la organización y al funcionamiento mismo del sistema. No basta con implantar medidas de ahorro a corto plazo ya que no solo es muy mala la situación actual, sino que también lo es la tendencia. Esta muestra que, desde hace años, el gasto sanitario crece por encima del crecimiento del PIB en la mayoría de los países desarrollados. En años de prosperidad esto se ha podido mantener, pero en las actuales circunstancias no es posible. Por eso, hay que diseñar reformas estructurales que mejoren la eficiencia, garantizando la calidad de la asistencia sanitaria, pero con un menor coste para todos, en el corto, medio y largo plazo. No se trata entonces de hacer recortes, sin más, para reducir rápidamente el gasto en la medida que bajan los ingresos. El objetivo es diseñar reformas sostenibles a lo largo del tiempo destinadas a hacer más eficiente el sistema sin alterar los principios que lo sostienen (universalidad, gratuidad, equidad y calidad).

## 2. La sanidad pública madrileña

En la Comunidad de Madrid, desde el año 2003, se ha llevado a cabo el que, probablemente sea, el mayor proceso de reforma, transformación y modernización de un sistema sanitario público, en España y en la mayoría de los países de nuestro entorno. Se han invertido

muchos recursos para construir hospitales y centros de salud, para mejorar las instalaciones existentes, para dotar a los centros de la mejor tecnología, para que, en definitiva, la atención sanitaria llegue a todos los madrileños con la mayor calidad posible.

Esto se ha visto respaldado con resultados: el 92% de los pacientes atendidos en la sanidad pública madrileña se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida, según las encuestas de satisfacción de 2011. Asimismo, hemos logrado que Madrid disponga de unos magníficos resultados en la mayoría de los indicadores sanitarios. Por ejemplo, la Comunidad de Madrid tiene, con 83,4 años, la esperanza vida al nacer más alta de España, y las tasas de mortalidad más bajas de España por tumores, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema nervioso y enfermedades digestivas.

Por otro lado, también estamos trabajando, desde hace años, en la optimización de los recursos y gracias a ello hemos avanzado mucho en la tarea de hacer un sistema sanitario más eficiente. Así es que, cuando en el año 2008 la crisis irrumpió con fuerza en toda España, Madrid reaccionó con rapidez. Fuimos los primeros en tomar medidas para la contención del gasto sanitario y en implantar medidas de ahorro en el sistema sanitario público (p. ej., prescripción por principio activo, emisión de la factura sanitaria informativa, aplicación de la jornada de 37,5 horas...). Gracias a estas medidas se ahorraron más de 1.000 millones de euros. Otras regiones han seguido más tarde el camino emprendido por Madrid, y algunas, aun hoy, siguen con dificultades para implantar medidas que en Madrid funcionan hace tiempo. Ello nos ha permitido atravesar la crisis económica en mejores condiciones que otros sistemas que no han sabido adaptarse al cambio de los tiempos, a la vez que nos ha situado en una posición, desde donde es más fácil emprender las nuevas reformas que hay que realizar para la supervivencia del sistema. Pero, como se ha dicho, es imperioso hacer reformas estructurales. Por resumirlo en una frase: tenemos una sanidad pública excelente, de calidad, que llega a todos, pero, en la actual situación, no tenemos ingresos suficientes para que todo siga funcionando exactamente igual, sin cambiar nada.

### 3. La garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público madrileño

La sanidad es y va a seguir siendo la principal política pública del Gobierno de la Comunidad de Madrid, una prioridad que responde a los intereses de los propios ciudadanos. Por ello, vamos seguir trabajando para mantener, consolidar y mejorar el excelente sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Así, es necesario implantar una serie de medidas que garanticen la sostenibilidad de nuestra sanidad pública, enmarcadas en los siguientes objetivos básicos:

— *Ahorro*. Como no podía ser de otra manera y de acuerdo a la grave situación en que nos encontramos, lo primero y más importante es conseguir un importante ahorro, en la misma medida en que han disminuido nuestros ingresos.

— *Calidad asistencial*. Es fundamental conseguir la reducción de gasto propuesta sin que se vean afectados los indicadores de salud de la población madrileña ni la calidad de nuestra asistencia sanitaria.

— *Eficiencia*. Un presupuesto básico del ahorro, si no se quiere sacrificar la calidad del servicio que se presta, es lograr el máximo nivel de eficiencia posible en el sistema. Por ello, se debe incentivar el uso racional de los recursos, aumentar la productividad de los factores y optimizar los procesos.

— *Diseño estratégico de los recursos humanos*. Debemos ser capaces de diseñar los equipos de profesionales que trabajan para el sistema sanitario público de manera que se obtenga el mejor rendimiento en beneficio de todos.

Para cumplir con estos objetivos, el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha propuesto una serie de medidas concretas, integradas en un plan de reformas denominado *Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid*. En este plan, que como hemos dicho es integral porque intenta abordar sistemáticamente distintos ejes de trabajo, se han incorporado propuestas elaboradas desde los distintos equipos de dirección y equipos técnicos de la Consejería de Sanidad. Asimismo, es importante destacar que desde un primer mo-

mento, se ha apelado a la corresponsabilidad de todos los que trabajan en el sistema. Hemos instado, desde el mismo día en que se anunciaron las medidas propuestas, a todo el personal sanitario, no sanitario y a los gestores que trabajan en nuestro sistema a aportar ideas y a involucrarse en la implantación de las medidas que finalmente se lleven a cabo.

### 4. Medidas propuestas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público

Entre las medidas concretas propuestas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público se encuentran algunas reformas estructurales en la gestión sanitaria, otras de utilización racional de los recursos y ahorro, y algunas que se orientan hacia la reordenación de equipos profesionales.

Entre las *reformas estructurales de la gestión sanitaria* se ha propuesto la introducción de más formas de colaboración público-privada en la gestión de hospitales y en la atención primaria. Concretamente se propone:

#### 4.1. *Externalización de la actividad sanitaria en seis hospitales, utilizando el modelo de concesión capitativa*

Cuando se pusieron en marcha los nuevos hospitales del Servicio Madrileño de Salud se introdujeron dos modelos distintos. Por un lado, siete hospitales tipo PFI (Private Finance Initiative), es decir, construidos y financiados por una empresa privada con la concesión por treinta años para la prestación de los servicios no sanitarios en las instalaciones construidas, y con los servicios asistenciales prestados directamente por la Administración. Por otro lado, desde 2008 se han abierto otros tres hospitales PFI en los que también se incluyó la concesión de los servicios sanitarios (en 2008 el hospital Infanta Elena, en el 2011 el hospital de Torrejón y en el 2012 el hospital Rey Juan Carlos de Móstoles). Es decir, hospitales de titularidad pública pero de gestión íntegramente privada, donde se paga un canon que además de la construcción y mantenimiento de las infraestructuras y de la concesión de los servicios no sanitarios, incluye una cápita anual por la población de referencia a la que se presta asistencia

sanitaria. Tras casi cinco años de experiencia, ambos modelos cuentan con buenos resultados clínicos y con una alta satisfacción por parte de sus pacientes, aunque se ha comprobado que el modelo capitativo (el de pago de una determinada cantidad por habitante de su población de referencia) es más eficiente y tiene un menor coste. Por ello, creemos que se puede propiciar un importante ahorro otorgando la concesión de la asistencia sanitaria con el modelo capitativo en los hospitales PFI que a día de hoy tienen gestión sanitaria directa a cargo de la Administración.

#### 4.2. *Concesión de la prestación de la asistencia sanitaria de Atención Primaria de un 10% de los centros de salud, dando prioridad en su gestión a la participación de los profesionales sanitarios que quieran constituir sociedades para gestionarlos*

La provisión privada de servicios sanitarios, bajo garantía y con financiación pública, que ha emprendido Madrid hace tiempo, está dando buenos resultados, tanto en cuanto a indicadores de salud, como de satisfacción de los pacientes, así como en la reducción de costes. Esta medida prevé adjudicar la gestión íntegra de algunos centros de salud, de manera prioritaria, a grupos de profesionales que ya estén trabajando en el sistema madrileño de salud. Con este nuevo modelo se pretende conseguir una utilización más eficiente de los recursos mediante un marco que genere mayores incentivos y motivación a los profesionales de la atención primaria madrileña. De esta forma está asegurada la implicación de los recursos humanos del sistema y su corresponsabilidad en la buena marcha de los centros concesionados. A su vez, se les da la oportunidad de aprovechar al máximo los recursos con el consiguiente beneficio para ellos mismos y para el sistema madrileño de salud. Es el modelo más habitual en Europa y en nuestro país, ya se ha implantado en Cataluña desde hace más de quince años, con resultados positivos.

#### 4.3. *Externalización de servicios no sanitarios*

En el año 2012, el Gobierno de la Comunidad de Madrid elaboró una ley que dispuso la extinción de determinadas categorías profesionales muy anticuadas en un

sistema sanitario moderno, en áreas como cocinas, lavandería, almacenes y mantenimiento (Ley 4/2012, de 4 de julio, de Modificación de la Ley de Presupuestos Generales). Con la aplicación de esta ley se propone externalizar estos servicios y que de manera progresiva sean prestados por medio de empresas, generando ahorros y mejorando la eficiencia de la sanidad madrileña.

Entre las *medidas para incentivar la utilización racional de los recursos y el ahorro* se han propuesto reformas para contener el gasto farmacéutico y para realizar de manera más eficiente las compras de productos sanitarios. Concretamente se propone:

#### 4.4. *Medidas para la reducción del gasto medio por receta farmacéutica*

La prescripción por principio activo, el fomento de la dispensación de genéricos, la protocolización de las patologías prevalentes, la implantación de programas específicos dirigidos a poblaciones de riesgo como el Programa del Mayor Polimedicado, el avance de receta electrónica y las estrategias de seguridad en el uso de medicamentos, son medidas dirigidas a ajustar el gasto farmacéutico a las necesidades reales de los ciudadanos. En relación con el sistema de prescripción por principio activo, por ejemplo, Madrid ha sido también la primera región en implantar este mecanismo y gracias a ello es una de las regiones con mayor porcentaje de medicamentos genéricos prescritos. Además, con la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012, con una serie de medidas implantadas por el Gobierno nacional respecto a la prestación farmacéutica, se esperan conseguir importantes ahorros.

#### 4.5. *Implantación de la tasa de un euro por receta (\*)*

El objetivo de esta medida es concienciar a los madrileños sobre el consumo racional de fármacos. Esta medida no tiene afán recaudatorio, sino que tiene como objetivo incentivar un uso más eficiente de los medicamentos y reducir el número de recetas. El euro por receta tiene carácter disuasorio, porque es más importante reducir el número de recetas que aumentar la recaudación. Según el *Barómetro sanitario* 2011 del Ministerio de Sanidad (datos recogidos durante el

Gobierno del PSOE), más del 41% de los ciudadanos creen que *con cierta frecuencia se utilizan servicios y prestaciones sanitarias públicas innecesariamente*, y casi el 30% cree que *existen muchos abusos*. El mismo estudio menciona que el 23,7% de los encuestados admite guardar en su casa cajas enteras de fármacos sin abrir. Esta medida es complementaria de las disposiciones del RD Ley 16/2012 en materia de copago farmacéutico, que, como se ha dicho, han demostrado ser efectivas a la hora de lograr importantes ahorros. Aun así, creemos que se debe profundizar con medidas que generen incentivos al mejor uso de los medicamentos pues el gasto farmacéutico per cápita sigue siendo más alto que en otros países. Los madrileños consumimos más medicinas que la media de países de la Unión Europea. El gasto farmacéutico medio per cápita en Madrid, incluso después de la entrada en vigor del RD 16/2012, es más de un 10% superior (13,3%) a la media de la UE-15 o al de países como Holanda o Irlanda. Esta medida no supondrá una barrera de acceso a los medicamentos ya que estarán exentas de pagar la tasa los mismos grupos de personas que no tienen que hacer aportación al pago de medicamentos.

#### 4.6. *Incremento de las actividades de la central de compras*

La centralización de compras tiene como objetivo fundamental obtener ahorro en la adquisición de bienes y servicios por parte de los hospitales, homogeneizando los productos adquiridos y obteniendo precios más bajos. El volumen de las compras centralizadas permite conseguir economías de escala y mejorar los precios, a la vez que disminuyen otros costes inherentes a los procedimientos de compra. Desde 2006, la Comunidad de Madrid ha ido centralizando las compras de distintos productos sanitarios, hasta alcanzar importantes ahorros y esas compras a escala se potenciarán, extendiéndose a otros productos de alto coste (p. ej., marcapasos, stents o prótesis). Las ventajas de la contratación centralizada se podrían concretar en los siguientes puntos: agilidad en la contratación, importantes ahorros, transparencia y seguridad en la contratación, facilidad en la tramitación al estar habilitada la vía electrónica, normalización y estandarización de los bienes y servicios de contratación centralizada.

Finalmente entre las *medidas orientadas hacia la reordenación de equipos profesionales* se ha propuesto:

#### 4.7. *Reordenación de la actividad de los profesionales en los hospitales*

Hasta ahora, la actividad hospitalaria por la tarde se realizaba como jornada extraordinaria (las llamadas peonadas u horas extra) por parte de los profesionales.

Desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid queremos que los hospitales también trabajen por la tarde para llevar a cabo pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o consultas, pero no como algo extraordinario y que conlleva un gran coste para los ciudadanos, sino como parte de una jornada laboral normal. Por ello proponemos cambiar el modelo vigente, mediante la contratación de profesionales cuya jornada laboral será de tarde, para que podamos seguir aliviando la lista de espera quirúrgica y diagnóstica, pero a un coste más razonable y sostenible que el actual.

#### 4.8. *Jubilación selectiva de profesionales mayores de 65 años*

La prolongación del servicio activo a partir de los 65 años es una medida excepcional, que se debe basar en criterios rigurosos de desempeño de sus funciones. De este modo, los madrileños podrán disponer del talento y de la experiencia de sus facultativos más destacados, a la vez que se produce un necesario relevo generacional. Para ello, estableceremos el cauce por el que, tal y como se ha aplicado en otras regiones, como máximo, se prolongue la vida laboral de un tercio de los facultativos mayores de 65 años.

#### 4.9. *Concentración de la complejidad*

Los procesos de muy alta complejidad requieren de unidades y de profesionales altamente cualificados que atiendan a un número importante de pacientes para obtener la destreza y experiencia necesarias para ofrecer a los pacientes la máxima seguridad y garantía. Fruto de la evolución histórica del Sistema Nacional de Salud, en toda España y también en Madrid, hay actualmente procesos complejos que

se llevan a cabo en muchos hospitales, cada uno de ellos con un volumen anual de casos muy bajo. Esta realidad significa un uso ineficiente de los recursos pero, sobre todo, ofrece menores garantías de éxito y de seguridad a los pacientes que son allí tratados. Por eso, progresivamente y de común acuerdo con los profesionales, se tenderá a concentrar en diferentes hospitales los procesos de alta complejidad de cada especialidad médica.

### 5. El futuro: hacer de la necesidad virtud

Estamos en una encrucijada. Nos enfrentamos a una situación dramática y la supervivencia de nuestro sistema sanitario, en el excelente nivel asistencial en que está, es nuestro principal cometido. No hay escapatoria y es mejor tomar la iniciativa para adoptar las medidas necesarias antes que otros nos las impongan desde fuera.

Es este un tiempo de crisis pero también un tiempo de oportunidades. Oportunidades para profundizar el proceso de transformación de nuestros sistemas sanitarios, que algunos venimos llevando a cabo hace mu-

chos años. Esta situación nos obliga a tomar medidas drásticas y contundentes, pero que no afecten gravemente a la sanidad madrileña ni mengüen en ningún grado la calidad de nuestras prestaciones. Ello nos ha llevado a agudizar el ingenio y a esforzarnos aún más, para contener el gasto y potenciar los recursos que tenemos, gestionándolos de una manera más eficiente. Hay que introducir el concepto de racionalidad en el uso de los recursos, algo sin lo cual la sostenibilidad del sistema peligra.

El esfuerzo no debería agotarse en las reformas en el abaratamiento de costes: tiene que darse en la sociedad un cambio profundo que garantice la sostenibilidad de nuestra sanidad pública para nosotros y las próximas generaciones.

### NOTA DE LA REDACCIÓN DE LA REVISTA

(\*) Aunque el Tribunal Constitucional decidió el 30 de enero suspender cautelarmente la aplicación en la Comunidad de Madrid de esta medida, al admitir a trámite el recurso de inconstitucionalidad por invasión de competencias presentado por el Gobierno de la nación, mantenemos el texto original para conocimiento de nuestros lectores.

**233**  
**3/2012**

# Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros

La Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros, refundición de la Revista de Estudios Agrosociales y de la revista Agricultura y Sociedad, es una publicación periódica y especializada en temas relativos al medio rural con referencia especial a los sectores agrario, pesquero y forestal, al sistema agroalimentario, a los recursos naturales, al medio ambiente y al desarrollo rural, desde el objeto y método de las ciencias sociales.

## ESTUDIOS

**Mohamed Taher Kahil y José Albiac**

Instrumentos de política de cambio climático en la agricultura de Aragón.

**Ignacio Valdés Paniagua, Felipe Medina Martín y Ana Iglesias Picazo**

Posibilidades de desarrollo de la generación distribuida en los regadíos españoles.

**Ibán Vázquez González, Manuel Francisco Marey Pérez, Francisco Sineiro García, Roberto Lorenzana Fernández, Ana Isabel García Arias y Mar Pérez Fra**

Caracterización productiva y relaciones con el territorio de las explotaciones de bovino en Galicia.

**Laura Martínez-Carrasco Martínez, Margarita Brugarolas Mollá Bauzá, África Martínez Poveda, Dolores Espinosa Ferrer y Enrique Fresquet**

Disposición a pagar por tomates mejorados genéticamente. Aplicación de una subasta experimental.

**Samir Sayadi Gmada, Pedro Ruiz Avilés y Antonio Vázquez Cobo**

Prioridades de I+D en el sistema agroalimentario andaluz. Especial referencia a su complejo olivarero-oleícola.

---

### Director:

Edita: *Secretaría General Técnica*  
*Ministerio de Agricultura,*  
*Alimentación y Medio Ambiente*

### Suscripción anual 2012 (3 números)

España ..... 52,88 €  
Extranjero ..... 72,60 €  
Número suelto ..... 20,19 €

**Solicitudes:** A través del Centro de Publicaciones del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Paseo de la Infanta Isabel, 1 • 28071 Madrid. Téf.: (91) 347 55 50 • Fax: (91) 347 57 22 • 28071 • E-mail: mcruzpf@magrama.es Librerías especializadas.

**Redacción:** Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros. C/ Alfonso XII, n.º 56 - 28071 Madrid (España). Téf.: 91 347 55 48 Fax: 91 347 57 22 • E-mail: smorales@magrama.es

## LAS TARJETAS, ASIGNATURA PENDIENTE CONTRA LA ECONOMÍA OCULTA

**Gustavo Matías**

*Profesor titular de Estructura y Economía del Desarrollo, UAM*

### RESUMEN

Muchas medidas fueron adoptadas el 2012 contra la economía sumergida, creciente con la crisis, sobre todo en España. Pero los enfoques regulatorios han atacado especialmente sus ámbitos laboral y fiscal, no tanto el monetario, donde son superiores las potencialidades de ahorrar costes y la transparencia y eficiencia en la sustitución de los pagos en efectivo. Sustituir casi totalmente los billetes de *cash* por pagos electrónicos en general y tarjetas en particular, que ahora cubren el 22% del consumo europeo, incrementaría el PIB y el empleo más del 3%, con mayores beneficios para España, por su menor desarrollo. El problema es que la regulación europea tiende a introducir desincentivos en ese necesario relevo.

### PALABRAS CLAVE

Economía sumergida, Ahorros, Costes, Transparencia, Tarjetas de débito y crédito, PIB, Empleo.

Desde que a finales de los setenta empezó a amenazar con oscurecer el desarrollo tradicional (Matías, 1982), la economía sumergida casi ha duplicado tamaño en los países desarrollados. Desde menos del 10% del PIB en 1970 pasó a superar el 20% en países como Bélgica, Dinamarca, Noruega y Suecia, además de España e Italia (Schneider, 2010). Incluso en Estados Unidos saltó del 4% del PIB al 9%. Su crecimiento dentro de la OCDE se aceleró en los años noventa, al ir del 13% al 17%, mientras en los países del Este o en transición subía del 21% al 30% y en los subdesarrollados del 35% al 44% (Schneider y Enste, 2002). Tras cierto retroceso en el último auge internacional, con la crisis iniciada el 2008 vuelve a mostrar síntomas de expansión en los países desarrollados, donde pasó nuevamente del 13,3% al 14% (Schneider, 2010) pese a las medidas adoptadas contra ella, recu-  
decidas el 2012.

También se multiplican los adjetivos que recibe el fenómeno y sus enfoques cuantitativos. De negra, sumergida, oculta, irregular o informal (calificativos más usados), ahora tiende a ser descrita como gris u opaca, lo que refleja cierta tendencia a convivir con ella por la dificultad y controversia en atajarla. Cada enfoque tiene sus puntos fuertes y débiles, y produce

sus propios resultados y percepciones. Por eso sus dos analistas más acreditados recomiendan cautela en las comparaciones, tras advertir que cada método puede dar impresiones muy diferentes sobre el volumen y el crecimiento (Schneider y Enste, 2000a).

### 1. Prioridad fiscal española y europea

Los modelos tienden a relegar los enfoques cuantitativos directos (encuestas o auditorías fiscales) o indirectos (estadísticas laborales, de transacciones, de dinero o de insumos físicos, como el eléctrico). Pero estiman las dimensiones como una función de variables estadísticas observables, hasta el punto de que la OCDE solo incluye actividades legales pero que no se declaran para eludir al sistema tributario o normativo, dejando fuera transacciones de mercancías ilegales y la economía informal o de no mercado. Por eso, al final tanto mediciones como soluciones pasan principalmente por tres ejes: 1) carga impositiva o de Seguridad Social, 2) reglamentación gubernamental de cualquier tipo (sobre todo laboral), y 3) demanda de dinero en efectivo, medio de pago por excelencia del fraude, la corrupción o la evasión y elusión. Así sucede en los países con poca actividad oculta, hoy por

debajo del 10% (EE.UU., Suiza, Austria, Japón, Nueva Zelanda), como allí donde tienen mayores tasas (Nigeria y Egipto llegan al 77% y 69%, seguidos por Tailandia y algún iberoamericano, como Bolivia (67%).

De esos tres grandes ejes, las medidas gubernamentales se han centrado los últimos años más en el fiscal y regulatorio, hasta el punto de casi prescindir del monetario, salvo en Grecia e Italia, que iniciaron este siglo con tasas de casi el 30% y 28%, respectivamente. También en España algunas estimaciones recientes promedian en el 22,5% (Murphy, 2013), si bien otras llegan al 25%, muy por encima del 15% medio en la UE, e incluso en Portugal, donde los últimos años bajó del 20%. Pero los enfoques más metodológicos dejan España en el 17,4% según la aproximación monetaria (Arrazola y cols., 2011), el 17,6% según el método de consumo de energía, y en el 16,7% en el modelo MIMIC para estudiar el contexto macro-micro de las instituciones (IEE, Instituto de Estudios Económicos, 2013). Manufactura, construcción y comercio concentrarían el 71% de la economía oculta hispana (Schneider, 2011a y 2011b).

Entre las numerosas medidas adoptadas o anunciadas durante el 2012 en España y otros países europeos han predominado las leyes y otras disposiciones contra el fraude fiscal, laboral y a la Seguridad Social, pues hay quienes advierten que el problema viene explicado menos por la presión fiscal que por la regulación laboral (Pickhardt y Sardá, 2011). Pero en sus objetivos han predominado la necesidad de atajar el déficit y la deuda pública, aunque a las medidas de ajuste presupuestario y de consolidación fiscal se han añadido otras reformas estructurales para la competitividad y la estabilidad financiera.

La prioridad fiscal ha quedado de manifiesto en España con sendos planes y diversos proyectos de ley que atacan la economía sumergida y alteran casi todos los grandes impuestos (IVA, IRPF y Sociedades sobre todo), además de la Ley General Tributaria, con novedades como las reformas en materia de responsabilidad, prescripción, medidas cautelares, prohibición de disponer de inmuebles a ciertas sociedades, infracciones y sanciones por falta de presentación telemática o resistencia, y nueva obligación de informar de bienes

y derechos en el extranjero. Junto a la amnistía por la regularización, los dos principales planes españoles intentan elevar el número de contribuyentes que cumplen con sus obligaciones tributarias y aumentar la recaudación, mediante el refuerzo de las actuaciones de prevención y de inspección fiscal y laboral. Uno ha sido el Plan de Lucha contra el empleo irregular y el fraude a la Seguridad Social 2012-2013, con dos modificaciones legislativas: Ley contra el empleo irregular y el fraude a la Seguridad Social, y modificaciones en la Ley Orgánica del Código Penal en materia de delito fiscal y Seguridad Social, para endurecer las penas contra conductas más graves. Otro ha girado en torno a la ley que intensifica actuaciones en la prevención y lucha contra el fraude fiscal. También se han anunciado mejoras en la transparencia presupuestaria y una Ley de Transparencia, control y gobernanza pública que al final podría incluir partidos y sindicatos.

Ese sesgo fiscal ha sido aconsejado y coordinado desde la UE, donde antes de la actual crisis preocupaban más aspectos como el trabajo no declarado, como en la España de los ochenta (Matías, 1986 y 1988). Pero tras las experiencias alemanas contra la economía sumergida del 2008 y 2009 y varios informes europeos la Comisión acentuó su enfoque fiscal. En los últimos meses estudia medidas contra el fraude y la evasión fiscal: número de identificación fiscal europeo transfronterizo, mecanismo de reacción rápida contra el fraude del IVA, normas mínimas, multas comunes, extender los acuerdos con paraísos fiscales a la mayor cooperación internacional, etc. Los ministros de economía y finanzas han recibido reiteradas invitaciones a actuar por esas vías. Según las conclusiones de un informe preparado para el Parlamento Europeo, la pérdida de recaudación fiscal por ambos alcanzaría ya los 864.282 millones de euros sobre un PIB corriente de 12,27 billones para el conjunto de la UE. Así, el coste de la evasión fiscal ya supera lo que los 27 gastan en total en Sanidad.

## 2. Frenos al enfoque monetario en la UE

Al margen de suaves limitaciones al efectivo, cuyos topes en España fueron anunciados durante la campaña electoral entre 1.000 y 1.500 euros y que al final

quedan en 2.500 euros casi solo para pagos a profesionales, en Europa se han relegado las soluciones monetarias. Este enfoque se basa en lo cuantitativo en un ratio modificado del efectivo frente a los depósitos, el llamado MCDR, según el cual España habría superado el 40% del PIB oculto el año 1996 (Pickhardt y Sardá, 2011). Pero lo que realmente enfrenta esa vía son pagos en efectivo *versus* electrónicos, que tienden a sustituir al efectivo hace medio siglo por ser más cómodos, baratos, seguros e innovadores. Y añaden dos notables ventajas contra la economía sumergida: transparencia y eficiencia económica, ambas vinculadas a que siempre dejan rastro y pueden ser mejor evaluados y racionalizados (IEEE, 2013).

Sin embargo, la creciente ganancia de cuota de mercado frente al efectivo —sobre todo de las tarjetas— está siendo mermada por la política de la Comisión Europea, que cuenta en ello con la colaboración del BCE, más remiso que muchos estudios publicados recientemente a ver las desventajas del efectivo (1). La causa de ese freno institucional a la lucha contra la

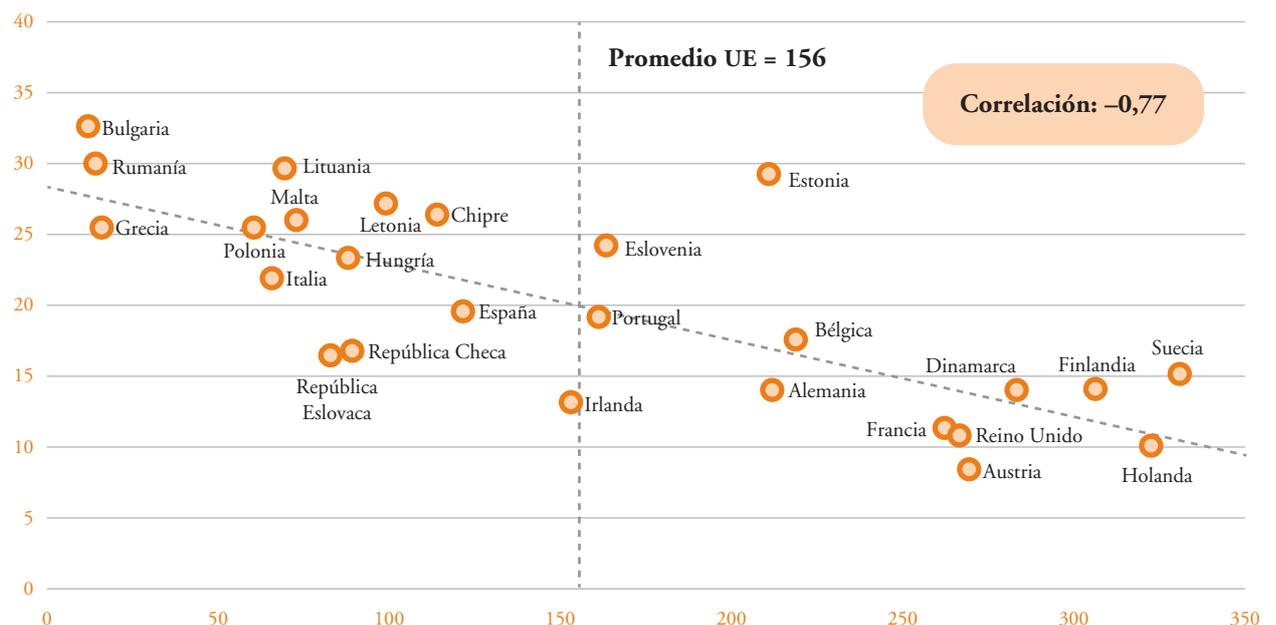
economía sumergida en la UE está siendo el intento de reducir las tasas de intercambio interbancarias, uno de los costes del sistema de cuatro partes (consumidores, comerciantes, bancos emisores y bancos adquirentes), seguido por las principales tarjetas de débito y crédito (Visa y MasterCard), excepto las más caras de American Express, Diners y PayPal. El vehículo para recortar las tasas transfronterizas y animar desde Bruselas a que las tasas nacionales casi desaparezcan, anunciado tras el *libro verde* de los pagos electrónicos publicado en el 2012 (Comisión Europea, 2012), es el proyecto de Zona Única de Pagos en Euros (SEPA) enmarcado por la Directiva Comunitaria de Servicios de Pagos.

Cuando las primas de riesgo en la propia unión monetaria han anulado la previa convergencia nominal y real de los tipos de interés hasta esta crisis, la Comisión pretende con mayor énfasis la convergencia de los pagos, en particular de transferencias, adeudos y tarjetas. Pero en lugar de desincentivar el efectivo, su proyecto de reducir solo una parte de los costes de las tarjetas

**Gráfico 1**

**Economía sumergida *versus* pagos electrónicos en Europa**

Porcentaje del PIB en vertical y número de transacciones electrónicas por habitante/año en horizontal



Fuente: Schneider, F. (2011a), *The Shadow Economy in Europe*, 2011, ATKearney, pág. 7.

introduce indirectamente nuevos incentivos a la economía sumergida, porque no baja el coste total de los pagos y ello genera menos usos de tarjetas. De paso, añade otros efectos perversos, al oscurecer la transparencia, y mayores costes de transacción, amén de elevar en especial los costes de la desinformación micro y macroeconómica (Matías, 1992).

Esa economía sumergida no solo es más amplia en la UE que en otras áreas. A pesar de las medidas en su contra los últimos años, la media de los 27 era en el 2008 del 19,3% del PIB y subió ligeramente los dos primeros años de recesión, para luego bajar al 18,4% al cerrar el 2012, según datos de Schneider (2011b) publicados por la Comisión. También las comparaciones entre los países europeos reflejan que florece más en los países donde menor es el pago con tarjetas de débito o de crédito. En efecto, países del Este aparte, Grecia, Italia, España, Portugal e Irlanda destacan tanto por sus récords de economía oculta como por sus mínimos en penetración de los pagos electrónicos por habitante. El propio Schneider (2011a) había concluido que la correlación inversa entre economía sumergida y número de transacciones electrónicas (media de 156 al año) fue nada menos que del 77% (gráfico 1).

### 3. Macroventajas de las tarjetas

Aun cuando la Comisión dice que sus proyectos benefician a los consumidores e incluso a la innovación y al conjunto de la economía y su competencia, no hay evidencia cuantitativa de que las reducciones previas en países como España del 2005 al 2010 hayan logrado nada de ello. Al contrario, un estudio sobre 56 países realizado por Moody's concluye que el uso de tarjetas de débito y crédito durante los cinco últimos años ha añadido al PIB mundial 984,98 millones de dólares. Pero de esa cifra a los 18 países europeos considerados les ha correspondido una parte mucho menor de la que representan en la economía global.

El estudio (Moody's, 2013) se basa en que los pagos con tarjetas representaban el año 2008 el 27,4% de todas las compras minoristas (unos 27 billones de dólares) y en el año 2012 subieron casi cinco puntos, hasta el 32,8% de 30,3 billones de dólares. Pero de toda esa tarta la

**Cuadro 1**

**Incrementos del PIB en miles de millones de euros y porcentaje medio desde el 2008**

	Miles de millones de euros	Porcentaje del PIB por cada 1% de tarjetas
Austria	4,7	0,017
Bélgica	11,5	0,038
República Checa	1,6	0,019
Alemania	16,1	0,013
Dinamarca	1,9	0,044
España	5,7	0,017
Finlandia	5,1	0,045
Francia	52,7	0,034
Reino Unido	68,0	0,055
Grecia	0,6	0,006
Hungría	9,1	0,022
Irlanda	5,1	0,041
Italia	11,4	0,019
Países Bajos	13,2	0,036
Noruega	3,2	0,045
Polonia	7,9	0,020
Portugal	2,6	0,050
Suecia	0,8	0,041
<b>Total europeos</b>	<b>221,2</b>	
<b>Total 56 países</b>	<b>983,98</b>	<b>0,032</b>

*Nota:* Los datos con fondo gris indican cifras superiores a la media global.  
*Fuente:* Elaboración propia con datos de Moody's Analytics (2013): *The Impact of Electronic Payments on Economic Growth*, febrero 2013.

porción europea ha sido la que menos ha crecido, solo 221.200 millones frente a los 983.980 totales (cuadro 1, columna 1), aunque la penetración total de las tarjetas en todos los pagos es de apenas un 22% (la mitad que en los EE.UU.) y su propensión al consumo muy superior a los países emergentes con los que compete.

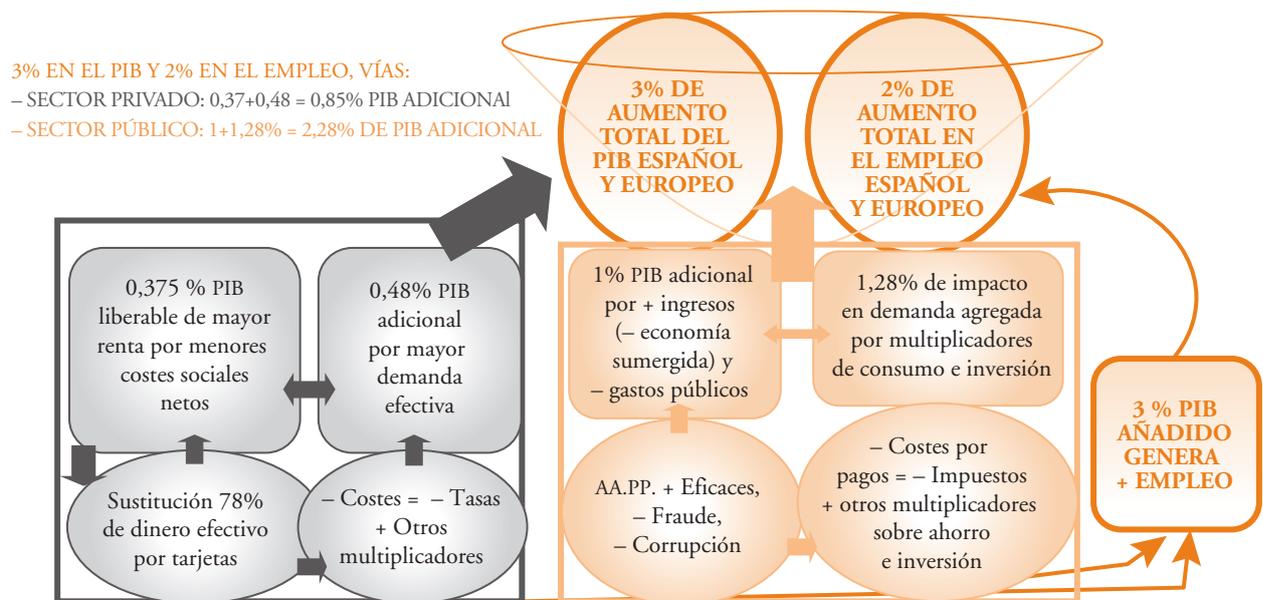
Schneider (2011a) había señalado que el incremento de un 10% en los medios de pago electrónicos permitiría una reducción de la economía sumergida del 5%, gracias al aumento de la transparencia y la trazabilidad proporcionada por estos. Previamente, nuestras investigaciones, basadas en los efectos multiplicadores que generarían sus beneficios en las Administraciones Públicas y también en el sector privado, indicaban que el PIB europeo podría elevarse un 3% acumulado, y el empleo al menos un 2%, si se acumulara una sustitución total del efectivo por los medios de pagos electrónicos. Con otros métodos solo centrados en el consumo minorista (sin contar ahorros y multiplicadores públicos), el estudio de Moody's confirma nuestra impresión, al señalar que el PIB crece una media del 0,032% por cada punto en que aumenta la penetración de las tarjetas, porque el consumo minorista crece un 0,056%.

De hecho, las correspondientes elasticidades del PIB resultan en la UE muy superiores a la media global, lo cual indica que Europa tiene mayor margen para traducir la penetración de tarjetas en expansión del PIB. Diez de los 18 países europeos, entre ellos grandes como Francia y Reino Unido, con casi el doble que la media (cuadro 1, columna 2), tienen elasticidades del PIB superiores al indicado promedio del 0,032, pese a los pobres resultados europeos sobre el conjunto de los 56 países estudiados por su errónea política reguladora y de competencia.

En vez de centrar sus resultados (gráfico 2) solo en los pagos del comercio minorista, nuestra metodología, basada en ventajas micro y efectos multiplicadores macro sobre las cuentas nacionales europeas, parte de dos tipos de raros consensos en la literatura económica: a) Sobre el menor coste de las tarjetas y otros pagos electrónicos respecto al efectivo en los EE.UU. y la UE, tratando de añadir especialmente a

**Gráfico 2**

**Estimaciones de aumento del PIB y empleo europeo y español al sustituir dinero efectivo por digital**



El ahorro de costes sociales y económicos netos de las empresas y familias por la sustitución de dinero efectivo por tarjetas generaría, según varios bancos centrales, aumentos de rentas del 0,37% del PIB europeo que, si se aplican a elevar la demanda por consumo e inversión privados, añadirían otro 0,48% al PIB. Al mismo tiempo, la lucha contra la economía sumergida, el fraude y la corrupción mediante la mayor transparencia de los pagos públicos por tarjetas, así como el ahorro de costes por el mayor control y mejor gestión en las administraciones, generarían al menos otro 1% del PIB en la oferta agregada, que aplicado al consumo o la inversión añadirían otro 1,2% en la demanda; es decir, hasta 2,28% adicional del PIB. El 3% de PIB adicional sumado así por los sectores público y privado permitiría elevar el empleo más del 2% por efecto de la intensidad en trabajo del PIB.

los mismos los efectos del señoreaje y de la afloración de la economía sumergida; b) Sobre los multiplicadores derivados de la utilización de las rentas privadas liberadas. Esos multiplicadores macroeconómicos intentan estimar los impactos de dichas rentas una vez aplicadas a generar demanda efectiva tanto privada como pública (2).

Las rentas privadas liberadas por el menor coste del dinero electrónico causan un fenómeno de mayor disposición similar al atribuido a las bajadas de impuestos. Tales beneficios de familias y empresas equivaldrían al 0,85% del PIB. En cuanto a los efectos en las Administraciones Públicas, procederían de una mejor gestión de los costes y de los ingresos, que tendría las siguientes dimensiones: a) Afloración de la economía sumergida; b) Reducción de costes que llevaría a mayor eficiencia; c) Control que reduciría y prevendría el fraude y la corrupción y aumentaría los ingresos y reduciría los gastos públicos, generando una disponibilidad de recursos para el ahorro y la inversión o el consumo que sería multiplicada en sus efectos al aplicarse a la demanda agregada, y d) Aumento de transparencia que mejoraría la confianza y la certidumbre y reduciría los costes de la desinformación.

Bastaría en primer lugar para abundar en esos objetivos introducir incentivos a las tarjetas y que, además de bajar el tope al efectivo entre empresas y/o particulares, todas las prestaciones monetarias y en especie que realizan las administraciones a las familias se realizaran con alguna de las modalidades de las tarjetas (prepagado, débito, crédito, etc.).

Al inyectar además a las arcas públicas y a la demanda rentas logradas por el mayor control y transparencia, podría alcanzarse otro 2,2% del PIB europeo. La mayor parte sería por los mayores ingresos fiscales de reducir la economía sumergida, aumentar la agilidad y el control, y evitar fraudes y corrupciones. Solo en el sector sanitario, ambos ilícitos equivalen al 5,59% de todo el gasto público (3), recursos nada despreciables cuando la escasez es norma.

## NOTAS

- (1) El estudio publicado por el BCE a Schmiedel y cols. (2012) se centra en los costes de producción y de distribución omitiendo

costes de oportunidad —muy relevantes sobre todo para los consumidores— y muchas externalidades negativas, por lo que subestima los costes totales y relega la verdadera función de coste social, en especial al excluir los costes de los consumidores. Además, su metodología presenta deficiencias, pues excluye a las tres grandes economías europeas (Alemania, Francia y Reino Unido), al limitarse a trece países, que representan solo el 40% de los pagos minoristas, aunque apenas el 18% si se miden en términos de valor. Además, sobrerrepresenta a países que más usan efectivo: más del 66% de los pagos realizados por los países de la muestra son en *cash*, frente al 60% de toda la UE-27.

- (2) El *Council of Economic Advisers 2009* de los EE.UU. concluyó que, después de dos años, un estímulo económico equivalente a 1% del PIB podría generar aumentos de la producción equivalentes al 1,57% por un mayor gasto y otros en el gasto del 0,99% por los efectos equiparables a los recortes de impuestos, como son en la práctica los ahorros de costes y la consiguiente mayor disponibilidad de recursos para el consumo privado por la sustitución del efectivo y por los pagos electrónicos. De ahí que algunos economistas utilicen como promedio de ambos multiplicadores el 1,28%. Ese estudio encontró también que un aumento del 1% en el PIB es acompañado por otro incremento del empleo del 0,75%. El uso de ambos multiplicadores en nuestras estimaciones preliminares a este informe, precede en dos años a la polémica generada por el FMI al reconocer errores en sus estimaciones del efecto de las medidas de austeridad presupuestaria en Europa.
- (3) Esa red de Administraciones Públicas contra el fraude y la corrupción en la sanidad que contribuí a crear hace diez años (<http://www.ehfen.org/>) estima que cada día esas lacras suman 150 millones de euros, un 5,59% anual del casi billón de euros a que ascienden los presupuestos sanitarios europeos, cuando su PIB fue de 15,1 billones el 2012, en paridades de poder de compra.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arazola, M.; Hevia de, J.; Mauleón, I. y Sánchez, R. (2011), *Dos ensayos de actualidad sobre la economía española. La economía sumergida en España*, Fundación de las Cajas de Ahorro (FUNCAS).
- Comisión Europea (2012), *Hacia un mercado europeo integrado de pagos mediante tarjeta, pagos por Internet o pagos móviles*. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0941:FIN:ES:PDF>
- Dell'Anno, R.; Gómez-Antonio, M. y Alañón-Pardo, A. (2007), «The Shadow Economy in three Mediterranean Countries: France, Spain and Greece. A MIMIC approach», *Empirical Economics*, 33:197.
- IEE, Instituto de Estudios Económicos (2013), *Costes y consecuencias de la sustitución del efectivo*, Otero, M.; Sánchez, M. y Almagro, P.

- Matías, G. (1982), «Una economía que oscurece el progreso tradicional», *El País*, 16-5-1982.
- Matías, G. (1986 y 1988), «Los 800.000 empleos ocultos» y «El Gobierno ‘descubre’ otro millón de empleos irregulares», *El País*, 15-9-1986 y 3-3-1988, respectivamente
- Matías, G. (1988), «Estadísticas: una reforma fuera de todo consenso», *Economistas*, núm. 29 Extra, Madrid.
- Matías, G. (1992), «Los costes de la desinformación», *Economistas*, núm. 52 Extra, Madrid.
- Moody's Analytics (2013), *The Impact of Electronic Payments on Economic Growth!*, febrero 2013.
- Murphy, R. (2013), *A report for Group of the Progressive Alliance of Socialists & Democrats in the European Parliament*, Tax Research UK.
- OECD, (2002), *Measuring the Non-Observed Economy A Handbook*, París C.
- Pickhardt, M. y Sardá, J. (2011), «Size and causes of the underground economy in Spain: a correction of the record and new evidence from the MCDR approach», *ECONSTOR*, núm. 54, <http://www.econstor.eu/handle/10419/55038>
- Schneider, F. y Enste, D. (2000a), «Shadow Economies: Size, Causes, and Consequences», *The Journal of Economic Literature*, 2000, 38/1, págs. 77-114.
- Schneider, F. y Enste, D. (2000b), «Shadow Economies Around the World», *IMF Working Paper*, WP/00/26, IMF Washington D.C. 2000.
- Schneider, F. (2010), *The Influence of the economic crisis on the underground economy in Germany and the other OECD-countries in 2010: a (further) increase*, ShadEcOECD2010.
- Schneider, F. (2011a), *The Shadow Economy in Europe*, 2011, ATKearney.
- Schneider, F. (2011b), *Size and development of the Shadow Economy from 2003 to 2012: some new facts*.
- Schmiedel, H.; Kostova, G. y Ruttenberg, W. (2012), «The social and private costs of retail payment instruments: An European perspective», *Occasional paper series*, núm. 137, European Central Bank.
- Trigo, J. y Matías G., *Estimaciones sobre la sustitución de dinero efectivo por digital en Cataluña*.

## REFORMA DEL MERCADO LABORAL EN EL REINO UNIDO

**Quentine Reville**

*Agregada Laboral y de Asuntos Sociales de la Embajada del Reino Unido en España*

### RESUMEN

El Reino Unido ha reformado el mercado laboral, incluyendo los sistemas de prestaciones sociales, de protección social y de desgravaciones fiscales, con los objetivos de que los procesos fueran más sencillos, más justos y menos complicados tanto para empresas como para contribuyentes, y de fomentar la innovación, la independencia y la responsabilidad personal. Para lograr dichos objetivos fue necesario cambiar la cultura de prestaciones sociales y establecer un vínculo estrecho entre inversión y resultados. Parece que las reformas están funcionando.

### PALABRAS CLAVE

Reforma del mercado laboral, Reforma de los sistemas de prestaciones sociales, de protección social y de desgravaciones fiscales, Un vínculo estrecho entre inversión y resultados, Seed Enterprise Investment Scheme (SEIS), Políticas activas y pasivas de empleo, Work Programme, Sistema de *pagos por resultados*, Ley de Reforma del Estado de Bienestar, Crédito Universal

A mediados de enero de 2012 la tasa de desempleo del Reino Unido alcanzó el 8,3% (1), 2.670.000 personas, la más alta desde 1995. Según los datos de la Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido, 1.300.000 personas más se encontraban en situación de *desempleo parcial* (con empleo a tiempo parcial, pero sin posibilidades de encontrar uno a tiempo completo), la cifra más elevada desde que se registraron estos datos por primera vez en 1992. La cifra de jóvenes sin trabajo también había aumentado, llegando a 1.040.000 en los tres meses previos a noviembre de 2011. Y los ingresos por hogar seguían sintiendo la presión, ya que el salario medio de todos los sectores tan solo subió un 1,9% respecto al año anterior, menos de la mitad de la tasa de inflación. Con tantas familias en condiciones precarias era de esperar que en 2012 el gasto de los consumidores se mantuviera en niveles bajos a pesar del ligero alivio experimentado por los ingresos reales debido a la baja inflación. El sector privado tampoco estaba absorbiendo a tantos desempleados como inicialmente se esperaba: en los tres meses anteriores a septiembre de 2011 se habían perdido 67.000 empleos en el sector público, mientras que en el mismo período el sector privado solo se crearon 5.000 nuevos puestos de trabajo.

Puesto que la creación de empleo depende del crecimiento económico, ¿cuáles eran las perspectivas de crecimiento para 2012? El Reino Unido todavía se estaba recuperando de la mayor crisis financiera de los últimos tiempos. Antes de la crisis, la competitividad subyacente había caído y el crecimiento se había visto impulsado por unos niveles de deuda insostenibles. A medida que la crisis fue avanzando, la economía británica fue golpeada por otra serie de contratiempos: una inflación superior a lo esperado, mayor incertidumbre en la eurozona y un entendimiento de que la recuperación a escala global de la crisis financiera de 2008-2009 iba a ser lenta y duradera. Este panorama ofrecía pocas esperanzas de conseguir un crecimiento y una creación de empleo fuertes en 2012. Debido al elevado coste a nivel individual y social de la falta de empleo, el Reino Unido se comprometió a:

1. Crear profesionales más cualificados, los más flexibles de Europa.
2. Simplificar la legislación laboral, especialmente para las pequeñas empresas.
3. Reducir la fiscalidad para las nuevas empresas.

4. introducir nuevas medidas para ayudar a los jóvenes a encontrar empleo.

### 1. Profesionales más cualificados

Se destinaron 1,2 millones de libras a los colegios de Inglaterra para mejorar el nivel académico: 600 millones para financiar cien nuevos *Free Schools* (escuelas fundadas como resultado de demanda de los padres y financiadas por el gobierno) y 600 millones para ayudar a las autoridades de las regiones con mayores presiones demográficas (lo que se espera que resulte en 40.000 nuevas plazas). Para que el sistema educativo pudiera responder mejor a las necesidades de los empresarios se permitió a las empresas diseñar, desarrollar y comprar programas de formación profesional, gracias a un nuevo fondo piloto de 250 millones de libras.

También se llegó a un compromiso para mejorar los programas de aprendizaje y reducir los trámites burocráticos. Para ello, entre otras cosas, obligando a los proveedores de programas de aprendizaje a apoyar, donde fuera necesario, los estudios de inglés y matemáticas hasta que los jóvenes alcanzaran un buen nivel en el GCSE (equivalente al ESO) y eliminar requisitos excesivos de seguridad y salud para los programas de aprendizaje. Para que los jóvenes tuvieran más posibilidades de adquirir una experiencia profesional de calidad se invertirían 4,5 millones de libras durante un período de dos años, que irían destinados a apoyar un fuerte contenido de experiencia profesional en los programas de formación profesional para mayores de 16 años, así como a fomentar un sello de reconocimiento de los cursos bien valorados por los empresarios por parte de Sector Skills Councils (Consejos Sectoriales de Habilidades) de las ramas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (todo ello respaldado por el equivalente británico de la CEOE).

### 2. Reglamento laboral

El Reino Unido quiso aumentar la posibilidad de encontrar empleo reduciendo la carga de la legislación laboral. Esta incluía, como respuesta al aumento constante de recursos judiciales y la preocupación de los empresarios de que la interposición de un procedi-

miento fuera gratuita mientras que su defensa resultaba cara, que se introduciría unas tasas para aquellas personas que quisieran presentar un recurso ante el tribunal de asuntos laborales, y se buscaría una alternativa rápida y barata para los casos más sencillos (un sistema de *Resolución rápida*).

El Reino Unido también finalizaría una consulta pública sobre el impacto de una reducción de la duración del proceso de despido colectivo cuando este afecte a cien empleados o más, de los 90 días actuales a 60, 45 ó 30 días. Además, iniciaría una consulta pública sobre dos propuestas de reforma laboral: la introducción del despido sin causa justificada con indemnización para microempresas de menos de diez empleados, y un proceso de despido más sencillo, rápido y claro. Igualmente, se revisarían las entidades reguladoras para garantizar que sus controles son adecuados, proporcionados, basados en los riesgos y en las buenas prácticas, y se simplificarían las disposiciones de seguridad y salud.

### 3. Impuestos más bajos para emprendedores

Para impulsar la inversión en empresas de nueva creación el Reino Unido decidió lanzar un nuevo programa de inversión empresarial, el *Seed Enterprise Investment Scheme* (SEIS), efectivo desde abril de 2012, que ofrece una desgravación fiscal del 50% sobre las inversiones y una exención de los impuestos sobre plusvalía correspondiente al período 2012-13 que se reinvierta en empresas calificadas dentro del esquema SEIS durante ese mismo año. Además se simplificarían y reorientarían el *Enterprise Investment Scheme* (Programa de inversión empresarial) y los *Venture Capital Trusts*. A partir del 1 de octubre de 2012 el actual plazo de exención de impuestos sobre bienes inmuebles comerciales de las pequeñas empresas se amplió otros seis meses, y las empresas tienen la oportunidad de diferir el 60% de la subida de sus impuestos sobre bienes inmuebles comerciales y devolver esa misma cantidad a lo largo de los dos años siguientes.

### 4. Ayudar a los jóvenes a encontrar empleo

El Reino Unido ha introducido incentivos salariales para 160.000 jóvenes que irían destinados a facilitar

su contratación por parte de los empresarios del sector privado:

- Un mínimo de 40.000 pagos de incentivos para que las empresas pequeñas contraten a jóvenes aprendices.
- Ayuda adicional de parte de las oficinas de empleo estatales dirigidas a desempleados entre 18 y 24 años.
- Una oferta de prácticas laborales o una plaza en el programa *Sector Based Work Academy* para cada desempleado de entre 18 y 24 años que haya percibido la prestación de desempleo durante tres meses.
- Un nuevo programa de 50 millones de libras anuales dirigido a la reinserción de jóvenes desfavorecidos de 16 y 17 años en el sistema educativo, en un programa de aprendizaje o en un empleo con formación.

## 5. Políticas activas y pasivas de empleo

El objetivo de las medidas previamente mencionadas era crear condiciones favorables en el mercado laboral para aumentar las oportunidades de encontrar empleo. Sin embargo, la otra parte del puzzle consistía en tener políticas de empleo activas y pasivas que sirvieran de estímulo y apoyo para que los desempleados vieran los beneficios de tomar las riendas de sus vidas y contribuir a la mejora de la sociedad. El Reino Unido tuvo que abordar el tema de la demanda de servicios sociales para poder garantizar que los incentivos premien a aquellos que se incorporen al mercado laboral y que el sistema sea fiscalmente estable. Si bien el sistema debe ayudar a los más vulnerables, como a aquellos cuyo vida está dificultada por una enfermedad o discapacidad, siempre que sea posible, también debería llevar a que estas personas cambien de una situación de dependencia a la independencia. Todo ello conlleva un cambio cultural en la sociedad y en el gobierno.

## 6. Impulsar el cambio cultural en la sociedad británica

Parte del problema radica en que, si bien durante las pasadas décadas la economía británica había sufrido una transformación fundamental (con la liberación del mer-

cado y el traspaso del poder del estado), la reforma social apenas se había producido. Los gobiernos de todas las orientaciones políticas asumieron que una economía renovada crearía una nación próspera y cohesionada. El sistema británico de protección social solo había sido sujeto a cambios reactivos: frente a un nuevo reto la reacción fue inventar nuevas ayudas al empleo o introducir nuevos suplementos o prestaciones, sin una coordinación estrecha del conjunto de las prestaciones.

El resultado fue un sistema algo complejo de más de treinta prestaciones. Además, en Inglaterra había más de veinticinco ayudas fiscales acordadas automáticamente a las personas con derecho a las prestaciones principales, y en Gales y Escocia alrededor de veinte. Las prestaciones tenían diferentes normas, niveles y objetivos y algunos se solapaban, lo que a veces daba lugar a confusiones, errores y fraude. Muchas personas que recibían prestaciones por desempleo no querían o no podían aprovechar oportunidades de empleo, pero al mismo tiempo las empresas se veían obligadas a contratar trabajadores que venían del extranjero. El gasto del gobierno en prestaciones sociales y créditos fiscales aumentaba año tras año, incluso antes de la recesión, a pesar de ser un período de fuerte crecimiento y de creación de empleo, en el que lo normal habría sido que el coste de los servicios sociales hubiera disminuido. En 2010 los servicios sociales suponían a cada hogar un coste adicional en impuestos de 3.000 libras anuales, la cifra más alta de todos los tiempos.

## 7. Impulsar el cambio en la cultura del gobierno británico

Los gobiernos siempre se sienten muy presionados a gastar en diferentes políticas sociales (invertir dinero en los programas sociales para que se vea claramente que se está haciendo algo) en lugar de enfocarlas a alcanzar unos resultados (i.e., medir su impacto positivo en la vida de las personas). La historia demuestra que gastar en programas de los que solo se espera que funcionen podría llevar a grandes expectativas seguidas de fracaso. La forma de pensar ha evolucionado en el Reino Unido y ahora se esfuerza en calcular en qué medida cambia la vida de las personas cada libra que se emplea.

Con este espíritu empezaron los cambios antes de 2012, cuando el Reino Unido eliminó algunas barreras a la independencia de las personas. Con este objetivo puso un límite a las ayudas a la vivienda para que la gente tuviera las mismas opciones tanto si tienen un empleo como si sobreviven gracias a prestaciones, introdujo una revaluación de los receptores de las ayudas a la discapacidad para ayudarles a adquirir independencia, reforzó los servicios de empleo gestionados por el Estado para ayudar a las personas en las primeras etapas del desempleo, y aseguró a los desempleados de larga duración una atención más personalizada.

### 8. Work Programme (aplicado desde julio de 2011 y durante todo 2012)

El Work Programme es un concurso público por el cual el gobierno británico desafió a las mejores organizaciones de voluntariado y del sector privado a encontrar empleos estables a los desempleados. Está basado en el pago a los proveedores de servicios de colocación en función de los resultados. Los proveedores pueden recibir tres tipos de compensaciones por este servicio.

1. Un pequeño pago inicial por cada nuevo participante, que se realiza según los términos de contratos anteriores en reconocimiento de las *tasas de apertura de expediente* (este pago actualmente se está suprimiendo).
2. Los proveedores pueden reclamar pagos por resultados, pagados solo después de que un participante lleve trabajando tres o seis meses, dependiendo de lo alejado que estuviera inicialmente del mercado laboral.
3. Por último, los proveedores pueden solicitar pagos por mantenimiento cada cuatro semanas (y hasta dos años dependiendo de lo alejado que estuviera el participante inicialmente del mercado laboral) cuando un participante mantenga su trabajo durante más tiempo.

Este sistema de *pagos por resultados* transfiere el coste de ayudar a los solicitantes a encontrar empleo a los 18 principales proveedores de servicios de colocación del Reino Unido (y las empresas que ellos subcontratan) quienes compiten para implementar el Work Program-

me en todo el Reino Unido. El gobierno británico les paga solo cuando y si tienen éxito en su empeño. Una de las grandes ventajas es que los costes están cubiertos por los ahorros derivados de las prestaciones no percibidas por las personas que encuentran trabajo.

### 9. Reformas adicionales

El 8 de marzo de 2012 el Reino Unido aprobó una Ley de Reforma del Estado de Bienestar dirigida a conseguir que el sistema de prestaciones y de créditos fiscales fuera más justo y más sencillo. Sus principales elementos fueron:

- La introducción del crédito universal para integrar todo tipo de prestaciones.
- Un impulso a reducir el fraude y los errores, con multas más duras por delitos cometidos.
- Un nuevo compromiso del solicitante que establezca claramente lo que se espera de él.
- La reforma de los subsidios por los minusválidos, para el empleo y para la vivienda.
- La lucha contra el abuso del sistema de fondos sociales otorgando más poder a las autoridades locales.
- Un nuevo sistema de ayuda a la infancia en el que los niños sean la prioridad.

Este paquete de reformas fue diseñado para que el sistema de prestaciones del Reino Unido fuera más transparente, más resistente contra el fraude y más justo, tanto para los que perciben prestaciones como para quienes las pagan; para garantizar que siempre sea mejor tener un empleo; para proteger a quienes son realmente incapaces de valerse por sí solos; y para ayudar a las personas a salir de la pobreza y dejar de percibir prestaciones lo antes posible.

### 10. Resultados

No existe solución rápida para que la gente consiga empleo, especialmente en períodos económicamente difíciles. Pero, si bien la perspectiva general de la economía sigue siendo incierta, la situación del mer-

cado laboral británico se está manteniendo mejor de lo que muchos esperaban. El país ha tenido cuatro trimestres consecutivos de crecimiento positivo en materia de empleo y tres de reducción del desempleo. La tasa de desempleo ha caído hasta el 7,8%. Gran parte de esta caída refleja una disminución del desempleo juvenil, que registró su mayor caída (72.000 desempleados menos) en los tres meses anteriores a octubre. Actualmente en el Reino Unido hay más gente trabajando que nunca. Parece que las reformas estén funcionando: ahora 170.000 personas menos reclaman las principales prestaciones por desempleo que hace dos años. Esto demuestra que incluso tras cuatro años de dificultades económicas la gente no se está alejando demasiado del mercado laboral. En medio de una recesión, y con más jóvenes que prolongan sus estudios, la tasa de inactividad del Reino Unido es casi la más baja de toda una generación.

## 11. El futuro

Aún quedan cosas por hacer. Para ayudar a la gente a embarcarse en un nuevo viaje es importante reconocer que no todo el mundo parte del mismo punto ni entiende los beneficios inherentes a un empleo, el sentimiento de autovaloración o la oportunidad de desarrollar la autoestima. Para alguien que pertenezca a una familia o a un grupo en el que nadie haya trabajado nunca, el desempleo forma parte de su vida diaria. La presión para vivir de las prestaciones es enorme, especialmente cuando estos ingresos son superiores a cualquier salario al que puedan aspirar. El Reino Unido debe seguir analizando detalladamente su sistema y

preguntarse: ¿qué aspectos cambian la vida de la gente o favorecen un comportamiento positivo o negativo? ¿Deberían las familias sin ingresos esperar pagos periódicos por cada hijo mientras algunos hogares cuyos miembros trabajan sufren dificultades a la hora de decidir lo que se pueden permitir? ¿Es justo que algunos jóvenes puedan pasar directamente de terminar sus estudios a tener una vivienda proporcionada por el Estado, mientras muchos jóvenes como ellos viven con sus padres y trabajan duro para poder comprar un piso? Resulta todavía más importante cuestionarse todo esto en un momento en el que las arcas públicas están en una situación difícil y cuando se ha demostrado que los resultados sociales de políticas particularmente generosas han sido relativamente pobres.

Muchos de los problemas a los que el Reino Unido se enfrenta son parecidos a los enfrentados por España, un país que se cuestiona su propia batería de preguntas: cada país tiene un contexto único y diferentes fortalezas y debilidades de su mercado laboral. Pero todos perseguimos el mismo objetivo: adoptar unas medidas rentables que contribuyan a cubrir los puestos de trabajo del país con los mejores profesionales locales, formar a todos los potenciales trabajadores para que estén preparados para entrar en el mercado laboral, e inspirarles para impulsar al país hacia el crecimiento y la prosperidad.

### NOTA

- (1) La tasa de desempleo más alta registrada en el Reino Unido (exceptuando la Gran Depresión) fue un 11,9%, en abril de 1984, y la más baja un 3,4%, en diciembre de 1973.

## PRESENTACIÓN DEL NÚMERO EXTRAORDINARIO DE *ECONOMISTAS*: «ESPAÑA 2012. UN BALANCE»

La presentación del número 135, extraordinario, de la revista *Economistas*, dedicado a una valoración global de la economía española en el año 2012, tuvo lugar el pasado día veintiocho de mayo. A este acto, celebrado en el Hotel Intercontinental Madrid, y en el que se sirvió un cóctel, asistieron un gran número de colegiados. La presentación corrió a cargo del ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, *Cristóbal Montoro*, y estuvo precedida de las intervenciones del decano del Colegio, *Juan E. Iranzo*, y del director de la revista, *Jaime Requeijo*.



*Cristóbal Montoro, Juan E. Iranzo y Jaime Requeijo.*

Se refleja a continuación la intervención de *Cristóbal Montoro*.

Señoras y señores, en primer lugar, quiero agradecer muy sinceramente su presencia; para mí es un honor el participar en un acto de estas características, como ya anticipaba el decano del Colegio de Economistas de Madrid. No es el primero, para estas alturas en el recorrido que uno tiene ya casi nunca se es el primero de nada —quiero decir—, esa es una ventaja y una desventaja: la ventaja es la experiencia y la desventaja es que el tiempo pasa inexorablemente. Aunque también el tiempo pasa en el sentido positivo, y yo quería utilizar este encuentro para insistir en lo que ya ha dicho el director de la revista y el decano del Colegio de Economistas de Madrid. Insistir en un mensaje que, reconociendo la dificultad del momento en que nos encontramos, también debemos reconocer el papel de los economistas, de los científicos sociales, en un momento como el que atraviesa la sociedad española. Estamos viviendo una crisis, que es económica y

que también tiene como repercusión un hondo malestar social y político. Los economistas tienen mucho que decir, tienen mucho que explicar, tienen algo que vaticinar, conscientes de que el conocimiento de esa ciencia social, que es la economía, tiene sus límites, como estamos aprendiendo cada día y como estamos viviendo en cada crisis.

### Crisis de balanza de pagos comparadas

¿Qué es lo que tiene de común con otras crisis la situación que está viviendo España? Y a ese respecto voy a referirme también ya que hoy nos acompañan nuestros profesores, nuestros maestros, también, en Economía, como es el caso del profesor Velarde, como es el caso del profesor Requeijo, que tiene también esa experiencia, como es el caso de otros profesores mucho más jóvenes, el profesor Espí, que fue profesor mío de Hacienda Pública Española en la Universidad Autónoma de Madrid, hace unos cuantos años de esto, pero

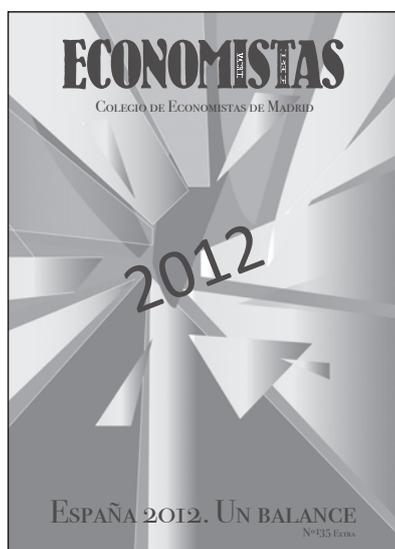
donde fuimos forjándonos en ese conocimiento y en esa experiencia de realidad de lo que significan las evoluciones que tiene nuestra economía y nuestro país.

¿En qué se parece la crisis actual a las crisis que hemos vivido? Se parece en que es una crisis del sector exterior, es una crisis, en este caso, de deuda externa acumulada; una vez más nos hemos olvidado de la importancia de la estabilidad económica, como guía fundamental de los criterios por los que debe regirse una sociedad, no solo la parte económica de una sociedad sino los criterios que deben regir al conjunto de la sociedad. Cuando olvidamos esos criterios, se traduce en un desequilibrio, el saldo negativo de nuestro sector exterior, y ahora tenemos que recuperar el equilibrio. Es lo que ocurrió en los años cincuenta, es la gran crisis del sector exterior, cuya respuesta, el Plan de Estabilización del 59, permite una transición política que se forja desde una apertura económica y desde la vuelta de los principios de la libertad económica y de la apertura al exterior. La crisis de los setenta, con el *shock* petrolífero, vuelve a ser una crisis de balanza de pagos de profundidad, estamos hablando de una crisis económica que sembró lo que fue el planteamiento de nuestra democracia, como sabe bien quienes fueron ministros en esa época, como el señor Lamouret de Espinosa, que estuvo ahí en gobiernos de la UCD, construyendo, articulando los fundamentos de nuestra democracia. Y como fue después la crisis de los noventa, una crisis que fue otra vez una crisis de déficit exterior, de déficit por cuenta corriente, que no podíamos financiar y que en los años noventa nos llevó a la devaluación de nuestra moneda, entonces la peseta, frente a las principales monedas europeas, frente a las grandes monedas del mundo, en una devaluación superior a un 30%, con el empobrecimiento que ello significa como país y con el impacto inflacionista que representa siempre una devaluación.

Lo que estamos viviendo es una crisis del sector exterior, y lo que estamos pagando son las consecuencias del abuso del crédito, de la toma de recursos prestados del resto del mundo, que nos llevó a una situación de vulnerabilidad cuando estalla la crisis financiera mundial en el año 2007. España es entre los países desarrollados del mundo el que más deuda externa acumula en términos brutos. Por tanto, esa realidad es inexorable, esa realidad exige la respuesta de hacer los ajustes

que nos tienen que devolver a la senda de la estabilidad económica, porque no hay otra salida para una crisis que siempre es la misma crisis en el caso de España. Pero yo voy a expresarles la convicción de que a estas alturas confío en que sea la última crisis de estas características, y que de una vez por todas tomemos nota de esa lección, que está descrita en esta revista. Aprendamos una lección que es la que tenemos todos en nuestro ámbito de responsabilidad personal, profesional, social, tenemos que expandir la importancia de la estabilidad económica como valor superior que debe regir todas las cuentas de nuestro país y, por descontado, donde se agregan todas las cuentas de nuestro país, donde el sector privado y el sector público suman, que es la balanza de pagos, que es la que refleja nuestra posición frente al resto del mundo y concretamente al resto de Europa. Esta es la crisis que estamos viviendo y que, además, es la crisis que en Europa se transforma en la crisis de deuda soberana, con muchísima crudeza a partir del 2010, porque se elige el camino equivocado de intentar salir de una crisis de deuda externa a través de más déficit público y eso lo que genera es la crisis de deuda soberana en Europa.

Se dice que la respuesta de las instituciones europeas es relativamente contradictoria a veces, pero ahí está Europa, que debe ser nuestro referente, nuestra confianza, porque es la Europa que estamos construyendo sobre el valor de la estabilidad económica. Maastricht fue eso, Maastricht fue cumplir con la estabilidad económica, con la estabilidad presupuestaria, con la estabilidad de precios, y no abusar de un déficit exterior que lleve a generar unos pasivos financieros frente al resto del mundo, como los que acumulamos desde el año 2007. Esos pasivos financieros llegaron a situarse en términos netos, en términos de posición financiera frente al resto del mundo, por encima del 90% de nuestro Producto Interior Bruto. Por tanto, la ley económica, que sabemos inexorable, es que las facturas hay que pagarlas. Y ese es el ajuste que estamos viviendo, un ajuste que en el año 2012 realmente tuvo un componente dramático, que fue la pérdida de ochocientos mil empleos que se han perdido en España, componente dramático de la pérdida de más de trescientos mil empleos, de esos ochocientos mil, en el sector público. Detrás de ese número hay una persona que ha perdido su puesto de trabajo en ese ajuste,



por inexorable que sea, pero una persona a la que hay que trasladar la confianza, la esperanza de que hay una recuperación posible —incluso— relativamente próxima, por los fundamentos que se derivan del cambio económico que estamos viviendo.

### Vuelta al equilibrio de la economía

Perdonen que apele también a la experiencia, en el sentido del tiempo que pasa, y en ese sentido que lo haga en tono reflexivo ante una audiencia como esta. Seguro que ninguno de nosotros, ni siquiera nuestros maestros que están hoy aquí, ninguno ha vivido una situación como en la que ahora nos encontramos, una situación que es nueva por las siguientes condiciones. Ninguno hemos vivido un cambio de balanza por cuenta corriente que nos ha llevado en el último trimestre de 2012 a un saldo ya superavitario de 3 puntos de PIB sin devaluar nuestra moneda. Esto es nuevo y está ocurriendo. Debemos reflejarlo y reconocer con humildad que no estaba pronosticado en ningún informe económico, ni de la Comisión Europea, ni del Fondo Monetario Internacional, ni del Banco Central Europeo, ni del Gobierno de España —añado—, ni del Gobierno de España, ni de por supuesto todos los analistas económicos. ¿Conocen ustedes algún informe, nacional o internacional, que predijera a comienzos del año 2012 que íbamos a cerrar el 2012 con un superávit por cuenta corriente equivalente al que teníamos a mitad

de los años noventa, después de devaluar la peseta un 30%? No, no existe ese informe.

Esto es la economía, esto es para entendernos la economía viva. Y eso es también la humildad que debemos tener los economistas, con independencia de la posición que estemos ocupando. Yo, el primero, desde un cargo público y con la responsabilidad de ser miembro del Gobierno de España. Os voy a decir con toda franqueza que el primer sorprendido he sido yo, por la velocidad del cambio. Ahora aparecen todos los gráficos internacionales, en la edición de una revista internacional que es francamente agorera sobre el futuro de Europa, y se va a equivocar, lean el artículo sobre España y los gráficos sobre España, las cifras, las comparaciones son inapelables. España tiene en el cierre del 2012 un superávit por cuenta corriente mayor que el de Francia o de Italia, no somos alemanes pero somos la mitad que Alemania y ahora estamos en una posición muy diferente. Y eso es lo que está ocurriendo en la economía, que demuestra que somos un país que tiene esa capacidad y esa iniciativa, un país que responde a las crisis con capacidad de emprender, con capacidad de competir, y por supuesto un país en el que estamos obligados todos a servir a esa competitividad. Pero esos cambios son los que nos hacen estar donde estamos.

Otro fenómeno que es adicional en este año, que tampoco habíamos vivido antes, por lo menos los aquí presentes seguro que no, es que vamos a alcanzar una inflación por debajo del 1%, una inflación que va a estar más cerca del 0% que del 1% en algunos meses. Y eso podría ocurrir durante un período relativamente largo, depende de lo que hagamos en nuestro país, obviamente. Pero esto es nuevo, desde luego para mí —otra vez añado—, primero para mí, yo no sé lo que es vivir en una economía cuya tasa de crecimiento del IPC esté por debajo del 1%. Que eso nos va a plantear problemas, por supuesto, en la gestión del presupuesto, en la recaudación tributaria, se devuelven las deudas con más facilidad cuando hay inflación. Sí, pero ¿qué le conviene a España en este momento? Le conviene ganar competitividad lo más rápidamente posible. Le conviene tener una muy baja inflación, porque eso va a mejorar automáticamente la competitividad de la economía española, y todavía más, va a permitir

la recuperación del poder adquisitivo de la inmensa mayoría de los españoles, sin que sea necesario elevar sus rentas nominales, una situación muy interesante, muy interesante y nueva. Lo vamos a vivir, estamos ya en ello, jamás hemos estado en inflaciones tan bajas en nuestro país; estabilidad de precios, otro valor que realmente se añade a esta situación.

### Vuelta al acceso a los mercados internacionales de financiación

Es el ajuste económico que está en marcha y ahora explicaré las políticas que estamos desarrollando para que efectivamente ese ajuste sea posible y sea lo más rápido posible. Pero, dos factores —insisto— muy nuevos, tan nuevos que no hemos vivido anteriormente, ni los mayores del lugar entre los que me incluyo, ni los más experimentados sabíamos lo que era esto. Por eso decía que está ocurriendo porque este país y esta economía gira sobre sí misma y se reconstruye sobre sí misma a una velocidad que ni los más avezados éramos capaces de aventurar. Y eso es lo que está en esta publicación que hoy presento, están descritas las causas que están motivando esa nueva situación, y a eso se añade algo, un tercer elemento, que es algo que no es nuevo afortunadamente, pero que durante un tiempo estaba cerrado, que es el acceso a los mercados financieros internacionales. Hoy de nuevo nos podemos financiar como país, como lo muestra el comportamiento de los mercados financieros en España. Querida presidenta de la CNMV, aquí presente, compañera de fatigas, durante tanto tiempo trabajando juntos por la estabilidad económica de España desde diferentes puestos, hoy vemos la evolución de esos mercados financieros con la prima de riesgo bajando de nuevo, no es solo beneficioso para la financiación del Tesoro a unos tipos de interés más bajos, también lo es para la refinanciación de las grandes empresas de nuestra economía que lo hacen a esos tipos de interés más bajos. Además la prima de riesgo va a seguir bajando, pero ahora ya sí tenemos acceso a esos mercados. En el mes de julio del año pasado los tipos de interés a corto de la deuda pública española, del Tesoro, se habían cruzado con los tipos de interés a largo, cuando eso ocurre, cuando los tipos de interés a corto en vencimientos a dos años superan el bono de 10 años, quiere decir que la confianza del

mercado está trastocada por completo, que se confiaba más en el largo plazo de la economía española que en el corto, que te veían colapsado, no ya contra las cuerdas, sino colapsado.

### Balance 2012

Eso es lo que hemos vivido en el año 2012 y ahora tenemos los mercados abiertos y la confianza en nuestra economía se ha recobrado. Igual que en los noventa, cuando nos ganamos la confianza en el trayecto de Maastricht por el cumplimiento de los objetivos de estabilidad económica. ¿Qué era Maastricht? Maastricht eran y son unos principios que asientan la estabilidad del euro. Maastricht es como los Mandamientos de la Ley de Dios, que se resumen en dos: la estabilidad de precios y la estabilidad presupuestaria. Eso es Maastricht, eso es el euro y esa es la estabilidad económica. Si se cumplen esos preceptos, se está en una economía con estabilidad. Desde esa economía con estabilidad es como se gana la confianza de la inversión internacional. Es lo que nos está pasando ahora, esos dos elementos nuevos, la estabilidad de precios y el efecto del cambio de nuestra balanza de pagos, a una velocidad que ha sido vertiginosa, de modo que en lugar de necesitar tomar más deuda externa estamos amortizando, pagando, parte de esa deuda externa. Y eso se ve claramente en los datos de endeudamiento del Banco de España, en el primer trimestre del año 2013 hay una reducción de la posición de deuda del sector privado de la economía española, son unos 30.000 millones de euros, modesta, ojalá fuera más rápido, pero el sector privado está pagando esa deuda. Y seguimos teniendo el incremento de deuda pública, que también hemos de detener y tarea que también estamos haciendo a través de la reducción del déficit público.

### Ajuste de las administraciones públicas

Y ¿qué ha ocurrido en el año 2012 para que esa posición financiera de España frente al resto del mundo haya tenido esta mejora? (1). Pues lo que ha ocurrido técnicamente es que, junto al sector privado de la economía española —familias y empresas que estaba ya desde prácticamente el año 2011, 2010, con superávit frente al resto del mundo, equivalente a 5 o 6 pun-

tos de nuestro Producto Interior Bruto—, también ha colaborado el otro gran agente de la economía, el sector público. Al hacer el ajuste presupuestario que hemos hecho en el sector público, que equivale a 2 puntos porcentuales del Producto Interior Bruto en el componente estructural de ese ajuste presupuestario, se logra reducir la demanda de financiación por parte del sector público y del conjunto de la economía. Por cierto, este ajuste del sector público está incidiendo sobre la actividad económica del resto de agentes, porque, obviamente, toma los recursos del resto a través de los ingresos tributarios, y ejecuta gastos que tratan de ser lo más eficientes posibles, en términos de prestación de servicio público, y selectivos, en términos de tratar por lo menos de no entorpecer el crecimiento de nuestra economía. Por ello el saldo de la balanza por cuenta corriente voltea rápidamente y se sitúa en términos positivos. Ese es el saldo de esta ecuación que estamos viviendo, que es una ecuación exigente, en términos de ajuste presupuestario, de ajuste del conjunto de las administraciones públicas en nuestro país, del conjunto, porque somos un país, política y administrativamente, muy descentralizado, y por tanto tiene que ser cada una de las administraciones públicas las que hagan ese ajuste.

¿Qué ocurre con el conjunto si lo vemos diseccionado? Pues que las corporaciones locales en España, los ayuntamientos, están en práctico equilibrio, cerraron el año pasado en una décima y media, cifra provisional, ya veremos cuando enviemos a EUROS-TAT en septiembre los datos definitivos, cuando la Intervención General del Estado tenga y cierre todos los datos de los ocho mil cien ayuntamientos en España, pequeños ayuntamientos la inmensa mayoría, que estoy convencido de que están en equilibrio presupuestario real. Porque la implantación en España de la Ley de Estabilidad Presupuestaria, desde la primavera pasada, crea un marco institucional para que todos los administradores públicos reconduzcamos nuestra contabilidad hacia el equilibrio presupuestario. Y la operación de proveedores que realizamos el año pasado supuso tomar la deuda pendiente de esas administraciones y trasladarla a un crédito del que en los dos primeros años se pagan solamente los intereses, carencia de amortización del principal, lo que hace que el político a cargo de

esas administraciones ajuste su presupuesto de gasto al ingreso y dé un resultado positivo, en término de eliminación del déficit público.

Están, por un lado, las corporaciones locales que han dado un gran paso en nuestro país hacia ese equilibrio presupuestario, y ahora vamos a hacer una reforma de régimen local, donde se va a definir legalmente las competencias de esas administraciones locales y se va a trasladar las responsabilidades que esas administraciones locales estén ejerciendo hoy en la categoría de funciones impropias. Pero no es lo mismo hacer reformas de esta envergadura con equilibrio presupuestario que con profundos déficit. La situación es completamente diferente, es una reforma difícil, como se desprende de las declaraciones públicas al respecto —declaraciones que tienen un gran interés y que por supuesto hay que valorar—. Pero la situación es muy distinta, de hacer reformas en una situación de equilibrio presupuestario a hacerlas teniendo que cubrir un déficit o atender a nueva financiación.

Las comunidades autónomas, por otro lado, ¿qué han hecho en ese ajuste? Han reducido su déficit público con el que cerraron el año 2011, lo han reducido a la mitad, y han hecho, por tanto, una corrección de déficit público muy intenso. Tan intenso ha sido que tampoco estaba en ningún pronóstico, y ha habido informes de expertos que se han asombrado. Como siempre digo: dejen que ocurran las cosas, dejen que ocurran. Que no se hagan informes de expertos que lo que dicen es que es imposible que ocurra lo que ya está ocurriendo. Las cifras de déficit, el cierre del año 2012 es así. Lo escuchamos ahora en la discusión pública, interesante discusión pública en que se dice, yo he cumplido, he cumplido... Bueno, pues menos mal que has cumplido, no hemos hecho más que lo que tenemos que hacer, otros han cumplido menos, pero todos han bajado su déficit y eso es importante. Y todos tenemos que seguir bajando, todos tenemos que seguir bajando para ganar la credibilidad y la confianza, y volver a equilibrar las cuentas públicas de nuestro país. Este es el ajuste de las administraciones públicas que está colaborando a cambiar también tan rápidamente las condiciones financieras de la economía española.

### Situación de partida diferente

También quiero trasladarles un mensaje de confianza en el sentido siguiente, que es el punto de partida de lo que sería una recuperación económica en nuestro país, y otra vez vuelvo a hacer el uso de esta visión de la experiencia, pero que también están en nuestras cifras, en nuestras estadísticas básicas.

Hoy hay tres puntos en España que son diferenciales de las anteriores crisis de nuestra economía, el punto negativo ya lo he marcado suficientemente, la acumulación de deuda externa, y por tanto la única salida es recuperar la competitividad y la estabilidad de nuestra balanza de pagos, pero tenemos tres posiciones que son diferentes también para acometer una salida de la crisis económica.

La primera es nuestra renta per cápita, España tiene hoy, pese a la crisis que ha reducido nuestra renta per cápita, el doble prácticamente de renta per cápita que en el año 1995, cuando empezamos a cumplir, a entrar en la senda de la fundación del euro, de la convergencia, el doble prácticamente. Tenemos una renta per cápita del orden de veinticuatro mil trescientos euros, en un país cuya población ha crecido un 15%, un país que ha vivido un fenómeno inmigratorio importante. Pese a haber sido un país perjudicado por la crisis, tenemos un nivel de renta per cápita como nunca antes habíamos tenido en nuestra historia. Somos un país plenamente desarrollado de Europa; es verdad que somos un país en que esa renta per cápita está distribuida también muy desigualmente, y eso también debería ocuparnos a todos, y desde luego es preocupación del Gobierno de España el desequilibrio territorial de esa renta per cápita. No obstante hemos subido esa referencia, esa marca ha subido en todas las regiones de España, la renta per capita es el doble en la Comunidad de Madrid que la que teníamos en la mitad de los noventa; tenemos aquí distintos representantes de la Comunidad de Madrid cuya presencia también valoro y agradezco; el doble, también en Andalucía. Pero no hemos acertado las diferencias en casa, no hemos vivido el proceso de *catch-up* en casa, que es lo que nos debe ocupar también, y sobre todo a los que tenemos responsabilidad de orientar nuestros presupuestos públicos hacia lo que debe ser una recuperación eco-



nómica también equilibrada en términos de renta per cápita en nuestro país. Por tanto, primera diferencia respecto de otras crisis, la renta per cápita de nuestro país. En un país —insisto— que ha tenido un incremento de población, aunque ahora estamos bajando, del orden del 15%.

El segundo elemento diferencial es la posición de inversión directa de España frente al resto del mundo. Aunque tenemos una elevada deuda externa frente al resto del mundo también tenemos un hecho diferencial, que también debe ser una gran palanca de nuestro crecimiento económico en una economía globalizada: las empresas españolas tienen invertido en el resto del mundo casi la mitad de nuestro Producto Interior Bruto, un 46% de nuestro PIB. Es decir, buena parte de la deuda externa que ha tomado nuestro país se ha dedicado a invertir, por parte de nuestro sector empresarial, en el resto del mundo. Es una posición distinta, no es la balanza comercial que describía muy bien el profesor Requeijo, ni otro de sus componentes la balanza de servicios, es la inversión directa empresarial que es una situación también totalmente nueva. Para que nos hagamos una idea, en el año 1995 esa inversión empresarial en el exterior era equivalente a 6 puntos del Producto Interior Bruto, ahora estamos en 46 puntos de Producto Interior Bruto, entonces aquella inversión de 6 puntos la realizaban fundamentalmente empresas públicas en

el campo de las comunicaciones, de energía, y hoy lo hacen empresas completamente privadas y convertidas en multinacionales. Esto hace que también España sea líder, líder empresarial en el mundo en finanzas, en energía, en textil, en turismo, en empresas turísticas, en empresas gestoras de infraestructuras. Una situación que es nueva para nuestro país, y por tanto también es un referente.

También está la fuerza laboral de nuestro país, con toda la destrucción de puestos de trabajo, que ha sido la parte dramática, a la que tenemos que responder cuanto antes cambiando la evolución de nuestra economía para volver a esa creación de empleo. Pese a ello, hoy en España la fuerza laboral está incrementada en cuatro millones y medio de personas en relación con la mitad de los años noventa o en relación con la mitad de los años setenta. En la mitad de los años setenta, cuando yo era un joven economista que ya trabajaba como profesor en la Universidad Autónoma de Madrid —en donde hemos compartido todos estos planteamientos y la importancia de la estabilidad presupuestaria, también con profesores de Hacienda Pública que hoy no nos acompañan, pero que siempre van a estar con nosotros—, los que trabajábamos en España entonces, a mediados de los años setenta, al final del franquismo y comienzos de nuestra democracia, éramos el mismo número de personas que en el año 1995. La renta per cápita era la mitad que ahora, y la internacionalización de nuestra economía —ya lo he explicado suficientemente— no tiene nada que ver con lo que hoy es España integrada en Europa y abierta al mundo, con una presencia de inversión empresarial, que es también líder en muchos sectores de actividad económica.

### Mayores posibilidades de la economía española

Cuanto antes estemos volviendo a la recuperación económica, más rápida será la salida de esta crisis económica, y las bases para esa salida son muy diferentes del pasado. Esto es algo que tenemos también que trasladar —como hacía el decano del Colegio— a nuestros jóvenes. Frente a tantos mensajes que hoy se lanzan, que son lógicos en términos de preocupación, pero tan inexactos en términos del país, de la

sociedad donde viven, de la apertura de esa sociedad donde viven y de las posibilidades que ofrece. Los que hemos hecho el recorrido anterior sabemos las posibilidades que tenemos por delante. Y ese mensaje hay que trasladarlo a los jóvenes también, es el mensaje del esfuerzo, de que tienen que hacerlo con su propia capacidad, pero el mensaje también de que están insertos en un mundo totalmente diferente, en un país diferente, y en un país que estoy seguro que va a responder a la altura de las expectativas que esa juventud tiene depositada en este país. Solo faltaba que hayamos llegado hasta donde hemos llegado, en España y en Europa, para que asistiéramos a una generación perdida. Esto es absurdo, es intolerable absolutamente y perfectamente evitable. Por eso los discursos que vienen de Europa ahora son los discursos que tenían que haber venido ya antes, hay que financiar la pequeña y mediana empresa, hay que preocuparse esencialmente por el paro juvenil. Bienvenidos esos discursos, porque en efecto son esas las políticas con las que hay que responder, políticas de reformas estructurales de nuestra economía.

Lo que quiero es acabar diciéndoles que hay una puerta abierta, que no es el deseo, no es un deseo quimérico, sino que está basado en datos objetivos, que no siempre se reconocen en los titulares de la prensa. El déficit del Estado de abril, que precisamente se ha publicado en el día de hoy, ha llegado al 2,4 porque, como entidad, el Estado lo que hace son unas transferencias a otras entidades públicas; no es tan difícil de entender, bueno, hay que esforzarse hay que seguirlo un poquito. ¡Explíquese, ministro!, dicen. Me explico otra vez. No se confundan, la recaudación tributaria va razonablemente bien en este contexto recesivo, eso es muy importante, eso es ver la economía real. Ojalá fuera mejor pero va razonablemente bien.

El afloramiento de bases impositivas es impresionante, las consecuencias de la Declaración 720, derivada de la Ley Antifraude, se ha acercado a noventa mil millones de euros, prácticamente 9 puntos del Producto Interior Bruto, declarados por residentes fiscales en España. Esto es lo importante, es lo que está ocurriendo. ¿Alguien podía vaticinar que la aplicación de una Ley Antifraude iba a tener esas consecuencias? ¿Dónde están esos informes anticipatorios? Yo mismo me

sorprendí al ver esos datos de la Agencia Tributaria, al ver un afloramiento de esa magnitud hecho por residentes fiscales en nuestro país, que han declarado que tienen bienes y derechos en el extranjero equivalentes a casi 9 puntos del Producto Interior Bruto. ¿Esto qué quiere decir? Que la riqueza del país era mayor porque se están declarando bases imponibles superiores, quiere decir que tenemos unas posibilidades, eso sí, cumpliendo con nuestras leyes y nuestras obligaciones, con fidelidad y puntualidad. Son resultados formidables en términos sociales que indican lo que está significando el cambio social de nuestro país.

### Respuestas necesarias posibles

En definitiva, lo que quería decirles es que hay argumentos y elementos suficientes, siempre que como país sigamos haciendo reformas, siempre que esas reformas sean estructurales, enfocadas hacia ganar competitividad, siempre que esas reformas guarden los equilibrios sociales de nuestro país, la cohesión social es fundamental para salir de esta crisis. Eso, por supuesto, es lo que estamos haciendo cada uno de nosotros desde nuestra responsabilidad de Gobier-

no. Soy repetidor, ya he estado antes, vuelvo a estar ahora. Muchos me dicen que esta crisis es diferente, es más difícil. Tengo que decirles que sí, que es más difícil, más dura en términos de paro, pero que no tiene una naturaleza que no podamos explicar, y que por tanto no tiene ningún elemento al que no se pueda responder con las políticas económicas, y al que no podamos responder como sociedad.

Termino agradeciendo esta invitación, agradeciéndoles a todos ustedes su presencia. Es un honor el haber participado con tantos colegas, con tantos compañeros entre los que soy uno más. Hoy aquí, mañana allí, ya llevo un tiempo aquí —si me permiten la expresión— pero estaremos en el momento y en la circunstancia donde mejor podamos servir a España, este gran país que siempre te sorprende por su vitalidad, su capacidad y esa es, yo creo, la lección más importante que se deriva de este número de la revista, por el que quiero felicitar muy efusivamente al Colegio de Economistas de Madrid. Muchas gracias.

### NOTA

(1) Sin tener en cuenta el efecto de la ayuda al sector financiero.

## JOSÉ-LUIS SAMPEDRO: LA ECONOMÍA VOLÓ CON ÉXITO A LA NOVELA

**José-María Casado Raigón**

*Economista*

Después de una larga y fecunda vida, José-Luis Sampedro, economista, humanista y novelista, falleció en Madrid, mientras que, como ocurría todos los días, se sentaba a trabajar con la ayuda de su mujer, Olga Lucas.

En su casa de Cea Bermúdez en Madrid, unos días antes de su muerte, una comisión del Consejo General de Colegios de Economistas de España, encabezada por su presidente, le hicimos entrega de la Gran Cruz al Mérito en el Servicio de la Economía, que no había podido ir a recoger personalmente, por su ya delicado estado de salud, en el acto organizado al efecto por la citada corporación. Fue el último homenaje de los economistas españoles al maestro, al colega, al ejemplo y al cercano amigo, rebelde y solidario.

Antes de ese reconocimiento, en el libro *Economistas en el tiempo*, auspiciado también por la referida institución, con motivo de su cuarenta aniversario (1973-2013), tuve ocasión, como autor del mismo, de hacerle una larga entrevista junto al mar. Y hablamos *del mar y los peces*. En ella se recogen sus experiencias como economista académico, en una época convulsa en las aulas universitarias madrileñas, y algunas otras etapas de su vida, que corresponden a su entrada en el mundo de escritor, ensayista y observador social atento y privilegiado, en las que había ofrecido, ya en los años cincuenta, algunos apuntes de su gran vocación y calidad literarias. De esa temprana época es su conocida y excelente obra *El río que nos lleva* (Editorial



Aguilar, Madrid, 1957), que había trabajado —según me confesó— en los años cuarenta y cincuenta. No obstante, nunca dejó de ser, a lo largo de toda su fecunda vida, un economista con ventaja comparativa, por su gran tesón y rico bagaje personal.

De la larga y enjundiosa conversación que mantuvimos, entresaco en esta hora, que para el profesor de Economía y literato no hubo nunca un antes y un después en ambas facetas de su vida. Con su habitual tenacidad, comenzó diciendo que nos encontramos ya en el punto de liquidación del capitalismo, *se pongan como se pongan*. Los valores tradicionales de toda una cultura se han degenerado —añadía— y las ideas de libertad, justicia, dignidad, derecho internacional, etc., es decir, lo que era la base de la cultura europea, *está por los suelos*. Nos hallamos en un momento en el que la cuestión fundamental, ya no es tanto la crisis financiera, alimentaria o energética, sino que se trata de pasar a otra situación, con los problemas que hayan de afrontarse. Para Sampedro, lo esencial ahora es educarnos para un nuevo sistema. ¿Cómo puede ser ese otro mundo? En estos momentos, para el ilustre profesor, lo único que funciona es la ciencia, porque la religión está plantada en el siglo XVI, la economía habla de neoliberalismo con unos supuestos del siglo XVIII y la política parlamentaria está desacreditada, porque la democracia representativa no es, ciertamente, representativa, lo que podemos apreciar todos los días. ¿A qué conduce esto? Pensaba que

a un dominio científico, a un despotismo científico en un futuro inmediato. Más tarde —afirmaba—, no sé lo que dará de sí la ciencia, porque las transformaciones que se están introduciendo en todos los campos son imprevisibles.

Para Sampedro nos encontramos en un punto de liquidación, en un momento de cambio social profundo que va a requerir serias mudanzas, más allá de meras medidas paliativas o compensadoras. El problema ahora consiste en que el grado de comprensión de la sociedad, en general, y de sus gobernantes, en particular, conduce a todos a considerar que los cambios estructurales no tienen resultados visibles a corto plazo y, en consecuencia, piensan todos que es mejor orillarlos, priorizando medidas coyunturales que proporcionan efectos inmediatos, aunque entre retardos y ciclos, terminan por no tener ninguna eficacia.

Además, de nada o de poco sirve el análisis formal de la economía —a pesar de sus importantes avances—, si se excluye la estructura social y política vigente, amén de otros elementos, como el entorno físico y medioambiental. De hecho, opina el maestro, nos encontramos ante una multicrisis de naturaleza, no solamente económica, sino también de componentes morales, éticos e institucionales, que no podremos

superar mientras que sigamos permanentemente recurriendo a doctrinas económicas obsoletas, las cuales se encuentran en la base de nuestras decisiones y, en general, de nuestro actual modelo de comportamiento social y político.

Pensando siempre en Economía pero expresada en los últimos años en ilusiones literarias, afirmaba enfáticamente que estamos en un momento de cambio social profundo que llegará *quieran o no quieran*. La ciencia económica se encuentra en el camino hacia su propia renovación y los economistas, como deseaba Stanley Jevons, en sus *Principios de la Ciencia*, no deberían mirarse ni ser mirados como *criaturas de sangre fría privadas de los sentimientos ordinarios de la humanidad*. Algo así como lo que también afirmaba Joseph A. Schumpeter sobre el papel de los economistas que *revelan a la sociedad el sentido oculto de sus luchas*. Con todo, José L. Sampedro defendía que hay que hacer cosas con urgencia y lo importante está en qué hacer a continuación, y para ello hay que prepararse. Vamos —advertía— hacia un mundo diferente.

En su entrañable carta de disculpa por no poder asistir a la mencionada entrega de la merecida Gran Cruz al Mérito en el Servicio de la Economía, Sampedro decía: *Lamentablemente mi situación de salud actual requiere reposo absoluto...* Hasta siempre.



**CRISIS ECONÓMICAS  
EN ESPAÑA, 1300-2012.  
LECCIONES DE LA  
HISTORIA**

Francisco Comín y  
Mauro Hernández (Eds.)

Alianza editorial, S.A.

Madrid, 2013. 357 páginas

Afirma el libro en contraportada que *sobre la actual crisis económica han llegado a las librerías muchos títulos, pero muy pocos sobre las crisis previas*. Esto último, reconozcámoslo, hace que esta obra sea algo distinta y que, por lo tanto, no sea uno de tantas.

También en contraportada se nos dice que el libro aporta dos enfoques novedosos: el primero de ellos, es el de abordar la crisis desde una perspectiva histórica de varios siglos. El segundo, es el de estudiar las crisis económicas y financieras por sectores económicos, es decir —matizan los autores—, *los capítulos no analizan uno por uno los grandes episodios de las crisis económicas sino que estudian los momentos de crisis en cada sector*.

El libro se estructura en nueve capítulos anteceditos de una *Introducción* y finalizado por uno de *Conclusiones*, seguido de la oportuna *Bibliografía* y de los útiles *Índices analítico y onomástico*.

La *Introducción* es toda una declaración de intenciones. «Las crisis económicas en España: Una perspectiva histórica, 1300-2012», *trata de responder a preguntas del tipo: ¿qué son las crisis económicas?, ¿son todas iguales?, ¿por qué se producen?, ¿cuánto tiempo duran?, ¿cómo se sale de ellas?, ¿cuáles son sus consecuencias para las economías y las personas?* Para tal fin, cada uno de los capítulos, intentará dar respuesta a cada uno de estos interrogantes.

En el capítulo primero, «Crisis demográficas del pasado y problemas demográficos del presente», de Vicente Pérez Moreda y Fernando Collantes, se demuestra la *importancia de la demografía como factor condicionante del cambio económico*. Cada sociedad —afirman los autores— tiene sus crisis y la demografía condicionaba y condiciona la situación económica de cada momento pero —matizan— *no es el último ni el único factor determinante*.

El capítulo segundo habla «Del hambre a la abundancia. Las crisis agrarias» y sus autores son Ricardo Hernández y Vicente Pinilla. En él se recoge cómo las crisis agrarias han ido cambiando de modo sustancial desde el Antiguo Régimen hasta la actualidad. Estos cambios se explican por el tipo de instituciones preexistentes, las tecnologías disponibles y la propensión a la inserción internacional de la agricultura. En definitiva, las crisis económicas han sido un factor importante para explicar los cambios en el sector agrario español.

«Cinco cisnes negros (1). Grandes depresiones en la industrializa-

ción moderna y contemporánea, 1500-2012» es el título del tercer capítulo, escrito por los profesores Jordi Catalán y Alex Sánchez. Por esta líneas pasan las crisis de la gran depresión del seiscientos, 1580-1690, la del Antiguo Régimen, 1790-1830, la gran crisis de la primera globalización, 1884-1890, la calificada como mayor *depresión contemporánea* de 1931-1951 y la gran depresión del euro, 2001-2012... En este capítulo se define la crisis industrial como un periodo en que la capacidad productiva disponible ha sido infrutilizada. Las grandes depresiones tendieron a durar más en España que en las principales economías industriales. Unas veces ayudaron a potenciar el atraso peninsular. Otras, condujeron a cambios políticos de gran calado.

El capítulo cuarto se titula «¿Crisis comerciales en la historia de España? ¿Qué crisis?» y es obra de Hilario Casado Alonso y Antonio Tena-Junguito. En él se estudian siete crisis comerciales, entendiendo por estas —como definen los autores, en stricto sensu— *una caída brusca del comercio en relación con la producción, a medio o largo plazo, ocasionada como consecuencia de un shock externo contingente o de un cambio en las relaciones internacionales*.

Pablo Martín-Aceña y Pilar Nogue-Marco escriben el quinto capítulo, que lleva por título «Crisis bancarias en la historia de España. Del Antiguo Régimen a los orígenes del capitalismo moderno». Tan amplia tarea se aborda estudiando dos crisis bancarias, distintas en el tiempo, que tuvieron —a juicio de los autores— una incidencia profunda en la estructura y en el desarrollo del sistema financiero. La primera de ellas es la quiebra de la banca pública sevillana a finales

del siglo XVI y la segunda es la crisis bancaria de 1866.

En el capítulo sexto, uno de los coeditores, el profesor Francisco Comín, tratará los «Apuros, ahogos, arreglos y bancarrotas. Las crisis de la deuda pública, 1504-2012». Las crisis de la deuda pública —recuerda el autor— surgen cuando los impuestos recaudados por el Estado no pueden sostener sus cargas financieras. Estallan, y tal vez esta aquí la novedad de sus argumentos, *cuando los gobiernos adoptan medidas drásticas (ortodoxas o irresponsables) para reducir la magnitud de la deuda*. Es decir, el problema no es tanto el déficit como las soluciones que se adoptan. La historia de la Hacienda, —dice el profesor Comín—, *enseña que la solución a la crisis de la deuda consiste en reducir su volumen para que sea sostenible en relación con los recursos fiscales, lo que exige conseguir superávits para amortizarla*.

El capítulo séptimo se titula «Papel mojado. Crisis inflacionarias» y es obra de Elena Martínez-Ruiz. Tal vez la afirmación más sorprendente que realiza la autora, ajena a la creencia generalizada, es que *España no ha experimentado a lo largo de su historia las grandes crisis inflacionarias que se estudian en la literatura especializada*. Matiza esta afirmación defendiendo que, *los episodios de crisis... donde el crecimiento de los precios estaba marcadamente por encima de la tendencia del periodo, ..., no son casos extremos ni llamativos en el contexto internacional*.

El octavo capítulo, «Dinero fácil. Especulación, expectativas y burbujas en perspectiva histórica», está escrito por Juan E. Castañeda Fernández y Mauro Hernández. En este capítulo hay buenas noticias. Después de analizar diferentes burbujas en la Historia Económica

de España, los autores llegan a la conclusión de que *las burbujas son cosas de ricos en sociedades pobres y cosa de todos (asalariados y pensionistas incluidos) en las sociedades ricas*. De este modo, se concluye con que *nuestra burbuja última y la crisis en la que estamos sumidos son un indicio de modernidad económica y desarrollo*. Lo malo es que, *la cuestión, ahora, es si somos lo bastante ricos como para sobrevivir a sus consecuencias*.

«Las catastróficas secuelas de las guerras en los siglos XIX y XX», de Rafael Vallejo, es el título del noveno y penúltimo capítulo. Parece lógico que las guerras por las que paso España repercutieron en su desarrollo económico. Este capítulo intentará dar respuesta a preguntas como: ¿en qué guerras participó España en la era contemporánea?, ¿qué guerras repercutieron significativamente en su evolución económica?, ¿cuáles fueron las principales consecuencias de las contiendas más importantes?

Las lecciones y sugerencias de estos diferentes enfoques, desde el muy largo plazo y bajo la perspectiva sectorial, son muchas y muy variadas, pero los autores las sintetizan en once.

Primera, cada tiempo tuvo su crisis. Segundo, hay crisis y crisis. Tercero, las crisis son las parteras de las transformaciones económicas y políticas. Cuarta, las transformaciones causadas por las crisis no son positivas siempre ni para todo el mundo. Quinta, las crisis económicas nunca vienen solas. Sexta, a medida que aumenta el grado de desarrollo, el sector financiero va desempeñando un papel cada vez mayor en la generación y difusión de las crisis y llega a ser clave en el siglo XX. Séptima, la apertura económica al exterior tiene más ventajas que inconvenientes. Octava,

el papel del Estado en las depresiones económicas, tanto en su génesis como en su solución, crece a la par que el grado de desarrollo. Novena, en la historia de España las crisis marcan dos puntos de inflexión que desbordan las cronologías más habituales (el primero a mediados del siglo XIX, separando las crisis preindustriales del comienzo de las crisis modernas, y el segundo, a mediados del siglo XX dando fin a la fase de transición en aras de una nueva crisis económica plenamente moderna y capitalista). Décima, las crisis discriminan a las personas, porque se sufren de forma desigual según la riqueza, la posición social y el género. Undécima, las grandes crisis económicas nunca son solo económicas.

En definitiva, el libro nos enseña que no hay nada nuevo bajo el sol, desde que este marca los años en el planeta tierra. Como dicen los autores, *una análisis histórico de la crisis es un requisito indispensable para entender la de nuestros días*. Enseñanzas del pasado que ojalá sirvan como lecciones de futuro y prácticas de presente, para salir cuanto antes de este Averno.

**José Antonio Negrín de la Peña**  
*Universidad de Castilla-La Mancha*

#### NOTA

- (1) Nicolas Taleb ha acuñado el concepto Cisne Negro para referirse a un suceso altamente improbable, de intensidad extrema y cuya ocurrencia lo transforma, a posterior, en un hecho predecible y explicable (pág. 83 citando a Taleb, N. N. (2007): *The Black Swann. The Impact of the Highly Improbable*, Nueva York, Radom House).



**EL NUEVO  
EMPRENDEDOR  
SOCIALMENTE  
RESPONSABLE**

**Lucio A. Muñoz**

Editorial EUNSA

Navarra, 2012. 240 páginas

En estos tiempos en los que el autoempleo y el emprendimiento cobran un especial protagonismo, no es menos cierto que el modo de afrontar el reto de la creación de una empresa no debe ser un aspecto baladí a la hora de establecer los cimientos para acometer tan importante misión.

El libro aparece como una necesaria referencia para todos aquellos emprendedores que deseen impulsar el desarrollo de su idea de negocio, pero desde una perspectiva mucho más completa que la mera búsqueda del beneficio económico. Lo que se plantea es dar un paso más allá y posicionarse en un modelo socialmente responsable, en el que además de buscar la lícita ganancia, se tenga en cuenta al resto

de agentes, tanto internos como externos al entorno de la empresa, y que participan de alguna manera en la dinámica de la compañía.

Dieciocho capítulos componen la estructura del libro, aunque una tercera parte de los casi dos centenares y medio de páginas que conforman el texto pertenecen al último de ellos, donde se disecciona el entorno actual en el que se ubican los agentes económicos protagonistas principales en este escenario.

Con un lenguaje claro, directo y sin cortapisas, Lucio Muñoz, experto en responsabilidad social, desarrolla sus ideas en propuestas sólidamente estructuradas, traducíendolas en la necesaria implantación dentro de las estrategias de las propias organizaciones, bajo la actuación de determinados valores sociales, que no impiden la compatibilidad entre conseguir consolidar una empresa competitiva a la vez que solidaria. Todo ello sin olvidar la consecución de objetivos de rentabilidad económica, donde multitud de ejemplos de experiencias empresariales reales sirven para afianzar las demostraciones de que merece la pena apostar por un modelo de negocio diferente, basado en el respeto al desarrollo profesional y personal de los actores implicados y al medio ambiente.

Las primeras secciones tratan de asentar los dos pilares que todo emprendedor debería solidificar. Por un lado, la pasión por el negocio y su propio desarrollo personal unidos al unísono. De otra parte, el propio proyecto empresarial. Ambos deben ir de la mano formando una misma esencia para que el objetivo esté abocado al éxito.

Una vez embarcado en la aventura empresarial, el emprendedor socialmente responsable debe tener en cuenta la adecuada gestión de las personas, factor crítico para que

el resto de recursos a emplear en los procesos productivos se pueda optimizar, fomentando la calidad directiva, implementando políticas de recursos humanos que no deambulen secuestradas por el momento del ciclo económico en el que se halle la coyuntura.

Al zambullirse de lleno en los elementos claves de la responsabilidad social y la ética en las organizaciones, las ideas sobre las que gira la argumentación critican a las empresas que utilizan este concepto como mero instrumento de *marketing* social, cuando en realidad es una herramienta que afecta positivamente a la rentabilidad de la compañía plasmándose en su cuenta de resultados, de modo que se logre un posicionamiento social bajo una ajustada planificación, garantía de un crecimiento sostenible en el tiempo.

Pero la efectiva implantación de esta cultura empresarial no será posible sin la existencia real de un liderazgo socialmente responsable y corporativo, basado en la sólida convicción de sus dirigentes de que sus actuaciones deben estar alejadas de los denominados *contralideres*, aquellos en los que el ansiado *bonus* o la especulación para conseguir ganancias en el corto plazo, aun en contra de los intereses generales de la empresa, son el *modus operandi*. Estas premisas son válidas si se extrapolan, con sus peculiaridades, a la empresa familiar, donde la dualidad entre la psicología humana y la gestión cobra especial importancia, esencialmente en los procesos de sucesión. Las ventajas de una empresa familiar frente a una no familiar afloran en aquellas en las que la gestión está enfocada a la responsabilidad social adaptada a los avatares a los que se deba enfrentar en este mundo globalizado.

Para conseguirlo, el autor aboga por reclamar a los poderes públicos que sean los garantes del empuje necesario para que se creen las condiciones necesarias, con el fin de sembrar la semilla que pueda germinar en la creación y supervivencia de nuevas empresas. Para ello propone disminuir la estructura burocrática, flexibilizar el mercado laboral y el regulatorio, así como impulsar la unidad de mercado y la seguridad jurídica, sin dejar de lado la necesaria reforma que acabe con la cultura de la subvención, a la par que erradicar el lastre de la corrupción política.

Ante la angustiada situación al crédito bancario a la que se enfrentan las empresas, principalmente las Pymes, se plantean diversas opciones para captar recursos financieros, tales como capital riesgo, *business angels*, *family office* o el mercado alternativo bursátil (MAB).

La optimización de costes, que no significa reducción de costes sin más, aparece como uno de los requisitos para que las empresas, frente a las dificultades existentes, sean capaces de aprovechar los momentos de mayores limitaciones en los mercados para innovar en ideas y aplicarlas para conseguir mejores resultados o resultados menos perniciosos.

Pero nada de las premisas que están plasmadas en este libro tendrían sentido alguno si no se atendiera de manera cuidadosa a la parte de la comunicación de la empresa, tanto desde su perspectiva externa como de la óptica interna, tan poco preservada en muchas organizaciones. Esa comunicación debería estar íntimamente ligada al *marketing* de la empresa, pero desde una perspectiva más emocional, con la finalidad de generar un verdadero valor añadido al cliente. Sin olvidar que en la época actual es impensable

realizar estrategias emprendedoras ajenas a las redes sociales, donde el posicionamiento permitirá que el nuevo proyecto rivalice en igualdad de condiciones con el resto de competidores. Las Pymes no deben tener excusas para no acometer esta aspiración, pudiendo seguir el decálogo que se propone en el correspondiente capítulo.

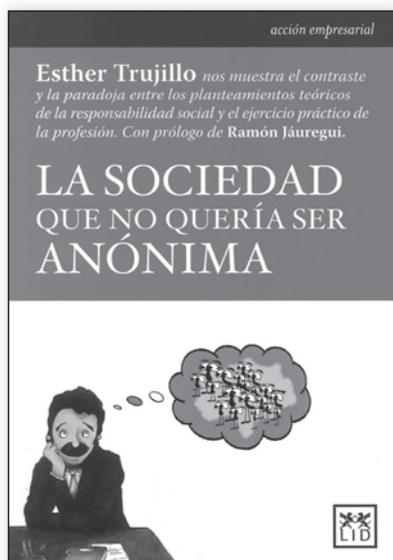
Tampoco el cliente escapa a las consideraciones sobre la responsabilidad social, ya que es parte integrante del elenco de actores que componen la obra del devenir empresarial, así como la importancia de la internacionalización con la implicación que ello conlleva de diversificar mercados, minimizando riesgos. Y si hay que unirse a otras empresas mediante la fusión o adquisición, lo más importante es identificar sinergias que establezcan alianzas estratégicas capaces de promover nuevas actividades comerciales.

El último capítulo y más extenso, gira alrededor del entorno en que confluye la realidad de los responsables económicos, sociales y políticos. Es en este amplio bloque donde se defiende la necesidad de que se produzca una regeneración política que abarque a la propia administración pública, mediante su ineludible modernización, y que, como buque insignia de ese cambio, se actúe sobre la base de la pirámide, que no es otra que el modelo educativo. Sin este requisito, la sociedad continuará a la deriva y no habrá posibilidades de encauzar el rumbo.

Las empresas de este siglo XXI deben comenzar a ubicarse bajo paradigmas bien diferentes a los actuales, mostrando una responsabilidad con la sociedad en la que desarrolla sus cometidos empresariales y buscando, por tanto, el equilibrio con las personas y con su entorno,

tanto corporativo como ambiental, de modo que no solo se genere un valor añadido económico, sino que se amplíe a los aspectos sociales, basados en unos valores éticos tan necesarios en estos tiempos de zozobra. El mensaje que el lector recibirá con la lectura de este libro está basado en la valentía de actuación que debe promover una visión novedosa de las relaciones empresariales, donde prevalezca el humanismo, bajo un enfoque sostenible y flexible que permita los cambios necesarios para un crecimiento verdaderamente armónico, potenciando con obras el bienestar de la sociedad en su conjunto, para que de este modo se avance en una economía más justa y solidaria. Ningún emprendedor que se asome con interés a estas páginas podrá dejar de saber que es posible construir un nuevo sistema económico-social más equilibrado y más humano, objetivos últimos de la obra. Además, la gran contribución y el valor diferencial que aportan las reflexiones vertidas es la de no circunscribir los planteamientos, como suele ser habitual, a las grandes empresas, sino que se trasladan como válidas a uno de los sectores que tendrán un aportación fundamental en el futuro más inmediato, las Pymes.

**Jesús Domínguez Rojas**  
*Universidad Autónoma de Madrid*



**LA SOCIEDAD QUE  
NO QUERÍA SER  
ANÓNIMA**

Esther Trujillo

Editorial LID

Madrid, 2013. 215 páginas

Cuando las empresas deciden dar un salto cualitativo para afrontar su futuro a largo plazo, mediante una planificación adecuada de su propia organización y, por ende, de su relación con todos aquellos elementos, tanto humanos como de su entorno, con los que interrelaciona su actividad, se involucra en la esencia de la conocida como responsabilidad social. En ese momento, la sociedad deja de supeditarse al anonimato de su propia gestión para abarcar todo aquello que genera valor añadido a los agentes que intervienen en sus procesos productivos.

El libro presenta un compendio de los principios cardinales en los que se debe basar toda política de implantación de una verdadera responsabilidad social corporativa

dentro de todos los ámbitos de la empresa. El relato emerge con una mezcla de marco teórico, más ortodoxo, y una narración novelada, basada en las experiencias relatadas bajo el protagonismo de Amaro, el personaje principal de la obra. Este combinado tiene mucho que ver, en palabras de la autora, con la intención de provocar reacciones en el lector tendentes a dejar meridianamente claros los conceptos y las pautas que hay que aplicar para avanzar y posteriormente consolidar, de una forma inequívoca, que las empresas se comporten de un modo íntegro, siendo cada vez más conscientes del impacto que su actividad origina.

Para todo ello, Esther Trujillo, reputada experta y premiada por la Fundación Alares a la mejor directiva de Responsabilidad Social en el año 2012, propone un texto divulgativo que, en sus poco más de dos centenares de páginas, traslada al lector, en diez grandes bloques, los argumentos teórico-prácticos necesarios para la inserción de una apropiada gestión en el establecimiento de este aspecto tan capital y tantas veces denostado. El lenguaje empleado es directo, evitando los planteamientos políticamente correctos, para dar paso a un posicionamiento perceptiblemente palmario en sus argumentaciones, utilizando un humor sutil con tintes irónicos en algunas ocasiones. Además, el lector apreciará un vínculo directo con la autora, gracias a que se dirige a él en primera persona.

Ya en el capítulo primero, donde se muestra la razón de ser de esta participativa visión empresarial, se plantean ocho soluciones estratégicas que conforman la estructura fundamental a la hora de solidificar los cimientos sobre los que se ha de edificar el armazón de este paradigma empresarial, transfiriendo

esta manera de actuación a todas las personas que pertenecen a cualquiera de los estamentos de la organización, a la par que integrando dos pilares que deben ir al unísono y que no son otros que la responsabilidad social y la estrategia.

Una de las claves para triunfar y sobreponerse a los muchos frentes que van a aparecer en el camino, es la de tener conciencia de enfocarse resolutivamente a la acción, asumiendo la toma de determinadas decisiones que deben encaminarse a tener en cuenta todos los factores que puedan contribuir a conseguir conocer dónde se encuentra la empresa en los aspectos esenciales en los que se desea avanzar. Sin olvidar nunca lo que se define, con inteligencia, en estas páginas como la *perversidad social corporativa*, fruto de la mezcla de las propias limitaciones y de los descontentos generados en los que no van a ser capaces de ver lo que se hace pero sí van a poner su foco de atención en lo que no se consigue.

La responsabilidad social no debe consistir en mirar hacia fuera, sino que hay que ser consecuente con las premisas que la marcan y generar valor añadido hacia el interior de la organización. Aparece así el gran reto de conseguir sumar complejidades internas, donde habrá que lidiar con las suspicacias de los responsables de otros departamentos, que pueden atisbar intromisión en sus propias competencias o temor por un sentimiento de amenaza frente a una nueva realidad. Las recomendaciones para superar esta situación son expuestas de manera directa, concisa y, al igual que en el resto del libro, con argumentaciones sólidas y en algunos casos trasgresoras por innovadoras.

No hay que olvidar las implicaciones que la puesta en marcha de la responsabilidad social irradia hacia

el exterior. Por lo tanto habrá que tener muy en cuenta a los *stakeholders* o grupos de interés existentes alrededor de cualquier compañía. Las relaciones entre las partes han de basarse en la legitimidad como objetivo compartido y la interdependencia o toma de conciencia conjunta.

Practicar la *diplomacia corporativa*, así como la humildad corporativa, supondrá generar sinergias entre los diferentes grupos, fundamento sobre el que asentar las bases de un correcto intercambio de información, donde el respeto y la confianza mutua entre las partes deben ser el *leitmotiv* donde se asiente la normalización de relaciones entre los distintos intereses.

Una apropiada gestión de la comunicación será primordial a la hora de contar al resto de agentes los efectos que la implantación de la responsabilidad social puede implicarles. Para ello hay que conocer y decidir sobre el qué comunicar, cómo hacerlo, elegir cuándo es el momento más oportuno y ser conscientes de dónde se está comunicando, para tener la precaución de tener en cuenta a todos los grupos que participan de alguna manera en este nuevo sistema.

Uno de los factores que favorecerán las posibilidades de arribar a buen puerto es saber rodearse de un equipo en el que sus integrantes puedan aportar aspectos complementarios entre sí. Para conseguirlo, además de la imprescindible cualificación técnico-académica, los componentes del grupo deberán poseer unas habilidades personales que se muestran en forma de decálogo y que encierran de manera global los requisitos óptimos para el desempeño de tan compleja labor.

Y como no todo lo que reluce es oro, también hay sitio para las si-

tuaciones difíciles, principalmente cuando aparecen problemas que afecten a la imagen. Es en estos momentos cuando la responsabilidad social, en su vertiente de transparencia, cobra su punto álgido, convirtiéndose en baluarte anticrisis. En consonancia, se ofrece un elenco de herramientas, útiles para minorar el perjuicio al que se pueda enfrentar la empresa.

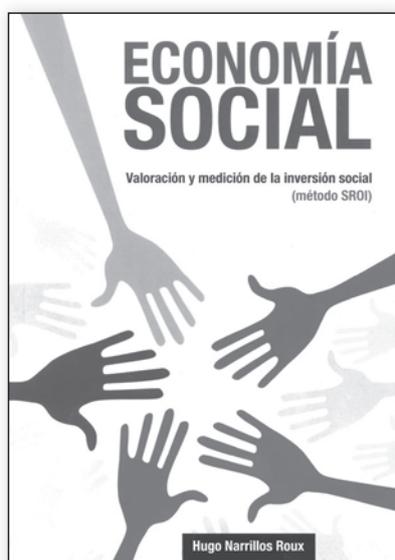
Independientemente de las bondades que puedan emanar de la responsabilidad social corporativa, hay una realidad que debe existir como consecuencia de la misma, y que no es otra que la medición que en los resultados perceptibles de la empresa debe generar. No es algo sencillo, puesto que se trata de elementos intangibles, ya que la reputación corporativa de una empresa no tiene una forma de medición suficientemente objetiva, y es por ello necesario continuar avanzando en la mejora de la metodología que se emplea para medir los indicadores que deben verificar esa importante función.

Es en la última sección donde se resume la esencia de cómo desarrollar las fases para el establecimiento de la responsabilidad social. Desde los estadios primigenios, pasando por las recomendaciones una vez superada la primera fase de reflexión y aprendizaje, hasta la concreción en propuestas específicas, para comunicar de manera participativa a los distintos responsables de impulsar esta nueva forma de hacer empresa.

Se trata, en definitiva, de una obra que potencia todas las condiciones esenciales que se deben poner en marcha para abordar, con garantía de éxito, la implantación de los mecanismos que aseguren en la empresa una consecuente política de responsabilidad social corporativa. Sin duda, cualquier directivo

que deba enfrentarse a la no siempre grata y reconocida labor de instaurar estas nuevas directrices, debe estudiar con mucho detenimiento este manual que ahora se presenta y que, con toda seguridad, será el comienzo de una serie de publicaciones en la que la autora continuará contribuyendo, con sus vastos conocimientos y su excelente sentido divulgativo, a fomentar las prácticas que susciten una conciencia efectiva para lograr un mundo más justo, respetuoso con las personas y el medio ambiente y socialmente más comprometido. Amaro, con su particular vivencia, es capaz de enseñar, más allá de la teoría, tanto las dificultades en el día a día como las grandes satisfacciones producidas por los logros, siendo ambas las dos caras de la misma moneda con las que, indudablemente, se encontrarán aquellos que se asomen a esta fascinante aventura de la responsabilidad social corporativa.

Jesús Domínguez Rojas  
*Universidad Autónoma de Madrid*



**ECONOMÍA SOCIAL.  
VALORACIÓN Y  
MEDICIÓN DE LA  
INVERSIÓN SOCIAL  
(MÉTODO SROI)**

Hugo Narrillos Roux

Ecobook

Madrid, 2012. 148 páginas

El principal problema que encaran las entidades no lucrativas (ENL) es, casi siempre, la búsqueda y captación del dinero donado altruistamente por los individuos o instituciones. Ello depende, entre otras cosas, de la situación económica imperante porque en una recesión fluirá poco dinero hacia las ENL, mientras que la tendencia se invertirá cuando la economía se expanda.

En cualquier caso, el dinero es escaso y las ENL muchas, así que la lucha entre ellas por atraer el dinero altruista es muy fuerte. Visto desde el otro lado, los que tienen recursos financieros para dar a una ENL se plantean, o deberían hacerlo, dónde es más útil su dinero, dónde será

mejor aprovechado, dónde tendrá un mayor impacto social, es decir, qué ENL promete generar un mayor rendimiento social. Ahora bien, no es fácil medir dicho rendimiento, tanto en sí mismo como por la variedad de ENL existentes.

Pues bien, este fue el objetivo que se marcó hace ya bastantes años Hugo Narrillos y cuya solución ha plasmado en este libro. No ha sido un camino fácil porque es muy difícil cuantificar la mayoría de los datos necesarios —muchos de ellos cualitativos— y, sin embargo, debe hacerse para poder realizar las comparaciones entre los rendimientos sociales de las ENL. Además, ser uno de los pioneros en este campo conlleva trabajar en solitario y sin red, es decir, sin bibliografía o sin estudios previos serios sobre el tema que vayan marcando el camino. Pero Hugo al final ha conseguido realizar una aportación muy importante al mundo de las prestaciones sociales.

Puede parecer contradictorio utilizar un método proveniente del mundo financiero, como es el SROI (rendimiento social sobre la inversión), para medir la rentabilidad de las inversiones de tipo social. ¿Por qué hay que *rentabilizar* el dinero donado para dichas prestaciones? Pues por dos motivos. El primero, ya lo hemos mencionado, porque los recursos son escasos y es una forma de atraerlo hacia las ENL más eficientes, socialmente hablando. El segundo, porque los encargados de emplear ese dinero para las ayudas sociales son personas, no robots, y, por tanto, sujetas a debilidades, eso que los financieros denominamos *costes de agencia*, y que pueden estar tentadas, en mayor o menor medida, a desviarse de su objetivo: maximizar el valor social de su ENL, en provecho propio. Por ello una ENL que

disponga de un alto SROI acabará ejerciendo un efecto llamada sobre el dinero altruista mientras que las que lo tengan bajo, no solo les costará conseguirlo, sino incluso verán cómo huye de ellas.

Pero conocer la rentabilidad social de una inversión no es algo exclusivo de las ENL sino que cualquier empresa puede, no solo querer conocer dicho rendimiento, sino también publicitarlo de cara a demostrar a la sociedad y a sus dirigentes que además de ganar dinero también produce un beneficio social, algo que en muchos casos hará preferible su proyecto en comparación con los de los competidores si estos no aportan un valor social equivalente.

Es verdad que este tipo de medidas del rendimiento social es poco conocido pero precisamente por ello el libro que ha escrito Hugo Narrillos resulta tan interesante de cara a su conocimiento y para la mejora de la gestión de las ENL así como de las empresas en general.

Los dos capítulos iniciales introducen al lector en el contexto del valor social y su medición. El valor combinado y su relación con los grupos de interés existentes en toda organización dan pie a introducirnos en cómo realizar la medición del valor social y en el uso del rendimiento social de la inversión (SROI) como el instrumento adecuado de medida a utilizar. El capítulo segundo se dedica a analizar las inversiones sociales, en qué consisten, cómo se financian, a quién van dirigidas, etcétera. Es preciso señalar que la inversión social no es privativa de las ENL sino que toda inversión productiva tiene un componente social que también se puede medir y que, a igualdad de rendimiento económico-financiero, puede hacer preferible un proyecto a los demás.

La forma de medir el valor social tanto en las organizaciones que persiguen un beneficio como en las no lucrativas es el cometido del tercer capítulo. En el que además se explicita cómo difundir dicho valor para que todos los grupos de interés lo conozcan y tomen sus decisiones en consecuencia.

El capítulo cuarto se dedica a explicar de forma detallada los principios y etapas para estimar el rendimiento social de la inversión o SROI sin olvidarse de sus limitaciones. Evidentemente este capítulo es el corazón del trabajo de Hugo Narrillos, que dedica el capítulo siguiente a exponer un ejemplo de aplicación de dicha metodología.

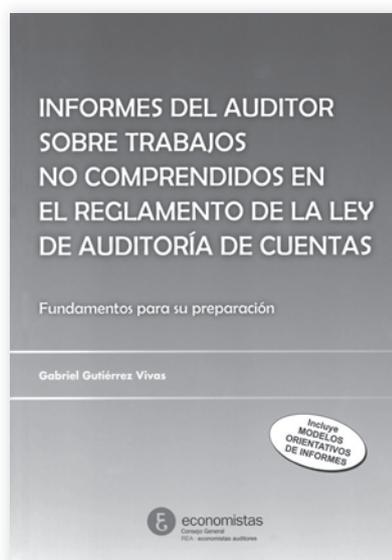
Que el valor social es importante y que el método SROI es algo más que una fórmula de cálculo se demuestra en el capítulo sexto donde se muestran las iniciativas llevadas a cabo en el Reino Unido que trascienden más allá de la simple medición de dicho valor.

Por último, en el capítulo séptimo, el autor, además de mostrar los usos principales del SROI, realiza una serie de propuestas sobre su aplicación.

**Juan Mascareñas Pérez-Íñigo**  
*Universidad Complutense de Madrid*

#### NOTA

Este libro ha sido presentado en el Colegio de Economistas de Madrid en un acto público celebrado el 20 de febrero de 2013, en el que intervinieron, junto al autor, Juan E. Iranzo, decano-presidente del Colegio; Juan Mascareñas Pérez-Íñigo, Catedrático de Economía Financiera, UCM; y José Sevilla Álvarez, director general de Presidencia de Bankia.



### INFORMES DEL AUDITOR SOBRE TRABAJOS NO COMPRENDIDOS EN EL REGLAMENTO DE LA LEY DE AUDITORÍA DE CUENTAS

Gabriel Gutiérrez Vivas

Consejo General de Colegios de Economistas

Madrid, 2013. 747 páginas

Aunque la principal misión del auditor de cuentas es la verificación de cuentas anuales, emitiendo un informe de auditoría donde expresa su opinión acerca de si las mismas representan la imagen fiel de la situación y la actividad de la entidad auditada, la normativa de carácter societario y la que, desde diferentes orígenes, tiene como factor común el control de ciertos actos empresariales, ha venido exigiendo la intervención de auditores para la obtención y posterior reflejo de la evidencia obtenida en otros informes especiales.

Por ejemplo, la propia Ley de Sociedades de Capital (y sus predecesoras relativas al régimen jurídico de sociedades anónimas o limitadas) hace obligatorio el informe del auditor en ocasiones tales como la conversión de los créditos en capital o la valoración de acciones o participaciones en caso de desacuerdo entre las partes, en caso de que se encuentre limitada la transmisibilidad de los títulos.

En concreto, los trabajos encomendados a los auditores de cuentas, aparte de la auditoría en sí, pueden clasificarse en tres categorías:

- Trabajos que, sin tener la consideración de auditoría de cuentas, están atribuidos por disposiciones legales a los auditores, como por ejemplo los descritos en el párrafo anterior.
- Trabajos realizados sobre cuentas anuales o sobre registros contables, así como sobre otros estados financieros o documentos contables, consistentes en la comprobación específica de hechos concretos, en la emisión de certificaciones o en la revisión o aplicación de procedimientos con un alcance limitado.
- Trabajos de auditoría sobre cuentas anuales u otros estados financieros o documentos contables de entidades que forman parte del sector público, y se encuentran legalmente atribuidos a los órganos públicos de control en el ejercicio de sus competencias y aplicación de sus normas específicas, así como trabajos de colaboración que pudieran realizar los auditores de cuentas.

De esta forma el auditor de cuentas ve complementada su misión con cometidos en los que su especialidad y pericia pueden resultar de utilidad a las sociedades, limitando eso sí su actuación cuando la concurrencia de funciones pudiera resultar perjudicial para su indepen-

dencia: así quien audita no puede a la vez valorar, porque podría incurrir en riesgo de autorrevisión que comprometería su opinión como auditor o como evaluador.

Puesto que no son trabajos de auditoría de cuentas, la supervisión y control técnico de los mismos no está encomendado al Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas (ICAC), sino a otras instancias administrativas o judiciales, según quien sea el sujeto que las haya encargado. Aunque no tienen, como se ha dicho, desarrollo reglamentario, el Reglamento de la Ley de Auditoría de Cuentas (aprobado por Real Decreto 1517/2011, de 31 de octubre) prevé la sujeción de dichos trabajos especiales a las guías aprobadas conjuntamente por las corporaciones de auditores, de acuerdo con el mismo procedimiento que el diseñado para las normas de auditoría. Desafortunadamente, estas guías son escasas y además están desfasadas, lo que hace más interesante la consulta de textos donde se encuentren tratados estos encargos.

La recopilación de todas estas situaciones en las que la ley ha exigido o permitido que un auditor emita un informe especial, distinto del de auditoría, es la labor del extenso volumen escrito por Gabriel Gutiérrez, conocedor en detalle de estas circunstancias, así como de los procedimientos que debe seguir el auditor para abordarlas y los detalles que deben quedar reflejados en su informe.

Es innegable la utilidad de un volumen como el presente, por cuanto el tratamiento de estas situaciones a menudo no está contemplado en la normativa, que se limita no pocas veces a consagrar la presencia del profesional de la auditoría y a requerir un informe, sin explicar nada acerca de procedimientos a

seguir, papeles de trabajo o redacción del texto del informe en sí. Por esta razón el libro es, en primer lugar, práctico, y en segundo lugar, explicativo.

Comencemos por el primer apelativo: el libro es práctico porque se dirige a lo esencial de cada posible encargo, señalando los antecedentes legales que le dan existencia y fijan su función, describiendo las normas que inciden en el mismo, incluyendo hasta las respuestas a consultas que el ICAC haya elaborado en los últimos veinticinco años, identificando los puntos esenciales del trabajo del auditor y sugiriendo el contenido del informe que debe elaborar como resultado de su trabajo.

Pero además es explicativo, porque el auditor encuentra, resumido y sistematizado, todo el marco legal a considerar, las revisiones a realizar y los problemas con los que puede encontrarse, y todo ello siguiendo una sistemática que se repite en todos los posibles casos de intervención, con lo que el manejo resulta sencillo.

La obra está prologada por Valentí Pich Rosell y Carlos Puig de Travé, presidente del Consejo General de Colegios de Economistas de España y presidente del Registro de Economistas Auditores-CGCEE, respectivamente. En el prólogo explican la utilidad del libro para abordar trabajos que una buena parte de los auditores de cuentas realizan y, desde su dilatada experiencia como profesionales de la auditoría, lo recomiendan como guía orientativa. Es preciso felicitar al Consejo General de Economistas (y al REA) por la iniciativa, que redundará en beneficio de los profesionales de la economía.

Este aspecto también es destacable. Algunos de los cometidos que se describen no afectan solo a los

auditores, sino a todo aquel profesional de la economía que se vea en la obligación de realizar un trabajo como los descritos, que en ocasiones deben abordarse por auditores de forma obligada, pero en otros casos pueden ser realizados por economistas con otras especialidades, o bien por expertos contables no auditores.

En definitiva, se trata de un libro recomendable porque es práctico, que el profesional tendrá entre los de consulta obligada cuando se le presenten los encargos de revisión, certificación, verificación o valoración que constituyen el índice. Como Gabriel Gutiérrez ha hecho con otras obras, será interesante que esta vea publicadas actualizaciones periódicas, para que la utilidad que se ha demostrado tenga continuidad.

**José A. Gonzalo Angulo**  
*Universidad de Alcalá.*







# ECONOMISTAS

COLEGIO DE  
MADRID

13 euros

[www.revistaeconomistas.com](http://www.revistaeconomistas.com)