

LA ECONOMÍA, LA INNOVACIÓN Y EL FUTURO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Félix Lobo



LA ECONOMÍA, LA INNOVACIÓN Y EL FUTURO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Félix Lobo

Funcas

PATRONATO

ISIDRO FAINÉ CASAS
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN
FERNANDO CONLLEDO LANTERO
MIGUEL ÁNGEL ESCOTET ÁLVAREZ
AMADO FRANCO LAHOZ
MANUEL MENÉNDEZ MENÉNDEZ
PEDRO ANTONIO MERINO GARCÍA
ANTONIO PULIDO GUTIÉRREZ
VÍCTORIO VALLE SÁNCHEZ
GREGORIO VILLALABEITIA GALARRAGA

DIRECTOR GENERAL

CARLOS OCAÑA PÉREZ DE TUDELA

Impreso en España
Edita: Funcas
Caballero de Gracia, 28, 28013 - Madrid

© Funcas

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISBN: 978-84-15722-67-0
ISBN: 978-84-15722-68-7
Depósito legal: M-15324-2017
Imprime: Cecabank

A la memoria imperecedera de Ernest Lluch, catedrático de Historia de las Doctrinas Económicas, gran intelectual, político reformador de la sanidad española, ministro y amigo. En el dieciséis aniversario de su asesinato por ETA, que ya es Historia, amarga, pero Historia al fin.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la colaboración prestada para la realización de este libro a tres entusiastas ayudantes de investigación: Carlos Betancur y Celia Muñoz (antiguos alumnos del Máster de Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado, Fármaco-Economía) y Alberto Martín Cedillo (alumno del Máster de Economía Industrial y Mercados de la Universidad Carlos III de Madrid). Mi agradecimiento también a Pablo Manzanares que preparó los gráficos con gran destreza.

Mi deuda es enorme y perpetua con mis familiares, que han permitido que dedicara a los esfuerzos de este trabajo tiempo que les debería haber dedicado a ellos. Mónica Ausejo dio el primer impulso inicial y consiguió una beca sin condiciones de Gilead que motivó un primer documento. Igualmente tengo que reconocer que este trabajo hubiese sido imposible sin los medios y, sobre todo, el clima intelectual de la Universidad Carlos III de Madrid y en especial de su Departamento de Economía (“Unidad de Excelencia María de Maeztu”). Mi reconocimiento también a Funcas que ha aceptado hacerse cargo de la publicación.

Estas grandes ayudas y colaboraciones no limitan mi responsabilidad exclusiva por las opiniones vertidas y los errores que este libro pueda contener.

Félix Lobo

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El autor recibió una beca sin condiciones de la empresa Gilead para redactar un documento inicial, luego ampliado en objetivo y contenido. También ha sido titular de la Cátedra de Economía de los Medicamentos Universidad Carlos III de Madrid - Abbvie.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	1
1.1.	LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. ¿CÓMO PAGAMOS ESTO? QUE LA FUERZA TE ACOMPAÑE	3
1.2.	LAS INNOVACIONES DISRUPTIVAS: SOLUCIONES CON PROBLEMAS DE FINANCIACIÓN	8
1.3.	HOJA DE RUTA DEL LIBRO	13
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO I	16
II.	LAS PERSPECTIVAS DE CRECIMIENTO DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA	17
	RESUMEN	32
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO II	35
III.	EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA FISCAL ESPAÑOL Y DEL ORDEN EUROPEO DE ESTABILIDAD Y CRECIMIENTO	39
3.1.	LOS DESEQUILIBRIOS FISCALES COMPROMETEN EL CRECIMIENTO	42
3.2.	LA BRECHA DE INGRESOS PÚBLICOS, EL DÉFICIT Y LA EXPLOSIÓN DE LA DEUDA Y CÓMO SUPERARLAS	43
3.3.	EL DESARROLLO DE LA UNIÓN ECONÓMICA Y MONETARIA Y LA POLÍTICA PRESUPUESTARIA ESPAÑOLA	51
3.4.	EL DÉFICIT EXCESIVO DE ESPAÑA. ¿UN SOCIO INCUMPLIDOR?	60
3.5.	LAS MEDIDAS DE POLÍTICA PRESUPUESTARIA RECIENTES RELACIONADAS CON NUESTRO SISTEMA SANITARIO	67

3.6. RESUMEN Y COMENTARIOS FINALES DEL CAPÍTULO III	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO III	78
IV. SANIDAD, RESTRICCIONES PRESUPUESTARIAS Y RESPONSABILIDAD FISCAL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	83
4.1. LA HACIENDA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	86
4.2. LAS PRINCIPALES NOVEDADES DE LA REFORMA DE 2009	89
4.3. MEDIDAS RECIENTES DE CONSOLIDACIÓN FISCAL, ESTABILIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	91
4.4. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA FINANCIACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	100
4.5. RECAPITULACIÓN	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO IV	111
V. EL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD: PASADO, PRESENTE Y FUTURO	115
5.1. LA EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SANIDAD Y EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA	117
5.2. GASTO SANITARIO Y DÉFICIT OCULTO	139
5.3. ¿GASTAMOS MENOS O MÁS QUE LOS PAÍSES “MODÉLICOS”? SI GASTAMOS MENOS ¿DEBERÍAMOS GASTAR MÁS PORQUE ELLOS GASTAN MÁS? ¿PUEDE SERVIR EL PIB DE ORIENTACIÓN NORMATIVA?	143
5.4. PREVISIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO A CORTO PLAZO	152
5.5. PREVISIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO A LARGO PLAZO	157

5.6. SÍNTESIS	168
ANEXO AL CAPÍTULO 5: LOS ESCENARIOS DEL INFORME SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DE LA COMISIÓN EUROPEA Y COMITÉ DE POLÍTICA ECONÓMICA	175
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO V	177
VI. CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA. ¿PODEMOS DISMINUIR LA CARGA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?	187
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO VI	199
VII. ALGUNOS PROBLEMAS QUE EXIGEN REFORMAS ESTRUCTURALES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	203
7.1. ¿TENEMOS MARGEN PARA LOGRAR GANANCIAS DE EFICIENCIA EN EL SNS ESPAÑOL? LAS REFORMAS ESTRUCTURALES	205
7.2. BOLSAS DE INEFICIENCIA: EJEMPLOS	210
7.3. LA CULTURA PREVALENTE EN ESPAÑA SOBRE EL ESTADO DE BIENESTAR Y EL GASTO PÚBLICO: EL CONTRATO SOCIAL	215
7.4. DESINTEGRACIÓN CLÍNICA Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD	217
7.5. PROBLEMAS DE RECURSOS HUMANOS E INCENTIVOS	222
7.5.1. Algunas cifras sobre gasto de personal, efectivos y repercusiones de la crisis	223
7.5.2. Modelo de relaciones laborales	225
7.5.3. Retribuciones	228
7.5.4. Problemas de productividad y rendimiento	233
7.5.5. Las grandes reformas necesarias del régimen de personal	234

7.6. FALTA DE APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS CON CARÁCTER NORMATIVO	235
7.7. IDEAS PRINCIPALES DEL CAPÍTULO VII	241
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO VII	245
VIII. ¿CÓMO HACER COMPATIBLES LAS INNOVACIONES DISRUPTIVAS CON LA VIABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO?	253
8.1. LA PLANIFICACIÓN	255
8.2. LA EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES	262
8.3. POLÍTICAS DE REINVERSIÓN: ¿CÓMO LIBERAR RECURSOS YA COMPROMETIDOS REORIENTÁNDOLOS HACIA USOS ALTERNATIVOS MÁS INNOVADORES Y EFICIENTES?	268
8.4. ¿SE PUEDE SUPERAR LA COMPARTIMENTACIÓN PRESUPUESTARIA? EJEMPLOS DE OTROS PAÍSES	272
8.5. UN VISTAZO RÁPIDO A LAS CUATRO POLÍTICAS SELECCIONADAS	277
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO VIII	281
IX. NUEVAS POLÍTICAS PARA HACER ASEQUIBLES LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES	287
9.1. PRECIOS BASADOS EN EL VALOR: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES. ¿OLVIDAMOS LOS COSTES?	290
9.2. PAGO POR RESULTADOS Y RIESGO COMPARTIDO	294
9.2.1. La incertidumbre y la efectividad de los medicamentos	294
9.2.2. ¿Qué es el pago por resultados y riesgo compartido?	296

9.2.3. Ventajas e inconvenientes de los contratos de riesgo compartido	298
9.2.4. Clases de contratos de pago por resultados y riesgo compartido	301
9.2.5. Experiencias internacionales del pago por resultados y contratos de riesgo compartido	303
9.2.6. Algunas experiencias en España	304
9.3. PROPUESTAS PARA MODIFICAR LOS DERECHOS DE EXCLUSIVA O MONOPOLIO QUE SE OTORGAN PARA INCENTIVAR LA INVESTIGACIÓN (PATENTES Y OTROS)	308
9.4. IDEAS PRINCIPALES SOBRE NUEVAS POLÍTICAS PARA HACER ASEQUIBLES LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES	315
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO IX	319
X. ¿PODEMOS LABRAR UN FUTURO SOSTENIBLE PARA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD INNOVADOR?	325
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO X	345

Índice de gráficos

1.1. Perfil riesgo-rentabilidad de los medicamentos	9
1.2. Aportación de los medicamentos al aumento de la esperanza de vida 1986-2000	12
2.1. Previsiones de crecimiento en países seleccionados para 2016 (Variaciones % interanuales del PIB)	23
2.2. Proyecciones de crecimiento potencial y contribuciones para 2025 según la Comisión Europea, antes y después de la crisis (Tasas porcentuales de variación)	29
2.3. Evolución del PIB y del PIB potencial en España	30
3.1. Ingresos totales de las administraciones públicas. Países de la Unión Europea 2013 (En % del PIB)	46
3.2. Ingresos totales de las administraciones públicas. Países de la Unión Europea 2013 (En % del PIB)	47
3.3. Ingresos totales de las administraciones públicas. España 1996-2018. (En términos de Contabilidad Nacional). (En % del PIB)	48
3.4. Ingresos y gastos públicos. España. 2006-2019. (En % del PIB)	48
3.5. Deuda total de las administraciones públicas (DAP) en España. (Como % del PIB)	49
3.6. Semestre Europeo. Una asociación entre UE-Estados miembros	59
3.7. España. Objetivo de déficit público menor del 3%. Posposición de la fecha tope por la Unión Europea	61
3.8. Administraciones públicas. España: capacidad (superávit) o necesidad de financiación (déficit) (En % del PIB)	63
4.1. España. Comunidades autónomas. Peso del gasto en sanidad sobre el gasto público total (%)	87

4.2. Cuentas pendientes de pago de las administraciones públicas con sociedades no financieras, por subsectores. (En % del PIB)	92
4.3. Deuda de las comunidades autónomas (% sobre el PIB regional)	92
4.4. Comparación de gastos sanitarios por habitante (2002 y 2012) en las CC.AA.	105
5.1A. Tendencia secular e importancia económica del gasto sanitario nacional como % del PIB. Países seleccionados. 1970-2015	120
5.1B. Tendencia secular e importancia económica del gasto sanitario público como % del PIB. Países seleccionados. 1970-2015	120
5.2. Gasto público en sanidad. Países seleccionados. 1970-2015. Índices. Base 2000=100 (USD de 2015, PPP corriente)	121
5.3A. Tasa de crecimiento del gasto sanitario nacional per cápita (vertical) y tasa de crecimiento del PIB per cápita (horizontal) 2000-2015	122
5.3B. Tasa de crecimiento del gasto sanitario público per cápita (vertical) y tasa de crecimiento del PIB per cápita (horizontal) 2000-2015	123
5.4. España. Evolución del número de empleados sanitarios públicos y número de empleados de la Administración General del Estado. 2006-2014. (Miles de personas)	124
5.5. España. Evolución del gasto sanitario público per cápita frente al PIB. USD 2014 (PPP corriente), 2000-2014. (Índice, 2000=100)	127
5.6. Gasto público en sanidad y PIB. España 2009-2014. Tasas de variación interanual. (Precios corrientes)	127
5.7. Tasa anual media de crecimiento del gasto sanitario nacional (público y privado) per cápita, términos reales, 2000-2012 (o año más cercano)	128
5.8. España y países seleccionados. Gasto público en medicamentos, per cápita, USD 2014 (PPP corriente). 2005-2014	131

5.9. Gasto público per cápita en productos farmacéuticos. 2005 y 2009 y 2009-2013. Tasa media de crecimiento anual. En términos reales	132
5.10. España: Evolución del gasto farmacéutico por recetas del SNS según facturación de recetas médicas e indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario. (Millones € corrientes y tasa de variación interanual. 2004-2015)	133
5.11. España. Ventas por farmacias y a hospitales. 2000-2015. PVL, per cápita, € 2015. (Índice 2015=100)	134
5.12. Gasto sanitario público y grado de desarrollo económico 1980, 1990, 2000, 2007. PIB "per cápita" versus gasto sanitario público "per cápita". USD. PPP	147
5.13. Gasto público total relacionado con el envejecimiento. Diferentes escenarios 2013-2060). (En % del PIB)	164
5.14. Previsiones del gasto en asistencia sanitaria. 2013-2060. Escenario "AWG" de riesgo. (En % del PIB)	167
6.1. Consumo de tabaco. España. 2006 y 2011-2012. (% sobre la población total)	192
6.2. Porcentaje de personas obesas sobre el total de la población. España. 1993-2011	197
6.3. Distribución de la población infantil (de 6 a 9 años) en función de su peso. España 2011. (En %)	197
7.1. Gasto público sanitario: Posibles ahorros por ganancias de eficiencia. 2010 (% sobre el PIB)	206
7.2. Tratamiento con Estatinas. Análisis de persistencias por grupos de riesgo (funciones de supervivencia). Comunidad de Madrid 2008-2010	212
7.3. Servicio de Farmacia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Máquina dispensadora automática de medicamentos. 2013	213
7.4. Número de médicos en el Sistema Nacional de Salud según nivel de atención. España 2010-2013	224

7.5. Número de profesionales de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. España 2010-2013	224
7.6. Remuneraciones de los médicos especialistas en relación con el salario medio. España, 2011	229
7.7. Remuneraciones de los médicos generales en relación con el salario medio. España, 2011	229
7.8. Remuneraciones del personal de enfermería hospitalario. Países de la OCDE 2011	230
8.1. Las seis preguntas para desinvertir en lo inapropiado	270
9.1. Marco conceptual de los acuerdos de gestión del acceso al mercado	297
9.2. Tipos de acuerdos de riesgo compartido	302

Índice de cuadros

1.1. Clasificación de sectores industriales según intensidad de la innovación	10
2.1. La “Gran Recesión” en España (variaciones % interanuales del PIB)	20
2.2. Previsiones de crecimiento de la economía española a corto y medio plazo formuladas a mediados de 2016 (Variaciones % interanuales del PIB)	25
3.1. Administraciones públicas. España: Capacidad (superávit) o necesidad de financiación (déficit). Cifras ejecutadas (En % del PIB)	44
3.2. Gasto del sector público 2007-2015. Países europeos seleccionados (En % del PIB)	45
3.3. Ingresos del sector público 2007-2015. Países europeos seleccionados. (Porcentajes del PIB)	46
3.4. Administraciones públicas. España. Objetivos de reducción del déficit marcados por la UE (En % del PIB)	61
3.5. Administraciones públicas. España: capacidad (superávit) o necesidad de financiación (déficit). Objetivos del Gobierno (En % del PIB)	62
3.6. Programa Nacional de Reformas Español para 2015. Índice (parcial)	69
3.7a. La sanidad en el Programa Nacional de Reformas. Aplicación de las recomendaciones específicas del Consejo de la Unión Europea. 2015	71
3.7b. La sanidad en el Programa Nacional de Reformas. Aplicación de las recomendaciones específicas del Consejo de la Unión Europea. 2016	72
3.8. Medidas de las comunidades autónomas. Impacto presupuestario gastos farmacéuticos (Millones de euros)	74

4.1. Evolución del índice de financiación definitiva (A competencias homogéneas por habitante ajustado)	106
5.1. Estructura del gasto público. España 2011-2014. (% sobre el PIB)	125
5.2. España. Porcentaje del gasto en sanidad “desplazado” acumulado sobre el real del ejercicio	141
5.3. Insuficiencia presupuestaria en sanidad. España. Comunidades autónomas (Millones de euros)	141
5.4. Deuda sanitaria estimada CCAA. 2011. Porcentaje sobre presupuesto de sanidad	142
5.5. España. Gasto sanitario público. Comparaciones con otros países. Distintos planteamientos y resultados	150
5.6. Estructura del gasto público. España. Previsiones 2015-2019. (% sobre el PIB)	154
5.7. Gasto público en sanidad. Sucesivas previsiones 2015-2019. (% sobre el PIB)	154
5.8A. Aumento del gasto sanitario a largo plazo. Posibles explicaciones del lado de la demanda	158
5.8B. Aumento del gasto sanitario a largo plazo. Posibles explicaciones del lado de la oferta	159
5.9A. Informe sobre el envejecimiento 2015. Proyecciones presupuestarias. 2013-2060. Escenario base (% del PIB)	166
5.9B. Informe sobre el envejecimiento 2015. Proyecciones presupuestarias 2013-2060. Escenario de riesgo “AWG” (innovación creciente) (% del PIB)	166
5.10. Proyecciones 2013-2060 del gasto público asociado al envejecimiento (En % del PIB)	168
6.1. Costes/Beneficios externos generados por un fumador. (Dólares EE.UU. de 2000)	194
6.2. Costes privados generados por un fumador. (Dólares EE.UU. de 2000)	195

6.3. El coste macroeconómico de la obesidad	198
7.1. Problemas y políticas para un cambio estructural del SNS según Repullo	209
7.2. Evolución de las remuneraciones medias de los médicos especialistas. Hospital Unversitario de Getafe, 2008-2013 (Euros corrientes)	232
9.1. La incertidumbre asociada a los nuevos medicamentos	295
9.2. Los contratos de riesgo compartido	299
9.3. Cataluña. Acuerdos de riesgo compartido. 2011-2015 (17 ARC, 9 medicamentos, 29 hospitales, 9 empresas farmacéuticas)	307

Índice de siglas y acrónimos

AA.PP.	Administraciones públicas
ADPIC	Acuerdo de derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AES	Asociación Española de Economía
AGE	Administración General del Estado
AR	Artritis reumatoide
ARC	Acuerdo de riesgo compartido
AVAC	Año de vida ganado ajustado por calidad
BCE	Banco Central Europeo
CAM	Compromisos anticipados de mercado
CAP	Centros de Atención Primaria
CC.AA.	Comunidades autónomas
CCR	Cáncer colorectal metastático
CDGAE	Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos
CPNM	Cáncer de pulmón no microcítico
DAP	Deuda de las administraciones públicas
ECOFIN	Consejo de Ministros de Finanzas
EDP	Procedimiento de déficit excesivo
EE.LL.	Entidades locales
EETS	Evaluación económica de tecnologías sanitarias
EGSP	Estadística de gasto sanitario público
EMA	Agencia Europea del Medicamento
ENS	Encuestas nacionales de salud
EPA	Encuesta de Población Activa
EPC	European Policy Committee
ETS	Evaluación de tecnologías sanitarias
FDA	Food and Drug Administration
FFPP	Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores
FGSPF	Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales

FLA	Fondo de Liquidez Autonómica
GBM	Globastoma multiforme
GSP	Gasto público en sanidad
INE	Instituto Nacional de Estadística
INP	Instituto Nacional de Previsión
IPT	Informe de posicionamiento terapéutico
LDL	Lipoproteína de baja densidad
LGS	Ley General de Sanidad
LGURM	Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios
LOEPSF	Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera
MEDE	Mecanismo europeo de estabilidad
MPR	Tasa de posesión de la medicación
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NHS	National Health Service (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPE	Oferta Pública de Empleo
PEC	Pacto de estabilidad y crecimiento
PFI	Private Finance Initiative (Operaciones de financiación privada de infraestructuras públicas)
PGC	Programa de gestión de casos
PGE	Programa de gestión de enfermedades
PIB	Producto Interior Bruto
PPP	Purchasing Parity Power (Paridad de poder de compra entre monedas de diferentes países)
PTF	Productividad total de los factores
RDL	Real Decreto Ley
RICE	Ratio coste-efectividad incremental

RR.HH.	Recursos humanos
SBU	Consejo Sueco de Evaluación de Tecnologías Aplicadas a la Asistencia Sanitaria
SCS	Sistema de cuentas de salud
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
TLV	Agencia para las Prestaciones Dentales y Farmacéuticas de Suecia
UE	Unión Europea
UEM	Unión Económica y Monetaria
USD	United States Dollars (Dólares de los EE.UU.)
VEV	Valor estadístico de la vida
VTP	Vales de tramitación prioritaria



I.INTRODUCCIÓN

1.1. LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. ¿CÓMO PAGAMOS ESTO? QUE LA FUERZA TE ACOMPAÑE

En un reciente congreso de oncología fui invitado a participar en una sesión bajo el título que antecede. Sus inteligentes organizadores naturalmente eran conscientes de que los nuevos medicamentos oncológicos que los pacientes requieren desesperadamente alcanzan elevadísimos precios. Muchos de estos medicamentos han contribuido a la curación, la supervivencia y la calidad de vida de los enfermos. Otros no llegan a satisfacer las esperanzas sobre su efectividad. También eran bien conscientes de que los cuantiosos recursos necesarios para pagarlos una vez empleados en ellos ya no pueden dedicarse a tratamientos alternativos para otros pacientes. Igualmente saben que el presupuesto del hospital no es infinito, aunque muchas veces se acaben superando las previsiones de gasto iniciales, por las fuertes tensiones que su asignación levanta a lo largo del ejercicio.

En el capítulo V veremos que el gasto nacional y el gasto público en sanidad presentan una tendencia secular al crecimiento. No es monótonamente creciente ni ineluctable, pero sí es una tendencia consistente en todos los países. Aunque el crecimiento del sector sanidad implica mayor producción y renta, debemos contar con los recursos necesarios para financiarlo también crecientemente, especialmente si hablamos del gasto público.

Estas tensiones entre los recursos disponibles y el gasto, en particular el causado por la costosa incorporación de la innovación en los sistemas sanitarios, son el *leit motiv* de este libro¹. Sus páginas no están escritas para los que siendo adultos todavía creen en los Reyes Magos, sino para los que saben que ningún desayuno es gratis. Esta premisa es la única que hace falta para que el lector (quizás un profesional sanitario o cualquier persona que trabaja o interviene en el Sistema Nacional de Salud, SNS) y el autor (un economista) nos entendamos.

¹ El medicamento de marca Spinraza®, muy efectivo para tratar la atrofia muscular espinal que afecta a niños pequeños y puede causar su muerte, aprobado en EE.UU. por la FDA a fines de 2016, sale al mercado con un precio de catálogo de 125.000 dólares la dosis. Costará entre 625.000 y 750.000 dólares el primer año y unos 375.000 en los años subsiguientes, (*New York Times* 30. 12. 2016, http://www.nytimes.com/2016/12/30/business/spinrazaprice.html?emc=edit_tnt_20161230&nlid=32130558&ntemail0=y).

La cuestión se ha hecho más acuciante en tiempos de una crisis económica que ha causado innumerables y prolongados sufrimientos y de la que todavía en 2016 no estamos seguros de haber salido. A lo largo del libro veremos algunas de sus consecuencias negativas en el sector sanitario. Precisamente una de las motivaciones principales para escribirlo es recordar que tenemos que aprender las lecciones de la crisis económica reciente y prevenir crisis futuras, especialmente los españoles, que vivimos hoy por hoy en una economía vulnerable, que no tiene ni mucho menos garantizado el crecimiento económico. Son lecciones que el sector sanitario y todos sus actores no deben olvidar. Lo peor que le puede pasar al Sistema Nacional de Salud es que España tenga otra crisis en el futuro y, por tanto, más le vale seguir arrimando el hombro a la tarea de despejar la senda de nuestro crecimiento económico y social y empujar el ariete de la eficiencia.

La crisis económica tuvo causas externas, pero cuando nos azotó, las debilidades de nuestra economía impidieron que salváramos los pozos de dos profundas depresiones y nos recuperáramos en poco tiempo, como sí lograron otros países con crecimientos económicos sustentados sobre bases más sólidas. La nefasta política europea de austeridad, sin respiro monetario ni acicates fiscales, impuesta por Alemania y otros países comprometió los esfuerzos interiores de recuperación. Solamente a partir de 2010 empieza la compra de deuda pública por el Banco Central Europeo (BCE) y hay que esperar hasta el 26 de julio de 2012 (un mes después del rescate financiero de España) para que se produzca la famosa intervención de Draghi¹ a la que siguen programas muy intensos y voluminosos de expansión monetaria. El Plan Europeo de Inversiones no lanzado por la Comisión hasta el 15 de julio de 2014, es generalmente considerado insuficiente y se están produciendo retrasos en su ejecución (Comisión Europea, 2014). También se han relajado y pospuesto los objetivos de déficit que debía cumplir España. Pero sabemos muy bien que, aunque pertenecer a Europa sea una oportunidad para España de dimensiones históricas, no podemos esperar que los demás nos resuelvan nuestros problemas. También tenemos una responsabilidad frente a los demás miembros del club europeo –a los que una economía española inestable y frágil puede causar grandes perjuicios– como le recordó Jean Claude Trichet presidente del BCE, al presidente Rodríguez Zapatero en su famosa carta de 5 de agosto de 2011² y nos exigen la correspondiente disciplina cuando nos ayudan, como se afirma

¹ “Within our mandate, the ECB is ready to do whatever it takes to preserve the euro. And believe me, it will be enough” (Draghi, 2012).

² “Confiamos en que el Gobierno español sea consciente de sus muy altas responsabilidades en relación con el funcionamiento estable de la eurozona en la presente coyuntura y en que tomará con decisión todas las medidas necesarias para recuperar de nuevo la confianza del mercado en la sostenibilidad de sus políticas” (Trichet y Fernández Ordóñez, 2011. Traducción de F. Lobo).

tajantemente en el *Memorandum of Understanding* que regula las condiciones del rescate financiero a España¹.

Así que hoy todavía somos vulnerables. Conmociones externas sobre las que no tenemos control pueden otra vez desencadenar las espirales del desequilibrio financiero y fiscal, la recesión y el paro. A pesar del positivo crecimiento y reducción del paro recientes nuestras fragilidades son bien conocidas: 4.320.800 parados según la *Encuesta de Población Activa* del tercer trimestre de 2016 (INE, 2016); abundancia del empleo precario; limitada capacidad de innovación tecnológica y especialización productiva en parte no despreciable poco competitiva y generadora de escaso valor añadido; población en acelerado proceso de envejecimiento con tasas de fecundidad bajísimas; una deuda pública que alcanza prácticamente el mismo nivel que nuestro PIB anual y una deuda privada con el extranjero que llega al 90,5% del PIB (Banco de España, 2016); un sistema fiscal obsoleto e injusto y unas pensiones que tienen que seguir acomodándose a las realidades demográficas actuales; proceso de empobrecimiento creciente de algunas capas sociales y segmentación de la sociedad entre los beneficiarios y los extraños al crecimiento y las oportunidades tecnológicas. Y, para complicarlo todo y dificultar la adopción y ejecución de planes y estrategias de reforma, una crisis de confianza en las instituciones y el sistema político provocada por la corrupción omnipresente y la falta de visión nacional a largo plazo y la carencia de liderazgo de nuestros dirigentes.

Además, los “vientos de cola”, de los que tanto nos hemos beneficiado en 2015 y 2016, están amainando o calmándose completamente: el precio del petróleo ya ha subido en 2016 y se prevé que siga ascendiendo; la política monetaria súper-expansiva del Banco Central Europeo y los bajos tipos de interés y menor cotización del euro subsiguientes, que han reducido nuestra prima de riesgo, relanzado el crédito, favorecido la inversión y fomentado las exportaciones, no serán eternos; la parte del auge del turismo desviada en nuestro favor por los conflictos que sufren nuestros competidores puede revertirse. No sólo aflojan las corrientes ascendentes, parece que empiezan a soplar vientos de cara. Las amenazas del entorno internacional se multiplican: una presidencia en los EE.UU que se anuncia insensata; el expansionismo ruso de Putin; el *Brexit*; el volcán del Medio Oriente; la proliferación del terrorismo salvaje; la urgencia de atender a los refugiados que arriesgan sus vidas cruzando el Mediterráneo hacia las costas europeas...

¹ “España tendrá que cumplir plenamente sus compromisos y obligaciones según el Procedimiento de Déficit Excesivo (EDP) y las recomendaciones para afrontar los desequilibrios macroeconómicos en el marco del “Semestre Europeo”. Los progresos en la observancia de esta obligaciones serán supervisados estrictamente según los procedimientos de la Unión Europea (UE) que correspondan, en paralelo con las revisiones ordinarias del desarrollo del programa” (European Council-Euro-Summit, 2012. Traducción de F. Lobo).

¿Quién puede dudar entonces de que hemos de ser prudentes y garantizar al máximo nuestras opciones de crecimiento económico, emprendiendo las reformas necesarias aunque perjudiquen a algunos, también en sanidad? El gasto en sanidad es muy difícil de gestionar y ha sido en el pasado fuente sistemática de déficit. Aceptando que el sector sanitario es prioritario y que, por tanto, puede ser destinatario privilegiado de nuevos recursos conseguidos con una reforma del sistema fiscal o desviados desde otros sectores, tampoco debemos dudar de que cada euro que consigamos asignar mejor, gracias a mejoras de eficiencia dentro del propio sistema sanitario, es un triunfo al que, dadas las circunstancias, no podemos renunciar. Por otro lado la sanidad es la segunda o tercera –según los años– función de gasto público de mayor volumen en nuestro país. Por ello es impensable que de una forma o de otra no sea objetivo de las políticas de consolidación fiscal.

Sin embargo, estas políticas de consolidación fiscal no tienen por qué consistir simplemente en austeridad y recortes lineales del gasto, como mayormente hemos experimentado hasta ahora. El gran esfuerzo realizado por el Sistema Nacional de Salud durante la crisis se refleja en las cifras. Entre 2009-2013 el gasto público corriente disminuyó, a precios constantes, el 13,1%, y su peso sobre el PIB pasó del 6,8% al 6,4%. Pero como escribió la presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (AES) “austeridad y control del déficit no pueden ser... la solución final”. “La discusión no debe centrarse... en cuánto gastamos y cómo lo financiamos, sino... en cómo lo gastamos”. “Es momento de evaluar las lagunas de ineficiencia... y acometer reformas de mayor hondura que meros recortes lineales” (García Gómez, 2014). Reformas estructurales y mejoras de eficiencia han de ser la aportación necesaria del sistema sanitario a la consolidación fiscal y al crecimiento económico español, que, a su vez, son ambas condiciones necesarias de la sostenibilidad del propio sistema sanitario.

¿Existen otras salidas alternativas a las difíciles reformas estructurales y mejoras de eficiencia? ¿Podemos confiar simplemente en aumentar el gasto con cargo a nuevos y mayores impuestos? ¿Podemos retornar al pasado, sin aprender nada de la crisis, ni de los cuatro millones de parados, ni de los jóvenes emigrantes y volver al déficit sistemático y la deuda abrumadora?

Muchos pensamos que como la presión fiscal en España es relativamente baja resulta indispensable reformar el sistema tributario español para incrementar su capacidad recaudatoria y poder financiar el Estado de bienestar. En la crisis el crecimiento vertiginoso de la brecha del déficit y de la deuda pública fue causado no sólo por los gastos sino también por el derrumbe de los ingresos fiscales. Pero existen restricciones al incremento de los impuestos que no se deben soslayar: pueden distorsionar, deprimir y desplazar la actividad económica. Las reformas eficaces son las que se extienden a una amplia base fiscal, es decir al conjunto de la población, lo que no es precisamente popular. No se puede con-

fiar en que subir los impuestos a los más ricos resuelva plenamente el problema, pues la base impositiva que suponen no es tan grande. Además, la legislación internacional fiscal y sobre movimientos de capitales y la falta de armonización tributaria europea permiten legalmente los desplazamientos hacia países con menor tributación e incluso hacia paraísos fiscales, con lo que pueden eludir el alza de impuestos. Una de las consecuencias positivas de la crisis es el serio trabajo que se desarrolla, en el seno de instituciones internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el G20, para terminar con esta lamentable situación que ha venido restringiendo severamente la soberanía y la política fiscal nacional de los distintos países. Las listas negras de paraísos fiscales y el intercambio automático de información entre agencias tributarias están dando muchos frutos, pero queda todavía mucho camino por recorrer. En suma, el aumento de ingresos fiscales para financiar la sanidad y el Estado de bienestar en general es una vía que se ha de recorrer necesariamente, pero no está exenta de obstáculos ni limitaciones.

Quienes proclaman que podemos incurrir sistemáticamente en déficit y aumentar la deuda olvidan que toda generación debe mantener un compromiso de solidaridad no solamente con los coetáneos, sino también con las generaciones futuras. El principal de la deuda, los recursos que disfrutamos hoy, aunque no los hayamos generado nosotros, gracias a los que nos prestan, habrán de devolverlos con intereses los jóvenes actuales y venideros, nuestros hijos y nietos. Cuando sean adultos, este servicio de la deuda cada año futuro se detraerá de los ingresos que sean capaces de generar, disminuyendo sus servicios públicos y su bienestar. Y los jóvenes actuales son principales víctimas de la crisis, el paro, la precariedad en el empleo, la necesidad de emigrar y los bajos salarios. Reducir la deuda, ajustando los gastos a nuestros ingresos, el proceso de consolidación fiscal, no es únicamente una condición para despejar los obstáculos a nuestro crecimiento económico, sino también una cuestión de solidaridad intergeneracional. La vía del déficit y la deuda es, pues, una vía muerta que no debemos volver a recorrer si queremos escarmentar de nuestros errores y la crisis y respetar a nuestros jóvenes y generaciones venideras. No es argumento que nuestra deuda fuera reducida antes de la crisis. El problema era y es que podía y puede dispararse fácilmente ante el impacto de un choque externo.

Para concluir, un recordatorio que seguro es ya innecesario para la inmensa mayoría de los lectores. Las mejoras en la eficiencia no significan ahorrar, significan emplear el último euro disponible en el tratamiento, el programa de prevención o la intervención que reporte mejores resultados en términos de salud para los pacientes. Más eficiencia es más salud para más españoles. Como ha escrito el profesor López-Casasnovas: "El objetivo de la eficiencia no es minimizar costes sino mejor servir al bienestar con unos recursos limitados" (2016).

1.2. LAS INNOVACIONES DISRUPTIVAS: SOLUCIONES CON PROBLEMAS DE FINANCIACIÓN

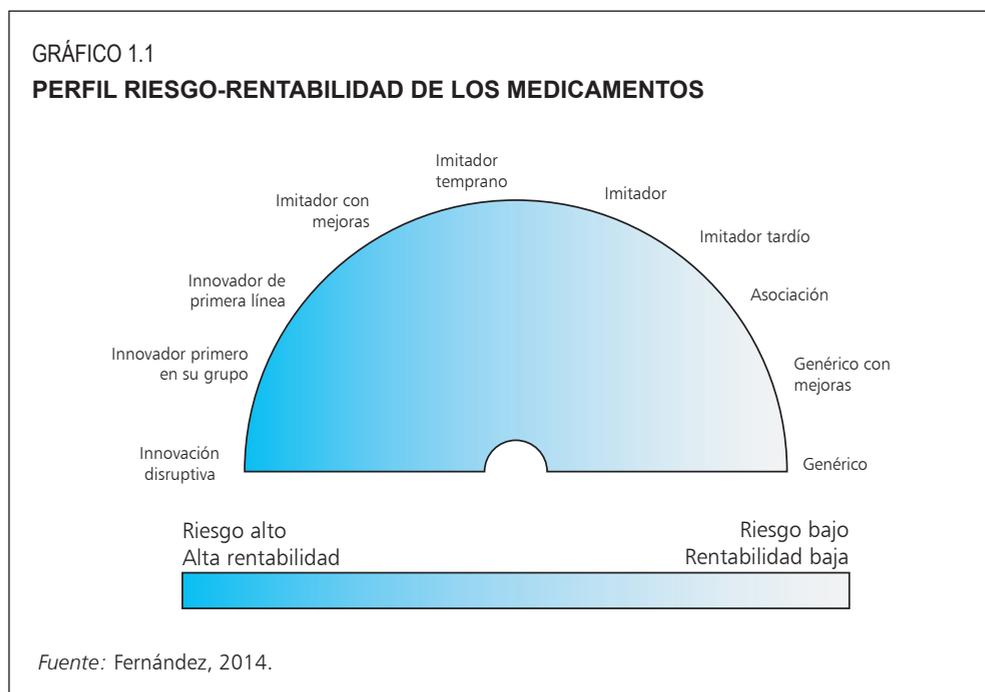
En el campo de la salud y la asistencia sanitaria la innovación radical o disruptiva, que se puede concretar en tecnologías de todo tipo, entre ellas medicamentos, supone la creación y puesta a disposición de los pacientes de medios diagnósticos, procedimientos o tratamientos nuevos muy efectivos, para enfermedades cuyas tasas de curación o mejora previas eran bajas con las terapias existentes o que no tenían ningún tipo de tratamiento. Ejemplos de tecnologías y medicamentos disruptivos fueron la introducción del TAC o la ecografía, la cimetidina para la úlcera de estómago en 1978, la zidovudina, primer antirretroviral para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 1987, o los recientes antivirales de acción directa para la hepatitis C utilizados desde fines de 2014.

El propósito de este trabajo, como ya hemos dicho, es estudiar las tensiones entre los recursos disponibles y el gasto sanitario. Nos preocupa en particular la compatibilidad entre nuevas tecnologías y nuevos medicamentos que son innovaciones radicales o disruptivas con la viabilidad o sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios. Pretendemos avanzar algunas respuestas a la pregunta ¿cuáles son las perspectivas a medio plazo para la financiación de tecnologías y medicamentos que aportan una gran innovación terapéutica? El problema surge porque, por un lado, las innovaciones disruptivas tienen un alto coste y altos precios, al menos a medio plazo desde que se introducen, y su incorporación puede desestabilizar los presupuestos de los sistemas sanitarios y comprometer su viabilidad. Por otro lado, son por definición terapias muy efectivas que aportan grandes beneficios terapéuticos o que incluso son salvadoras de vidas. El balance entre altos costes y altos beneficios puede ser positivo, es decir, puede tratarse de tratamientos eficientes (coste-efectivos) que superen los criterios de aceptabilidad de los estudios coste-efectividad o coste-utilidad. Pero aún siendo así, su impacto presupuestario puede ser tan grande que dificulte su cobertura financiera. La dificultad es especialmente aguda para los sistemas sanitarios públicos que se financian con impuestos o con cotizaciones sociales, pero también afecta a la asistencia sanitaria privada y a las empresas de seguros médicos. Se trata pues de un dilema extremadamente serio, pues la limitación de recursos, la restricción presupuestaria, implica, en todo caso, que los recursos extra que se dediquen a financiar estas innovaciones disruptivas han de sustraerse de otras utilidades alternativas, en el sistema sanitario (otros enfermos, prevención...) o fuera de él (educación, seguridad...).

Los altos costes y precios derivan en primer lugar de que, como es bien sabido, la investigación y el desarrollo de innovaciones en salud absorbe una gran inversión financiera y de otros recursos, a los cuales se suman dilatados plazos de recuperación del dinero y muchos riesgos e incertidumbres para las

empresas. Por ejemplo, el ciclo vital de un medicamento incorpora largas investigaciones farmacológicas y clínicas y prolongados trámites administrativos para la evaluación y autorización de comercialización en los diferentes países para garantizar la seguridad y eficacia, calidad, información y fármaco-vigilancia del producto, así como extensos períodos de negociación de precios y financiación pública. Todo ello dilata entre cinco y diez años el lanzamiento de un nuevo producto, años anteriores a la comercialización, durante los que ya corre el periodo cubierto por las patentes y que acortan, pues, la protección efectiva. Si los resultados de la investigación son desfavorables el riesgo es para la empresa inversionista, y los gastos incurridos no son recuperables. Frecuentemente las innovaciones, incluso las disruptivas, se producen "en racimos", de modo que en un lapso de tiempo reducido se lanzan varios productos distintos, pero con uso terapéutico comparable o parecido, con lo que la competencia de otros productos aparece antes de que caduque la patente. Cuando ésta expira empieza la competencia de los medicamentos genéricos y los precios se reducen muy significativamente. El gráfico 1.1 resume el perfil riesgo-retorno del desarrollo de los nuevos medicamentos.

Este ciclo puede ser matizado, aunque no desmentido, por varias razones. La investigación básica y en parte la de desarrollo tecnológico es financiada y realizada por entidades con financiación pública y sus gastos no recaen sobre



las empresas que se benefician de ellas (efecto externo positivo). Las patentes son a menudo manejadas para ampliar su cobertura material o temporal. Los nuevos medicamentos biológicos (moléculas grandes), por su naturaleza no están sujetos a competencia por los biosimilares, ni tan pronto ni a tan bajo coste como los genéricos de medicamentos obtenidos por síntesis química (moléculas pequeñas).

En el año 2013, según una ratio que relaciona inversión en I+D con resultados financieros, la industria farmacéutica estaba en la primera posición en Europa, Estados Unidos y Japón, superando en más de 4 puntos porcentuales al segundo sector si consideramos las tres economías juntas, como se ve en el cuadro 1.1.

CUADRO 1.1
CLASIFICACIÓN DE SECTORES INDUSTRIALES SEGÚN INTENSIDAD DE LA INNOVACIÓN

Ranking	Sector	Intensidad general en I+D	Intensidad I+D en EU-527	Intensidad I+D en US-658	Intensidad I+D en Japón-353
1	Farmacéutico y Biotecnológico	14,4	13,9	15,8	13,2
2	Aplicaciones y servicios informáticos	9,9	12,6	11,5	4,8
3	Equipamiento y sistemas informáticos	7,9	14,5	8,8	6,1
4	Ocio y tiempo libre	6,3	3,3	5,3	6,7
5	Aeroespacial y Defensa	4,5	6,0	3,0	
6	Equipamiento electrónico y eléctrico	4,3	4,8	4,3	5,2
7	Automóviles y suministros	4,2	5,1	3,7	4,3
8	Equipamiento y servicios sanitarios	4,1	3,6	3,9	6,9
9	Ingeniería industrial	2,8	3,5	3,0	2,0
10	Químico	2,7	2,0	3,4	3,9
11	Industrias en general	2,5	5,1	3,1	2,2
12	Servicios financieros	2,0	1,8		
13	Telecomunicaciones	1,7	1,5	1,1	2,5
14	Alimentación	1,3	1,5	0,9	1,5
15	Petróleo y Gas	0,3	0,3	0,3	0,2
	Total industrias (40)	3,2	2,6	4,9	3,5

Fuente: Comisión Europea, 2013.

Los altos precios pueden derivar no de los costes sino de las estrategias de precios de las empresas, al menos en el corto plazo. Durante el período de protección, si no existen productos sustitutivos y precisamente para incentivar la innovación, el titular disfruta del monopolio que le concede la patente, que no es otra cosa que una exclusiva de ventas. Esto le permite marcar precios altos, tanto más cuanto menor sea la elasticidad-precio de la demanda, es decir, cuanto menores sean las posibilidades de los consumidores de reducir su consumo en respuesta al alto precio. En esas circunstancias, la política seguida es la de marcar el precio "que el mercado puede soportar", es decir, viene determinada por la disponibilidad a pagar de los consumidores, más alta cuanto mayor sea la aportación terapéutica del producto. Esta estrategia es incentivada tanto más cuanto mayor es la amenaza de que aparezcan productos competidores, cuanto más breve es el periodo efectivo de las patentes y aparición de genéricos, y cuanto más inciten los mercados a las empresas a generar el máximo valor para los accionistas (beneficios) en el plazo más corto posible. Si esta política de precios altos se exagera, puede comprometer el acceso al medicamento de los consumidores de menor renta en los países desarrollados si no tienen cobertura de seguro público o de la mayor parte de la población en los países subdesarrollados, con los consiguientes perjuicios para la salud. Evitar que esto ocurra es uno de los propósitos de la intervención de precios, practicada en numerosos países desarrollados y subdesarrollados por las administraciones públicas. Otro de sus designios es controlar el gasto público. Repárese que el control de precios no deja de entrar en contradicción con la institución de las patentes.

También tienen incentivos las empresas a seguir una política de discriminación de precios entre países, de modo que los de menor renta pagarían menores precios, y contribuirían menos a la innovación que los más ricos. Esto es perfectamente racional, pero muchas veces no es posible porque la discriminación puede hacer aparecer comercio paralelo (arbitraje comercial), muy perjudicial para las empresas, que optan entonces por una estrategia de precios uniformes que puede ser altamente lesiva para los países menos desarrollados.

Este típico esquema microeconómico se matiza por la presencia de poder de negociación en el lado de la demanda por parte de los sistemas de salud públicos o de las empresas privadas de gestión de prestaciones farmacéuticas, unos y otros compradores en gran escala. Además, el tiempo juega en contra del innovador, que antes o después verá aparecer competidores que le disputarán sus rentas extraordinarias de monopolio. Precisamente la aparición en los años 80 del pasado siglo y la expansión de los medicamentos genéricos que compiten en precios una vez caducada la patente, ha sido extraordinariamente beneficiosa.

El mapa que acabamos de dibujar a grandes trazos, muy alejado del concepto habitual de mercado, al menos en el segmento de los medicamentos

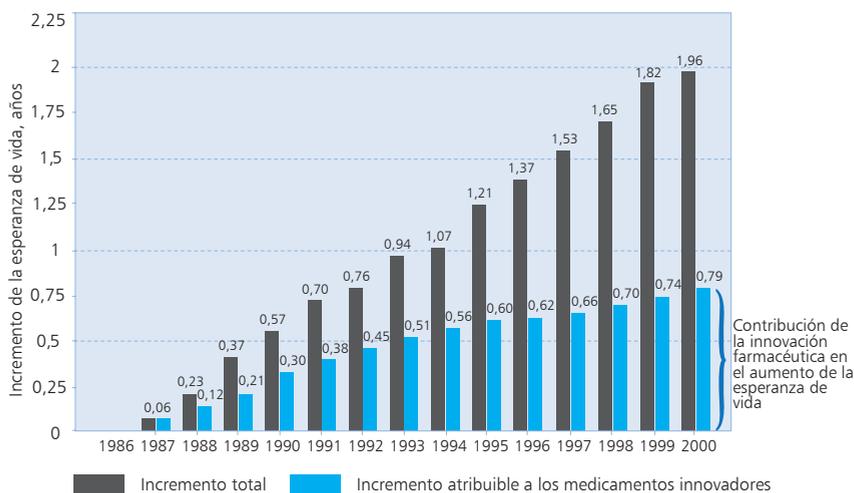
innovadores bajo marca de fantasía y con patente, deja insatisfechos a muchos, pues los fuertes incentivos que significan los beneficios muy altos para propulsar la innovación y sus ventajas en el largo plazo, se balancean con dificultades de acceso y perjuicios para la salud a corto plazo. De ahí que las propuestas de reforma del sistema de patentes sean objeto de discusiones frecuentes y apasionadas.

A pesar de todas estas dificultades, la humanidad se ha beneficiado enormemente del lanzamiento de nuevos medicamentos. Desde 1950, se han aprobado más de 1.200 nuevos fármacos y esta innovación ha jugado un papel clave en el aumento constante de la esperanza de vida en todo el mundo. Lichtenberg (2005) cuantificó en un 40% el aporte de los nuevos medicamentos al aumento de la esperanza de vida entre 1986 y 2000 en 52 países (gráfico 1.2).

Los desfases temporales entre los costes y los beneficios de las innovaciones causan problemas adicionales. Muchos beneficios de las nuevas tecnologías y medicamentos se despliegan a lo largo del tiempo, en un futuro más o menos lejano, como los ahorros por intervenciones quirúrgicas evitadas gracias a la cimetidina, o los que generarán en el futuro los tratamientos actuales que curan la hepatitis C. Pero en el sistema de adquisición y financiación tradicional, la compraventa simple, el precio ha de pagarlo hoy el sistema público o la asegu-

GRÁFICO 1.2

APORTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS AL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA 1986-2000



Fuente: Lichtenberg, 2005.

dora privada. Dado este desfase temporal entre desembolso, costes y beneficios, se deben buscar mecanismos de financiación que hagan sostenibles las finanzas públicas. También podría ocurrir que los beneficios nunca sobrevengan efectivamente, o que solamente se realicen parcialmente porque la tecnología o el medicamento es menos efectivo de lo que se calculó inicialmente cuando se acordó la compra. Los sistemas de precios y financiación han comenzado a abordar esta dificultad con los contratos de riesgo compartido.

En este trabajo se trata de estas tensiones entre beneficios y costes de las innovaciones disruptivas y sus consecuencias para la viabilidad del sistema sanitario público español. Naturalmente no pretende ser un estudio omnicomprendivo. Por el contrario, desarrollamos algunas aspectos que no suelen tratarse frecuentemente, al menos en el ámbito de la sanidad, precisamente para hacerlos comprensibles a quienes trabajan en él y no tienen una formación económica específica. Entre ellos, los condicionantes económicos externos que acotan las opciones de financiación y adopción de las nuevas tecnologías por el sistema sanitario. El foco no está pues orientado sólo a los problemas más concretos de la financiación y de los sistemas de precios, aunque tratamos de iluminar algunos.

1.3. HOJA DE RUTA DEL LIBRO

Después de esta introducción se exponen en primer lugar, siempre en un lenguaje poco técnico, las perspectivas de crecimiento de la economía española a corto y medio plazo, por el convencimiento de que el crecimiento económico es la restricción fundamental para el progreso de nuestro sistema sanitario. Si la economía sigue una senda de crecimiento continuada y estable, su viabilidad está asegurada, siempre que las políticas que se sigan sean razonables.

El capítulo tres se dedica a examinar los condicionantes que el marco europeo impone a nuestra política fiscal y, por tanto, a la evolución del gasto público sanitario. La Unión Económica y Monetaria (UEM) no está todavía acompañada por un federalismo fiscal europeo, pero se están dando pasos importantes en esta dirección. Sería una grave equivocación considerar que nuestro encaje en este marco no es otra cosa que un obstáculo para el desarrollo de nuestro sistema sanitario o de nuestro Estado de bienestar en su conjunto. Los graves errores, costosísimos en términos sociales para nuestro país, en la dirección de la política económica europea de gestión de la crisis desencadenada en 2008, no es lo único que nos ha llegado con los vientos del norte y del centro de Europa en estos años recientes. Por el contrario, la política de estabilidad, consolidación fiscal y crecimiento a largo plazo marca una dirección de la que no debemos apartarnos aunque exija todavía un desarrollo pleno,

especialmente en el terreno de la política fiscal. Hoy la política monetaria del BCE nos resulta altamente beneficiosa. Algunas de las reformas a las que nos ha forzado Europa eran indispensables. Muchos pensamos que sin Europa estaríamos mucho peor y con perspectivas futuras más oscuras, también para nuestro sistema sanitario público. Como se ha dicho tantas veces, lo que nos hace falta es más Europa, no menos.

El cuarto capítulo estudia el marco regulador y organizativo de la política presupuestaria de las comunidades autónomas (CC.AA.), las medidas recientes de consolidación fiscal y estabilización presupuestaria que les han afectado y los problemas más relevantes del sistema de financiación territorial español. Allí consideramos que el principal es que las CC.AA. se enfrentan a una “restricción presupuestaria blanda”, es decir, su presupuesto anual y el techo de gasto que contiene no es creíble para los distintos agentes.

La evolución, problemas y previsiones del gasto público en sanidad merecen la atención del capítulo cinco. Estudiaremos su comportamiento esperado en España en el corto plazo y revisaremos las previsiones del gasto total en sanidad de la Comisión Europea para España en el largo plazo.

A partir del capítulo seis contemplamos dos líneas de trabajo: la primera línea es gastar menos, no con recortes, sino a través de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La segunda es aumentar la eficiencia del gasto para lo que es necesario resolver los problemas fundamentales del Sistema Nacional de Salud de España. En efecto, en el capítulo seis planteamos la cuestión de si es posible reducir la carga de la morbilidad y mortalidad y por tanto disminuir la presión sobre el Sistema Nacional de Salud haciendo en nuestro país más saludables las condiciones y estilos de vida. La respuesta parece rotundamente positiva. Cada vez hay mayores pruebas científicas de que están fuertemente relacionados con las enfermedades y la mortalidad. Prestamos especial atención a dos epidemias contemporáneas: el tabaquismo y la obesidad.

En el capítulo siete hacemos un diagnóstico de algunos problemas destacados que exigen reformas estructurales para mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. Nuestra pregunta es ¿tenemos margen para lograr ganancias de eficiencia en el SNS español? Después de aportar algunos ejemplos de “bolsas de ineficiencia” en el sistema, atacamos cuestiones como la cultura prevalente en España sobre el Estado de bienestar y el gasto público; la desintegración clínica y de los servicios de salud; los agudos problemas de recursos humanos e incentivos, que centramos en torno al modelo de relaciones laborales, productividad y rendimiento, para considerar finalmente la falta de aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias con carácter normativo.

Después del diagnóstico el tratamiento. La pregunta del capítulo ocho es ¿cómo hacer compatibles las innovaciones disruptivas con la viabilidad del sistema sanitario? Razonamos que la respuesta pasaría por lo menos por cuatro tipos de medidas seleccionadas: la evaluación de la eficiencia de las tecnologías y medicamentos innovadores; el desarrollo sistemático de la planificación sanitaria; la puesta en marcha de políticas de desinversión y la superación de la compartimentación presupuestaria.

Los nuevos sistemas y fórmulas de pago para los medicamentos innovadores son la materia que desarrolla el capítulo nueve. Discutimos el concepto muy en boga de precios basados en el valor, pero recordamos que no se pueden olvidar totalmente los costes como criterio orientativo para precios y financiación pública. El pago por resultados y los contratos de riesgo compartido merecen una atención detenida y damos información sobre las experiencias recientes en España.

El libro se cierra con un apartado dedicado a resumen y principales conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO I

BANCO DE ESPAÑA (2016), *Informe anual 2015*, Madrid. Disponible en: (http://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/Publicaciones_an/Informe_anual/index2015.html). Consultado el 26-9-16.

COMISIÓN EUROPEA (2013), *The 2013 EU industrial R&D investment scoreboard*, Bruselas, JRC/DG RTD.

— (2014), Comunicación de la Comisión, Un Plan de Inversiones para Europa, Bruselas, 26.11.2014 COM(2014) 903 final. Disponible en: (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0903&from=EN>). Consultado el 8-9-16.

DRAGHI, M. (2012), Speech by Mario Draghi, President of the European Central Bank at the Global Investment Conference in London 26 July 2012. Disponible en: (<http://www.ecb.europa.eu/press/key/date/2012/html/sp120726.en.html>). Consultado el 14-9-16.

EUROPEAN COUNCIL-EURO-SUMMIT (2012), *Memorandum of Understanding (MoU) on financial sector policy conditionality*, Signed between Spain and the Heads of State and Government of the Euro Area countries on 20 July 2012. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2012-07-20-spain-mou_en.pdf). Consultado el 6-9-16.

FERNÁNDEZ, A.G. (2014), "Contribución a la mesa redonda: medicamentos biológicos y terapias avanzadas. Revolución terapéutica y económica", *XIV Encuentro de la industria farmacéutica española*, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Santander.

GARCÍA GÓMEZ, P. (2014), "Un nuevo escenario para la financiación sanitaria", *Diario Médico* 3-11. Disponible en: (<http://www.diariomedico.com/2014/11/03/opinion-participacion/columna- invitada/nuevo-escenario-financiacion-sanitaria>). Consultado el 4-11-16.

INE (2016), Notas de prensa, Encuesta de Población Activa del tercer trimestre de 2016. 27 de octubre. Disponible en: (<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0316.pdf>).

LICHTENBERG, F.R. (2005), "The impact of new drug launches on longevity. Evidence from longitudinal disease level data from 52 countries. 1982-2001", *The International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5 (1): 47-73.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2016), "Cuando la eficiencia en salud es servir al bienestar social con unos recursos limitados", *Diario Médico*, 14-11. Disponible en: (<http://www.diariomedico.com/2016/11/14/area-profesional/normativa/cuando-la-eficiencia-en-salud-es-servir-al-bienestar-social-con-unos-recursos-limitados>). Consultado el 3-9-16.

NEW YORK TIMES (2016), *Costly drug for fatal muscular disease wins F.D.A. approval*. Disponible en: (http://www.nytimes.com/2016/12/30/business/spinrazaprice.html?emc=edit_tnt_20161230&nliid=32130558&tntemail0=y). 30-12. Consultado el 30-12-2016.

TRICHET, J. C., y M. A. FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ (2013), Carta del Presidente del Banco Central Europeo al Presidente del Gobierno de España, 5 de agosto de 2011, en RODRÍGUEZ ZAPATERO, J. L., *El dilema. 600 días de vértigo*, Planeta, Barcelona.

II. LAS PERSPECTIVAS DE CRECIMIENTO DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA

El crecimiento económico es la restricción fundamental para la financiación futura de las nuevas tecnologías y medicamentos y, más en general, el progreso de nuestro sistema sanitario. Si la economía española sigue una senda de crecimiento continuada y estable la viabilidad del sistema sanitario puede garantizarse, siempre que las ventajas y posibilidades que abre el crecimiento no sean malogradas por políticas erróneas. En este capítulo revisaremos brevemente las previsiones de crecimiento que plantean diferentes organizaciones públicas y privadas para España.

Hay que tener en cuenta que si se mantiene la actual proporción del gasto público (corriente) en sanidad sobre el PIB (6,3% en 2014), cada punto de aumento anual del PIB significa que la capacidad de gasto del sistema aumenta en 681 millones de euros¹, equivalentes al gasto sanitario en remuneración de personal en las Islas Baleares; o bien al total del gasto farmacéutico público en Castilla y León, el mismo año 2014 (OCDE, 2016a; MSSSI, 2016).

La financiación del gasto público no es la única dimensión en la que el crecimiento económico puede favorecer al sistema sanitario público. Mayores niveles de renta y bienestar pueden significar, aunque no forzosamente, un estado de salud de la población superior, a través de mejoras en la nutrición, la vivienda, los equipamientos deportivos, los transportes... La mayor disponibilidad de capital humano y tecnológico en el conjunto de la economía también puede resultar muy positiva. Por ejemplo, un nivel educativo alto se asocia con importantes progresos en el estado de salud.

La evolución histórica del crecimiento económico español desde mediados del siglo XX, cuando el país empieza a recuperarse de la guerra civil y la posguerra, puede resumirse con las cifras de variación del PIB por persona. Superaron el 5% anual hasta 1974, se contrajeron a una tercera parte entre 1975 y 1986 y se volvieron a acelerar hasta 2007 alcanzando una velocidad de cruce del 3% (Prados de la Escosura, 2015).

¹ Aplicamos el peso sobre el PIB del gasto en sanidad público corriente de 2014 al PIB de 2015, últimos datos conocidos.

La crisis que en España se desencadena en el tercer trimestre de 2008 ha supuesto para nuestra economía nada menos que cinco años de intensa recesión (2009-2013)¹, en los que se ha reducido su Producto Interior Bruto (PIB) un 6%². Las variaciones del PIB de España entre el 2008 y 2013 fueron las que recoge el cuadro 2.1. Estas variaciones negativas significaron caídas muy importantes de la actividad económica, la producción, el empleo y el gasto público asociadas a grandes costes sociales. En esos años se perdieron más de tres millones de puestos de trabajo. Con razón ha sido designado este periodo como “La Gran Recesión”, comparable e incluso peor que la de 1929.

CUADRO 2.1

LA “GRAN RECESIÓN” EN ESPAÑA (VARIACIONES % INTERANUALES DEL PIB)

Periodo	%
2008-2007	1,1
2009-2008	-3,6
2010-2009	0,0
2011-2010	-1,0
2012-2011	-2,9
2013-2012	-1,7
2014-2013 (P)	1,4
2014-2015 (A)	3,2

Notas: (A) Avance; (P) Provisional.

Fuente: Elaboración propia con datos de *Contabilidad Nacional de España, Base 2010* (INE, 2016a).

EN 2014 el PIB generado por la economía española aumentó un 1,4 % (INE, 2016a), con lo cual puede considerarse que salió de la profunda recesión de los años precedentes. Según el INE (2016a) en el año 2015 el PIB ha crecido un 3,2% (en volumen) sobre el año anterior, cifra ligeramente superior al promedio de las previsiones más relevantes formuladas en el segundo semestre del 2015, que recogemos en el cuadro 2.2. La previsión más alta era la de nuestro Gobierno, sin duda inflada por las elecciones que se celebraron el 20 de diciembre. Este crecimiento fue muy superior al de la zona del euro estimado en las previsiones económicas de primavera de 2016 de la Comisión en el

¹ Se suele entender que un país entra en recesión cuando su PIB disminuye durante dos trimestres consecutivos.

² Cálculo propio a partir de datos del INE (2016). Se compararon los datos de PIB a precios de mercado del último año de crecimiento (2008) con el del año 2013.

1,7% (Comisión Europea, 2016c). Esto significa que, a fin de 2015, la economía española llevaba ya nueve trimestres consecutivos creciendo y que se habían recuperado 4,8 de los 9,4 puntos porcentuales de PIB perdidos durante la crisis (Laborda, 2015). Además, en el último trimestre del año el avance interanual fue del 3,5%, el más elevado desde que comenzó la actual fase expansiva en 2013 (Banco de España, 2016a). En los tres primeros trimestres de 2016 los crecimientos intertrimestrales han seguido siendo muy positivos (0,8; 0,8; 0,7%), aunque inferiores los dos últimos en una décima a los del año 2015. En el tercer trimestre de 2016 el crecimiento interanual fue de 3,2%, igual al del año 2015 sobre 2014 (INE, 2016b).

Esta evolución favorable se debe a un conjunto de circunstancias diversas, unas achacables a la situación económica mundial, otras a las políticas europeas y otras a las medidas aplicadas en España. Algunas sólo cabe esperar que sean transitorias. Destacamos las siguientes:

- Entre las de carácter más estructural y cuya responsabilidad cabe achacar conjuntamente a la Unión Europea y a nuestras autoridades, hay que mencionar el proceso de devaluación interna o “mejora de la competitividad de la economía española derivado del ajuste de precios y costes relativos de bienes y servicios”, al que sin duda conviene el calificativo de “crucial” (Banco de España, 2016b: 23). Básicamente, añadiríamos nosotros, consistente en la reducción de los niveles salariales y el endurecimiento de las condiciones laborales, facilitados por la reforma laboral. La devaluación interna ha tenido y sigue teniendo estos grandes costes sociales iniciales, pero ha tenido éxito en términos de relanzamiento de la economía. El proceso se encadena vía mejora de las exportaciones, aumento del gasto interno –consumo e inversión privados– y el empleo, consiguiente estímulo a la demanda y, en definitiva, mejora de la posición internacional de la economía española que en los últimos ejercicios ha conseguido una capacidad neta de financiación frente al resto del mundo, en lugar de endeudarse progresivamente (Banco de España, 2016b).

Sobre este proceso de devaluación interna o mejora de la competitividad, que ha implicado y sigue suponiendo un empeoramiento de los niveles salariales y, en general, de las condiciones del trabajo, es imperativo preguntarse por las condiciones políticas en las que se desarrolla, que, a nuestro juicio, han socavado su legitimación y credibilidad ante los ciudadanos españoles. Ha faltado y falta un acuerdo político y social constitutivo de un nuevo contrato social entre dirigentes políticos, grupos sociales más favorecidos y el conjunto de la población, con el objetivo de impulsar el crecimiento futuro conteniendo las brechas de desigualdad, mantener el Estado de bienestar y asegurar la prosperidad de las nuevas generaciones. Este pacto o contrato social renovado debería garantizar que el empeoramiento de las condiciones actuales de vida

tiene lugar de forma consentida, proporcionada, transparente, con distribución equitativa de sus cargas y con las contrapartidas sociales también actuales que fuera posible instrumentar sin esfuerzo fiscal adicional. El anquilosamiento y desprestigio de las instituciones democráticas en el que tanto han jugado la corrupción de todo tipo y los engaños del populismo, son desgraciadamente la antítesis de dicho pacto social.

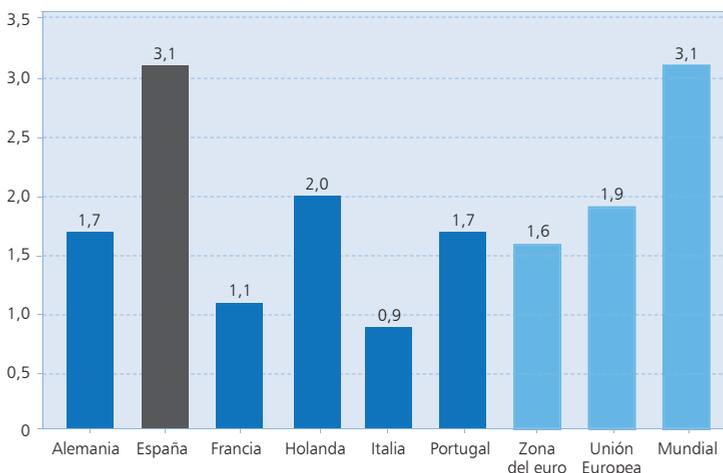
- Las reformas laborales, han sido básicas para el proceso de devaluación interna. Han favorecido la creación de empleo y la reducción del paro, aunque en muchos aspectos son intensamente discutidas. Por ejemplo:
 - La tasa de paro sigue elevadísima, aunque mejorando notablemente: 18,9 % en el tercer trimestre de 2016 según la *Encuesta de Población Activa (EPA)* (frente a 21% en el primero), es decir 4.320.800 parados (INE, 2016c). “A finales de 2015 se habrían recuperado sólo alrededor del 30% de los empleos perdidos entre 2008 y principios de 2014” (Banco de España, 2016b: 26).
 - El gran peso de la temporalidad de los contratos y el empleo precario.
 - La “voladura” de la negociación colectiva.
 - El proceso de recuperación sigue asentándose sobre actividades de bajo valor añadido y baja productividad (Laborda, 2015).
 - La resultante ampliación de las brechas de desigualdad social y aumento de la pobreza.
- Nos parece que ha sido fundamental la capacidad de resistencia y reacción de los trabajadores y las empresas españolas, manifestada especialmente en su apuesta por los mercados exteriores de trabajo, servicios y productos. En 2015 las exportaciones españolas volvieron a crecer notablemente (5,4%), aunque las importaciones lo hicieron aún en mayor medida.
- La caída de los precios de la energía.
- Las diversas circunstancias internacionales favorables a nuestro sector turístico, al menos en el corto plazo.
- La política monetaria extraordinariamente expansiva del Banco Central Europeo de los tres últimos años, con la subsiguiente caída de los tipos de interés y de la prima de riesgo/país. Como resultante han mejorado las condiciones financieras del sector público y del sector privado y el crédito a empresas y familias ha vuelto a fluir. También se ha devaluado el euro lo que favorece nuestras exportaciones.

- Para el sector público la mejora financiera significa, en lo que aquí nos interesa, mayores grados de libertad presupuestaria, debido a la disminución del servicio de la deuda. Las emisiones de títulos de deuda pública se están haciendo a tipos de interés muy bajos e incluso negativos.
- La reducción del déficit de las administraciones públicas, al menos hasta 2015.
- La política fiscal expansiva durante 2015, que generalmente se achaca a razones electoralistas y que ha entrado en grave contradicción con el proceso de consolidación fiscal, como veremos en el capítulo 3.

¿Cuáles son las perspectivas de crecimiento de la economía española en el futuro a corto plazo? Las previsiones formuladas a lo largo del segundo semestre de 2015 estimaban para 2016 en promedio un crecimiento del 2,8% del PIB español, una cifra notablemente superior a la media de países de la zona del euro, como se comprueba en el gráfico 2.1. En el corto y mediano plazo los diferentes organismos públicos y privados esperaban que se afianzara la senda de recuperación iniciada en 2014, aunque en general consideraban que esa recuperación perdería algo de fuelle en 2016 y 2017 (Gobierno de España, 2015); (Banco de España, 2015a); (Comisión Europea, 2015); (FMI, 2015); (OCDE, 2015); (Funcas, 2015).

GRÁFICO 2.1

**PREVISIONES DE CRECIMIENTO EN PAÍSES SELECCIONADOS PARA 2016
(Variaciones % interanuales del PIB)**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Comisión Europea (2015).

El cuadro 2.2 ofrece las previsiones a corto plazo de la evolución del PIB formuladas a mediados de 2016. La del Gobierno establecida en su cuadro macroeconómico y en el Programa de Estabilidad 2016-2019 es que en el cuatrienio 2016-2019 se produzca un crecimiento sostenido, "significativamente superior al de la Zona Euro y uno de los más elevado entre las economías avanzadas" (Gobierno de España, 2016a: 5). Tras una variación del PIB en 2015 de un 3,2% en términos reales, se registraría una ligera ralentización hasta 2017 (2,7 y 2,4 en 2016 y 2017) y una suave aceleración en 2018 y el mantenimiento del ritmo de crecimiento en 2019 (2,5% de crecimiento en ambos años) (Gobierno de España, 2016: 15). Destaca la corrección a la baja de las proyecciones de nuestro Gobierno respecto de las anteriores, la opinión generalizada ya mencionada sobre unas expectativas de crecimiento más reducido en el medio plazo y, además, que éstas se han rebajado en 2016 respecto de las que se tenían a finales de 2015.

En la previsión fechada en octubre del Plan Presupuestario 2017 "El cuadro macroeconómico... supone una revisión al alza del crecimiento de la economía española en 2016, de dos décimas respecto a lo previsto en la última actualización del Programa de Estabilidad, hasta el 2,9%, debido a una evolución de la actividad en el segundo trimestre más favorable de lo esperado, así como a una mejora de las perspectivas para la segunda mitad del año. Para el 2017 se prevé cierta moderación en el ritmo de crecimiento de la economía española, con un incremento en el PIB real del 2,3%" (Gobierno de España, 2016b: 9 y 10).

En 2015 el crecimiento ha alcanzado la media de crecimiento del PIB en España entre los años 2000 y 2008 (3,2% según el INE), época de auge de la economía. En 2016 puede no estar muy lejos. Los promedios de las previsiones máximas que se muestran en el cuadro 2.3 (3% entre el 2015 y 2018 y del 2,8% entre 2015 y 2019 respectivamente), son inferiores. Por tanto, el muy buen ritmo de la recuperación en 2015 y 2016 parece que no se va sostener.

En sus previsiones de otoño de 2015 la Comisión Europea destacaba como señales esperanzadoras para el crecimiento el cambio de expectativas con fortalecimiento de la confianza y desvanecimiento de la incertidumbre económica, además de la disminución del desempleo y la mejora en las condiciones financieras (disminución de la prima de riesgo, etc.) (Comisión Europea, 2015). En el informe de 2016 sobre España y las previsiones de primavera de este año la Comisión sigue destacando los factores favorables pero es más cauta en cuanto a la evolución de la confianza y la incertidumbre (Comisión Europea, 2016b y 2016c). Por su parte, el Banco de España prevé que "la expansión actual difícilmente se podrá seguir apoyando en la misma medida en que lo hizo el pasado año en los factores expansivos señalados anteriormente... es previsible que el crecimiento de la economía española se mantenga en niveles más moderados" (Banco de España, 2016b: 27).

CUADRO 2.2
PREVISIONES DE CRECIMIENTO DE LA ECONOMÍA ESPAÑOLA A CORTO Y MEDIO PLAZO.
FORMULADAS A MEDIADOS DE 2016
(Variaciones % interanuales del PIB)

<i>Organismo</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>Fuente</i>
Gobierno de España	3,2	2,7	2,4	2,5	2,5	-	-	Gobierno de España, 2016a
Banco de España	3,2	2,7	2,3	-	-	-	-	Banco de España, 2016a
Comisión Europea	3,2	2,6	2,5	-	-	-	-	Comisión Europea, 2016c
Fondo Monetario Internacional	3,2	2,6	2,3	2,0	1,9	1,8	1,6	FMI, 2016
OCDE	3,2	2,8	2,3	-	-	-	-	OCDE, 2016b
Analistas Financieros Internacionales (AFI)	3,2	2,7	2,3	-	-	-	-	Funcas, 2016
Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA)	3,0	2,7	2,7	-	-	-	-	
Bankia	2,7	2,8	2,3	-	-	-	-	
CaixaBank	3,1	2,8	2,4	-	-	-	-	
Santander	3,2	2,9	2,3	-	-	-	-	
Funcas	3,2	2,7	2,3	-	-	-	-	
Instituto Flores de Lemus (IFL-UC3M)	3,2	2,8	2,0	-	-	-	-	
Instituto Complutense de Análisis Económico (ICAE-UCM)	3,1	2,8	2,4	-	-	-	-	
Instituto de Estudios Económicos (IEE)	3,3	2,8	2,3	-	-	-	-	
Máximo	3,3	2,9	2,7	2,5	2,5	-	-	
Mínimo	2,7	2,6	2,0	2,0	1,9	-	-	Promedio Min 2015 - 2019 = 2,2
Promedio	3,1	2,8	2,4	2,3	2,2	-	-	Promedio 2015 - 2019 = 2,5

Además, “los riesgos para el crecimiento se han intensificado como resultado de la incertidumbre sobre la economía global, la necesidad de retomar la senda de consolidación fiscal y las dudas sobre las políticas económicas internas... por las incertidumbres ligadas al contexto político interno” (Banco de España, 2016b: 28). Con posterioridad estos riesgos se han acentuado aún más. Los conflictos en Oriente Medio y el Mediterráneo, el terrorismo y el referéndum favorable a la salida del Reino Unido de la Unión Europea dibujan una situación internacional delicada y lábil. En el ámbito interno el incumplimiento previsible de los objetivos de déficit público en 2016 ha provocado nuevas aprietos con la Unión Europea a los que nos referiremos en el capítulo siguiente. Las dificultades de los partidos políticos españoles para organizar la gobernanza del país en un contexto de fragmentación del Parlamento tras las elecciones de diciembre de 2015 y junio de 2016 y formar Gobierno, por lo menos han hecho perder un tiempo precioso para emprender reformas. La buena marcha de la economía durante el ejercicio, a pesar de estas incertidumbres políticas, no debería anestesiarlos ante los problemas que acabamos de enumerar.

En conclusión, parece que nuestro crecimiento económico a corto plazo va a continuar, pero condicionado por la persistencia de un precario balance entre un conjunto de elementos externos e internos favorables y desfavorables que hace de nuestra economía una economía muy vulnerable. Dicho balance podría desequilibrarse y comprometer incluso bruscamente nuestro retorno a una senda de progreso económico. En todo caso “No será probablemente hasta 2019 cuando España vuelva a recuperar el nivel de renta relativo con la zona euro que tenía antes de la crisis. Habrán sido, por tanto, unos doce años perdidos en el proceso de convergencia con Europa” (Laborda, 2015).

Hay que huir pues del triunfalismo ya que persisten importantes desequilibrios —en los que coinciden todos los analistas— que suponen un riesgo para un crecimiento sostenido y definen a la economía española como muy vulnerable ante posibles crisis externas o internas. La Comisión Europea señala: “Si bien el retorno al crecimiento reduce riesgos, España no ha salido indemne de la crisis. El número de desequilibrios sigue siendo elevado y su naturaleza, magnitud e interrelaciones aún hacen que España sea vulnerable a las perturbaciones. En particular, la elevada deuda pública y privada... expone al país a riesgos derivados de fluctuaciones de la confianza en el mercado y es una rémora para la economía... Además, el desempleo aún elevado y el riesgo de exclusión del mercado laboral, que afecta en particular a los jóvenes y las personas escasamente cualificadas, obstaculizan el ajuste y conllevan elevados costes sociales. Por otra parte, el escaso incremento de la productividad hace que los aumentos de la competitividad pivoten en torno a las ventajas en materia de costes, que afectan también a las condiciones laborales y la cohesión social. De prolongarse en el tiempo, ello entorpece la transición de la economía hacia un modelo de crecimiento más intensivo en conocimiento” (Comisión Europea, 2016b).

Por su lado, el Banco de España en su informe sobre el año 2015 enumera como retos pendientes de la economía española:

- La reducción del desempleo y resolución de otros problemas importantes de nuestro mercado laboral.
- La consolidación fiscal, aún más problemática por el deterioro en 2015 del déficit público estructural con incumplimiento de los objetivos marcados por las autoridades europeas en el Procedimiento de déficit excesivo que enfrenta nuestro país.
- Seguir progresando en la reducción del endeudamiento privado, de empresas y familias.
- La moderación de la posición deudora neta con el exterior. Aunque ya ha empezado a reducirse, se mantiene en niveles muy elevados y su corrección exige profundizar en las ganancias de competitividad.
- La mejora de la productividad.

El endeudamiento público y privado constituye la debilidad que más contribuye a nuestra vulnerabilidad. "... el endeudamiento con el exterior, aunque ha comenzado a reducirse, sigue siendo muy alto y representa un elemento importante de vulnerabilidad; en particular, por las necesidades recurrentes de financiación frente al exterior que plantea. Su corrección exige consolidar la capacidad de generar superávit por cuenta corriente de forma sostenida, para lo cual resulta también crucial afianzar las ganancias de competitividad alcanzadas durante los últimos años". "La necesidad de apelar recurrentemente a los mercados financieros para refinar un volumen elevado de deuda y el déficit corriente aumenta la vulnerabilidad de la economía ante posibles reacciones adversas del sentimiento inversor..." (Banco de España, 2016b: 15 y 32).

Podría decirse que, en estas condiciones, y teniendo en cuenta nuestra pertenencia al euro y a la Unión Monetaria, que impide recurrir a la devaluación del tipo de cambio, la independencia de nuestra propia política económica e incluso nuestra independencia como país están en juego, pues no es imposible que se ponga en marcha otra vez, como en 2011 y 2012, la espiral de desconfianza de los mercados, escalada de la prima de riesgo, escalada del déficit fiscal, agudización de las dificultades de financiación y amenaza de insolvencia. Como ya ocurrió con el rescate bancario y refleja el *Memorandum de entendimiento* (European Council-Euro-Summit, 2012) que lo regula, en esa espiral la capacidad de decisión y reacción independiente de las autoridades españolas quedaría fundamentalmente recortada, pues, dada la magnitud de la economía española y nuestros compromisos europeos y con el Fondo Monetario Internacional (FMI), la prioridad de los decisores internacionales sería evitar el contagio de

nuestras dificultades a la UE, a otros países y a los mercados, y no el bienestar de la población española, con posible imposición de nuevos y dolorosos rescates.

Consideremos a continuación las posibilidades de crecimiento a largo plazo de la economía española. El crecimiento a largo plazo depende de variables reales como el empleo, el capital y la tecnología y capacidad empresarial (en un enfoque que se llama de "función de producción"). En términos relativos, la renta "per cápita" a largo plazo depende del porcentaje de población que realiza actividades productivas (empleo per cápita) y de la productividad del trabajo. Ésta a su vez es tributaria del capital físico y humano por trabajador y de las mejoras de eficiencia que consiga cada combinación de trabajo y capital aplicada al proceso productivo, conocida como productividad total de los factores (PTF). En otras palabras, es la parte del crecimiento que no viene inmediatamente explicada por la evolución de los factores productivos y que hay que atribuir a mejoras de eficiencia de la economía. El determinante principal de la PTF es el avance tecnológico (Myro, 2013). Pues bien, el aumento de la PTF desde el inicio del decenio de 1990 ha sido en España prácticamente nulo. Al predominio de las empresas de baja eficiencia en los años de expansión, así como al protagonismo del sector de la construcción, que es de baja tecnología, debe atribuirse el estancamiento. El atasco de la productividad desde principios de 1990, cuando la economía española ya había progresado acercándose a la frontera tecnológica, resultaría, más en general, de la falta de flexibilidad de los mercados de capital, trabajo y productos y de la insuficiente acumulación de capital humano y de intangibles tecnológicos (Prados de la Escosura, 2015).

El Banco de España en su *Informe Anual 2014* (Banco de España, 2015b) ha estimado el crecimiento potencial de la economía española en el medio plazo: 2014-2026. La tasa de crecimiento potencial trata de medir la capacidad de crecimiento de una economía prescindiendo de los factores cíclicos que influyen sobre su trayectoria a corto plazo, aunque su cálculo está sujeto a muchos problemas y discusiones. Esta estimación del Banco de España se basa en varios supuestos: disminución del desempleo estructural hasta su promedio histórico y mantenimiento de las tendencias observadas recientemente en cuanto a los factores productivos, empleo y capital y de la productividad total de los factores (PTF). La tasa de crecimiento potencial se situó alrededor del 3% de promedio en el periodo 1983 y 2007. Durante la crisis habría caído a menos del 1%. El resultado de las proyecciones del Banco es una recuperación muy moderada del crecimiento potencial de la economía española hasta el 1,5% de media entre 2014 y 2026, que se sitúa ligeramente por encima del calculado para la Unión Europea para la próxima década (1,3%). La tendencia española se basaría en una contribución positiva de la productividad, de la acumulación de capital y del empleo.

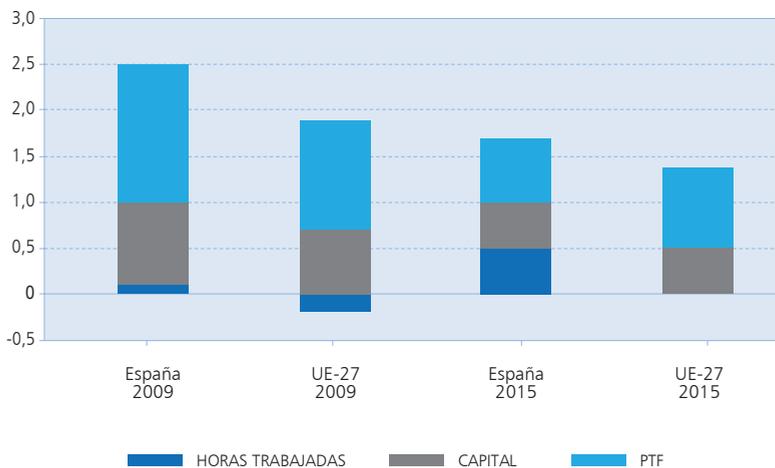
Como se ve en el gráfico 2.2 las previsiones de la Comisión Europea para 2025 referidas a España y a la propia Unión Europea de 27 países han empeo-

rado significativamente respecto de las que se formularon antes de la crisis. En el gráfico 2.3 se aprecia la inflexión del PIB potencial después de la crisis, respecto de lo que habría sido la tendencia extrapolada con los datos de crecimiento previos. Todo esto significa una reducción de las perspectivas de crecimiento de la economía europea y española en el medio plazo, si se compara con la época 1983-2007 anterior a la crisis.

Para estos desarrollos a medio plazo la evolución demográfica será decisiva. El INE –con las tendencias prevalecientes en 2016– prevé que España perdería algo más de medio millón de habitantes en los 15 próximos años y 5,4 millones hasta 2066, lo que situaría su población en 45,9 millones de personas en 2031 y 41,1 en 2066. La reducción se debería principalmente a la progresiva disminución de los nacimientos y al aumento de las defunciones que serían superiores durante los 50 próximos años. El saldo migratorio tras un aumento exponencial en los primeros años del siglo XXI disminuyó drásticamente durante la crisis. Aunque los supuestos base de esta proyección son difíciles de establecer, se prevén migraciones netas positivas en los próximos 50 años –de más de 3 millones– pero no llegarían a compensar la tendencia a la reducción del saldo vegetativo (INE, 2016d).

GRÁFICO 2.2

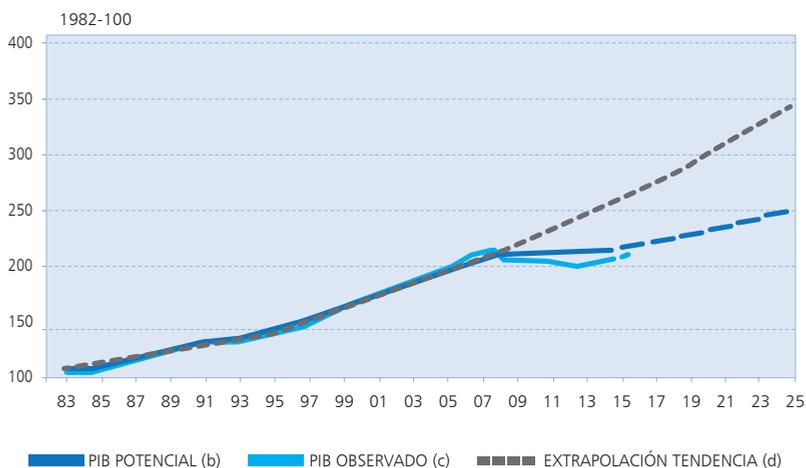
**PROYECCIONES DE CRECIMIENTO POTENCIAL Y CONTRIBUCIONES PARA 2025
SEGÚN LA COMISIÓN EUROPEA, ANTES Y DESPUÉS DE LA CRISIS
(Tasas porcentuales de variación)**



Nota: Véase 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Protections for the EU-27 Member States (2008-2060) y The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies.
Fuentes: Comisión Europea, Banco de España e INE. Tomado de Banco de España (2015).

GRÁFICO 2.3

EVOLUCIÓN DEL PIB Y DEL PIB POTENCIAL EN ESPAÑA (a)



Notas: a. En cada caso, las líneas continuas corresponden a estimaciones, y las discontinuas a previsiones.

b. Entre 1983 y 2007, la tasa de variación media anual estimada para el PIB potencial se situó en el 2,9%. Entre 2008 y 2013, esta tasa fue del -1%.

c. Entre 1983 y 2007, la tasa de variación media anual del PIB observado se situó en el 3%. Entre 2008 y 2013, esta tasa se redujo hasta el 0,8%.

d. Tendencia prevista para el PIB potencial con anterioridad a la crisis y que se corresponde con un crecimiento medio anual del 2,9%.

Fuentes: Comisión Europea, Banco de España e INE. Tomado de Banco de España (2015).

Además del aumento de la esperanza de vida al nacer, que llegaría a los 87,7 años para mujeres y 83,2 para hombres, en 2031, el elemento clave es que el número de nacimientos seguiría reduciéndose en los próximos años continuando con la tendencia iniciada en 2009. Esto ocurriría aunque el INE prevé una ligera mejora de la fecundidad, que aumentaría el número medio de hijos por mujer desde el 1,33 de 2016 hasta el 1,36 en 2031 y 1,31 en 2066. Esta mejora se vería compensada por la reducción del número de mujeres en edad fértil –principal causante del descenso de los nacimientos– que se vería reducido en 1,8 millones en 15 años y en 3,5 millones en 50 años (un 32,7%). La resultante es una previsión de envejecimiento muy marcada de la población española en las décadas sucesivas. Frente al 18,7% de población de 65 años y más en 2016 se alcanzaría el 25,6% en 2031 y el 34,6% en 2066. En 2031 en España residirían 11,7 millones de personas mayores de 64 años, tres millones más que en la actualidad (un 34,8% más), y en 2066, 14,2 millones (un 63,1% más) (INE, 2016d).

Todo ello implicará un descenso sostenido de la población activa de 16 o más años, que disminuiría, tanto hombres como mujeres, hasta 2029 en un 8% (INE, 2016e). El descenso puede acelerarse más adelante debido al envejecimiento de la población y reducirse si se recuperara la inmigración. El aumento de la participación femenina en la población activa continuará aunque cada vez a menor ritmo. Esta evolución demográfica no sólo supone restricciones al crecimiento económico, sino también directamente mayores cargas para el sistema de salud, de pensiones y en general de protección social, y menos ingresos públicos al empeorar la relación entre activos y pensionistas.

Para compensar el negativo componente demográfico, el aumento de la productividad es clave para el crecimiento a medio plazo del producto potencial. El Banco de España en su informe 2015 enumera las mejoras y reformas que condicionan dicho aumento:

- Reformar sectores productivos importantes para el conjunto de la economía (electricidad, transportes, servicios profesionales) que pueden incrementar su eficiencia.
- Selección rigurosa de los proyectos de infraestructuras.
- Fomento de la acumulación de capital humano, perfeccionando la educación.
- Fomento de la acumulación de capital tecnológico.
- Mejora de la calidad institucional.
- Mejora de la financiación y la normativa reguladora de la creación y crecimiento empresarial (Banco de España, 2016b).

¿Está todo escrito acerca de la evolución futura de la economía española y son ineluctables las no muy halagüeñas perspectivas a largo plazo que acabamos de repasar? No lo creemos así. En primer lugar, la estimación del crecimiento potencial y de la evolución demográfica están relativamente marcados por el punto de partida: la crisis. Pero aún más importante es que la política económica y social en torno a las dos variables decisivas, tecnología y fecundidad tiene algunos grados de libertad si se desarrolla adecuadamente.

Las insuficiencias en innovación y desarrollo tecnológico, a las que nos hemos referido al discutir el estancamiento de la productividad total de los factores, nos remiten al tantas veces mencionado deficiente modelo productivo español, predominante hasta la crisis. Sin embargo, este modelo, en nues-

tra opinión, está lejos de ser uniforme. Existen áreas en las que las empresas españolas son punteras porque han incorporado tecnologías y perfiles organizativos y de negocio entre los más avanzados del mundo, como lo prueba el éxito de sus exportaciones y de su expansión global. Buena prueba son los sectores de servicios financieros, energía, confección, construcción de grandes obras públicas e ingeniería, farmacéutico, algunos aspectos de las telecomunicaciones, construcciones mecánicas, distribución, etc. También hay áreas en las que la investigación científica y aplicada es muy avanzada, como ocurre en biomedicina. Entonces, si hemos tenido éxito en el progreso de ciertas áreas, ¿por qué no lo podemos tener en otras, e incluso en el conjunto del sistema productivo? No empezamos desde cero para alcanzar un modelo productivo en el que primen el conocimiento, la innovación, la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías y formas de organización.

La demografía tampoco está totalmente fuera de nuestras decisiones. Frente a nuestra tasa de fecundidad de 1,3 hijos, Francia tiene 2,0; Suecia 1,9 y Dinamarca 1,7 (Banco Mundial, 2015). Esas tasas muy superiores son la resultante de modelos de políticas de natalidad y familia que podríamos seguir, aunque no se nos oculta su dificultad, complejidad y naturaleza de largo plazo.

En definitiva somos de la opinión de que la economía española tiene un gran potencial y numerosas ventajas a su favor. Estamos en el círculo virtuoso de los países más desarrollados y en una economía global que hay que confiar que siga creciendo. Nada está escrito para siempre. La política económica y la política general serán decisivas para conseguir el crecimiento a largo plazo. Igualmente decisiva será la política que se aplique al sistema sanitario. El futuro de la economía en general y del sistema sanitario está en nuestras manos.

RESUMEN

Como resumen de este segundo capítulo podemos decir que el crecimiento económico es la restricción fundamental para la financiación futura de las nuevas tecnologías y medicamentos y, más en general, para el progreso de nuestro sistema sanitario. Si la economía sigue una senda de crecimiento continuada y estable, su viabilidad está asegurada, siempre que las políticas aplicadas sean razonables. Cada punto de aumento anual del PIB significa que la capacidad de gasto del sistema aumenta en 681 millones de euros.

Durante los cinco años de intensa recesión (2009-2013) se produjeron caídas muy importantes de la actividad económica, la producción, el empleo y el gasto público asociadas a grandes costes sociales. Con razón ha sido designada "La Gran Recesión". En 2014 se inició una recuperación de la actividad

económica que en 2015 ha alcanzado un más que notable crecimiento del 3,2% del PIB. Dicha recuperación se ha debido a diversos factores externos e internos, estructurales y pasajeros. Destacan entre ellos la caída de los precios del petróleo y la mejora del turismo, así como la mejora de ciertas condiciones financieras y las exportaciones –gracias a las políticas monetarias superexpansivas del BCE– y el saneamiento del sector bancario (ayudado también por el apoyo europeo). La reducción a marchas forzadas del déficit público se ha visto quebrada en 2015 y 2016, a pesar de la mejora del crecimiento, por imprudentes y electoralistas rebajas de impuestos y relajamiento de la disciplina presupuestaria y no ha impedido que nuestra deuda pública se sitúe en máximos históricos. Pero el factor decisivo seguramente ha sido el proceso de recuperación de la competitividad o devaluación interna, consistente básicamente en la reducción de los niveles salariales y el endurecimiento de las condiciones de trabajo, facilitados por la reforma laboral. Esta devaluación interna ha tenido y sigue teniendo grandes costes sociales, pero ha conseguido relanzar la economía. Sin embargo, el proceso no ha sido legitimado por un nuevo contrato social protector de los desfavorecidos y la garantía de un crecimiento futuro sin brechas de desigualdades ominosas. La capacidad de resistencia y reacción de los trabajadores y las empresas españolas lanzados a la conquista de los mercados exteriores ha sido también determinante.

Actualmente los diferentes organismos públicos y privados especializados esperan que en el corto y mediano plazo persista la senda de recuperación iniciada en 2014, pero perdiendo fuelle. El crecimiento en el ejercicio 2016 presenta una evolución mejor de lo previsto, pero no tan buena como en 2015. Para 2017 y años sucesivos las expectativas son más moderadas, con grandes retos y sometidas a incertidumbres agudas, internas y externas. En 2015 y, según las previsiones, en 2016, el crecimiento ha alcanzado la media del periodo 2000 y 2008 (3,2% según el INE), época de auge de la economía. En cambio los promedios de las previsiones máximas entre 2015 y 2019 son inferiores. El muy buen ritmo actual de la recuperación parece que no se va sostener tan brillante. No se espera que España recupere el nivel de renta relativo con la zona del euro que tenía antes de la crisis hasta 2019. Habrán sido, por tanto, unos doce años perdidos en el proceso de convergencia con Europa.

Hay que huir, por tanto, del triunfalismo, ya que persisten importantes desequilibrios que suponen riesgos elevados para un crecimiento sostenido y definen a la economía española como muy vulnerable ante posibles crisis externas o internas, entre ellos el elevado desempleo y endeudamiento público y privado, particularmente con el exterior. En las actuales condiciones de pertenencia a la Unión Europea y la economía global, esta vulnerabilidad puede llegar a comprometer, en caso de crisis sobrevenida, la independencia de nuestra propia política económica e incluso nuestra independencia como país.

El crecimiento a largo plazo de la economía española depende del empleo per cápita y de la productividad del trabajo. Ésta a su vez es tributaria del capital físico y humano por trabajador y de la productividad total de los factores (PTF), cuyo determinante principal es el avance tecnológico. Pues bien, todos los analistas coinciden en el estancamiento de la PTF desde los inicios del decenio de 1990, que resultaría de la falta de flexibilidad de los mercados de capital, trabajo y productos y de la insuficiente acumulación de capital humano y tecnológico. Por su parte, las estimaciones recientes del Banco de España del crecimiento potencial de la economía española prevén una recuperación muy moderada hasta el 1,5% de media entre 2014 y 2026, lo que significa una marcada reducción de las perspectivas de crecimiento en comparación con la expansión anterior a la crisis.

Las previsiones actuales sobre la decisiva evolución demográfica son sombrías: nacimientos en declive, saldo vegetativo negativo, envejecimiento muy marcado, descenso sostenido de la población en edad de trabajar en las décadas sucesivas. Esto supone restricciones al crecimiento económico y directamente mayores cargas para los sistemas de salud, de pensiones y en general de protección social, y menos ingresos públicos al empeorar la relación entre activos y pensionistas.

¿Está todo escrito acerca de la evolución futura de la economía española y son ineluctables las no muy halagüeñas perspectivas a largo plazo que acabamos de repasar? No lo creemos así. La política económica y social en torno a las dos variables decisivas, tecnología y fecundidad, tiene grados de libertad si se desarrolla adecuadamente. El aumento de la productividad, en parte no despreciable, depende de decisiones y reformas que no están fuera de nuestro alcance. El modelo productivo español está lejos de ser uniforme. Existen áreas en las que las empresas españolas son punteras y la investigación científica y aplicada muy avanzada. Si hemos tenido éxito en ellas, ¿por qué no lo podemos tener en otras, e incluso en el conjunto del sistema productivo? La demografía tampoco está totalmente fuera de nuestras decisiones. Podemos adoptar políticas de natalidad y familia como las de Francia o Suecia.

En definitiva, somos de la opinión de que la economía española tiene un gran potencial y numerosas ventajas a su favor. Estamos en el círculo virtuoso de los países más desarrollados y en una economía global que hay que confiar que siga creciendo. La política económica y la política general serán decisivas para conseguir el crecimiento a largo plazo. Igualmente decisiva será la política que se aplique al sistema sanitario. El futuro de la economía en general y del sistema sanitario está en nuestras manos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO II

BANCO DE ESPAÑA (2015a), *Boletín Económico 9/2015*, Madrid.

— (2015b), *Informe anual 2014*, Madrid.

— (2016a), *Boletín Económico 3/2016*, Madrid. Disponible en: (<http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEconomico/descargar/16/Mar/Fich/be1603.pdf>). Consultado el 30-05-2016.

— (2016b), *Informe anual 2015*, Madrid. Disponible en: (http://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/Publicaciones_an/Informe_anual/). Consultado reiteradamente.

BANCO MUNDIAL (2015), *Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)*. Datos, Banco Mundial. Disponible en: (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>). Consultado el 10-01-2016.

COMISIÓN EUROPEA (2015), "European Economic Forecast Autumn 2015", *European Economy, Institutional Paper 011*, noviembre. Bruselas.

— (2016a), "European Economic Forecast Winter 2016", *European Economy, Institutional Paper 020*, febrero. Bruselas. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eqip/pdf/ip020_en.pdf). Consultado el 30-05-2016.

— (2016b), "Informe sobre España 2016, con un examen exhaustivo relativo a la prevención y la corrección de los desequilibrios macroeconómicos", Documento de trabajo de los servicios de la Comisión, Bruselas, 26.2.2016. SWD(2016) 78 final. Disponible en: (http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_spain_es.pdf).

— (2016c), "European Economic Forecast. Spring 2016", *European Economy. Institutional Paper 025*, mayo. Bruselas.

— (2016d), *Asuntos económicos y financieros. Situación de la economía de la UE. Zona del euro*. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/countries/euro_area_es.htm). Consultado el 21 de julio de 2016.

EUROPEAN COUNCIL-EURO-SUMMIT (2012), *Memorandum of Understanding (MoU) on financial sector policy conditionality*, Signed between Spain and the Heads of State and Government of the Euro Area countries on 20 July 2012. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2012-07-20-spain-mou_en.pdf). Consultado el 6-9-16.

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI) (2015), "World Economic Outlook, October 2015", *World Economic and Financial Surveys*. Disponible en: (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/02/weodata/index.aspx>). Consultado el 24-12-2015.

— (2016), "World Economic Outlook, April 2016", *World Economic and Financial Surveys*. Disponible en: (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/01/weodata/index.aspx>). Consultado el 30-05-2016.

FUNCAS (2015), *Panel de previsiones de la economía española*, noviembre, Madrid.

— (2016), *Panel de previsiones de la economía española*, mayo, Madrid. Disponible en: (<https://www.funcas.es/Indicadores/Indicadores.aspx?file=4>). Consultado el 30-05-2016.

GOBIERNO DE ESPAÑA (2014), *Plan Presupuestario 2015. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid. 15-10.

— (2015), *Presupuestos Generales del Estado 2016*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid, 4 de agosto. Disponible en: (<http://www.minhAFP.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Notas%20Prensa/2015/S.E.%20PRESUPUESTOS%20Y%20GAS-TOS/04-08-15%20Presentaci%C3%B3n%20PGE%202016.pdf>)

— (2016a), *Escenario Macroeconómico: Programa de Estabilidad 2016-2019. Reino de España*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. Disponible en: (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/prensa/noticias/2014/160429_estabilidad_present.pdf). Consultado el 30-05-2016.

— (2016b), *Plan presupuestario 2017. Informe de acción efectiva. Reino de España. 14-10*. Disponible en: (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/161017_plan_presupuestario.pdf). Consultado el 30-11-16.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2016a), *Producto Interior Bruto. PIB. Crecimiento en volumen (Base 2010)*, sección prensa. Disponible en: (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft35/p008&file=inebase&L=0>). Consultado el 26-10-2016.

— (2016b), Notas de prensa. Contabilidad Nacional Trimestral de España. Base 2010. Tercer trimestre de 2016. 24 de noviembre. Disponible en: (<http://www.ine.es/prensa/cntr0316.pdf>). Consultado el 30-11-2016.

— (2016c), *Encuesta de Población Activa (EPA). Tercer trimestre de 2016*. 27 de octubre. Disponible en: (<http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0316.pdf>).

— (2016d), Notas de prensa. Proyecciones de población 2016-2066. 20 de octubre de 2016. Disponible en: (<http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>).

— (2016e), Proyecciones de tasas de actividad globales y específicas por grupos de edad y sexo 2016-2029, Madrid. Disponible en: (http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/proyecciones/epa_proyec_2016-2029.pdf).

LABORDA, A. (2015), El proceso de reconstrucción avanza a buen ritmo. *El País*, 29-11-2015. Disponible en: (http://economia.elpais.com/economia/2015/11/27/actualidad/1448638433_471035.html).

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (MSSSI) (2016), *Estadística de Gasto Sanitario Público: Principales Resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: (<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>). Consultado el 25-07-2016.

MYRO, R. (2013), "Crecimiento económico y cambio estructural", en: GARCÍA DELGADO, J. L. y R. MYRO, *Lecciones de Economía Española*, Thomson Reuters-Civitas. Madrid.

OECD (2015), *Economic Outlook 98*. Volume 2015, Issue 2. Disponible en: (http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-outlook-volume-2015-issue-2_eco_outlook-v2015-2-en). Consultado el 24-12-2015.

— (2016a), *Health Statistics and Economic References 2016*. Disponible en (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) y (http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_ECOR). Consultado el 26-10-2016.

— (2016b), *OECD Economic Outlook*, Volume 2016, Issue 1. Disponible en: (http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-outlook-volume-2016-issue-1_eco_outlook-v2016-1-en). Consultado el 24-12-2015.

PRADOS DE LA ESCOSURA, L. (2015), 30 años en la UE, una visión desde la historia económica, *El País Negocios*, 25-10-2015. Disponible en (http://economia.elpais.com/economia/2015/10/23/actualidad/1445594159_022447.html).

III. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA FISCAL ESPAÑOL Y DEL ORDEN EUROPEO DE ESTABILIDAD Y CRECIMIENTO

En este capítulo estudiaremos cómo el sistema fiscal español y las reglas y el orden europeo de estabilidad y crecimiento dibujan un marco en el que se inscribe necesariamente nuestro SNS. La situación concreta del sistema fiscal y la pertenencia a la Unión Europea y al euro por un lado le imponen restricciones, pero por otro le abren oportunidades que no se pueden desdeñar.

Alegaremos que los desequilibrios fiscales, es decir un déficit grande y sistemático y una deuda de gran magnitud, comprometen el crecimiento económico y, por tanto, también la posibilidad de destinar un flujo creciente de recursos a la financiación del sistema sanitario. Veremos también que nuestro sistema impositivo no es capaz de recaudar suficientes fondos para financiar nuestro Estado de bienestar. La cuestión, entonces, no es sólo cómo controlar el déficit, sino también cómo incrementar los ingresos públicos. Hemos de conocer entonces las líneas generales del debate sobre la reforma de nuestro sistema fiscal.

El desarrollo de la Unión Económica y Monetaria (UEM) europea ha cambiado y reglado la política presupuestaria española, sujetándola a un conjunto de normas que constituyen lo que llamamos el “orden europeo de estabilidad y crecimiento”. Dedicamos gran atención, por consiguiente, a las consecuencias que este marco de actuación supone para nuestro sistema sanitario. El problema se complica porque los presupuestos de las administraciones públicas españolas, a raíz de la crisis, han incurrido en grandes déficit, que si bien vienen disminuyendo desde 2013 todavía resultan excesivos. La deuda pública se sitúa en 2016 a niveles desconocidos en nuestra historia reciente. Estamos por tanto, todavía lejos de cumplir los objetivos señalados por los tratados europeos. Además hemos incumplido reiteradamente los calendarios comprometidos. Como las consecuencias de esta trayectoria son bien negativas, también para nuestro sistema sanitario, les dedicamos atención redoblada en las páginas siguientes.

Este capítulo en su último apartado examina en detalle las medidas recientes de política presupuestaria tocantes al SNS, desarrolladas en este contexto. ¿Los planes nacionales de reformas, los planes de estabilidad y los planes

presupuestarios propuestos anualmente por nuestro Gobierno, así como las recomendaciones que efectúan la Comisión y el Consejo de la Unión Europea, responden a un diagnóstico certero de los problemas de nuestro SNS? ¿Reposan en una visión estratégica correcta del futuro al que debe encaminarse, con medidas bien planteadas y coordinadas en un plan armónico? Veremos que la respuesta es desgraciadamente negativa.

3.1. LOS DESEQUILIBRIOS FISCALES COMPROMETEN EL CRECIMIENTO

En la terminología económica habitual se entiende por política fiscal el conjunto de actuaciones y medidas gubernamentales que se refieren tanto a los ingresos como a los gastos públicos. A unos y otros nos vamos a referir en este capítulo, aunque nos extenderemos mucho más sobre los gastos, pues la política sanitaria es fundamentalmente una política de gasto. A esta vertiente de la política que se refiere a los gastos también llamamos política presupuestaria.

Los actuales niveles de la deuda pública, que, medidos en relación con el PIB, están en torno al cien por cien y que son consecuencia de los déficit anuales reiterados desde el comienzo de la crisis, están a "...un nivel nunca visto en la historia reciente de España..." (Banco de España, 2014: 106). En el capítulo anterior ya hemos establecido la relación entre déficit y vulnerabilidad de nuestra economía. Conviene desarrollar esta idea para aclarar las vías hacia un crecimiento sano y estable en el largo plazo. Los riesgos que supone un desequilibrio fiscal persistente son expuestos con gran claridad por el Banco de España, al que seguimos ahora punto por punto:

- Déficit y deuda altos y sostenidos elevan los tipos de interés y por tanto pueden reducir la inversión privada y el crecimiento en el medio plazo.
- Para mantener un nivel alto de deuda es necesario conseguir sustanciales superávit presupuestarios primarios (descontado los intereses o servicio de la deuda), lo que puede requerir elevar los impuestos y reducir el gasto productivo con consecuencias negativas para el crecimiento potencial de la economía.
- Altos niveles de déficit y deuda pública reducen el marco de actuación de la política fiscal contracíclica en momentos de depresión, cuando resulta particularmente necesaria si se forma parte del euro y no se puede desarrollar una política monetaria autónoma, ni devaluar la moneda.

- La necesidad de pedir empréstitos recurrentes a los mercados vuelve vulnerable a la economía frente a la volatilidad de éstos, como hemos comprobado hasta la saciedad en la reciente crisis de la deuda.
- En el medio plazo, el envejecimiento de la población y la moderación del crecimiento económico y la inflación obligarán a mantener superávits fiscales significativos si se quiere reducir la deuda (Banco de España, 2014: recuadro 4.2).

Como no puede ser de otra manera reducir una deuda de tal magnitud exige un ajuste fiscal “considerable y continuado”. Además es fundamental cumplir las reglas fiscales españolas y europeas para hacer creíble la política de consolidación fiscal ante los agentes económicos y conseguir tipos de interés moderados a largo plazo (que facilitarían el proceso), así como reformas estructurales que permitan incrementos de la productividad y del crecimiento económico (*Ibid.*). Por consiguiente, se ha de comprometer en esta difícil tarea a todos los sectores que dependen del gasto público y desde luego al sector sanitario. En los próximos apartados veremos cómo se concreta esta gigantesca empresa y el marco en el cual se ha de desarrollar.

3.2. LA BRECHA DE INGRESOS PÚBLICOS, EL DÉFICIT Y LA EXPLOSIÓN DE LA DEUDA Y CÓMO SUPERARLAS

Una de las dimensiones fundamentales de la vulnerabilidad de la economía española es, ciertamente, el déficit público del conjunto de las administraciones públicas que padecemos desde el comienzo de la crisis. Como se ve en el cuadro 3.1 el superávit de 2007 se trastocó rápida y violentamente en déficit del -4,7%, 2008 y un increíble -11,0% en 2009. Este desplome en barrena hizo bien visibles las debilidades de la economía española y fue –junto con la gran magnitud también de la deuda privada– la causa fundamental de la desconfianza de los mercados, que barruntaron que si esa evolución proseguía el país podía caer en una espiral de déficit y deuda crecientes que le llevara a la insolvencia. La segunda depresión y el rescate bancario llevaron el déficit de 2012 nuevamente a una cota elevadísima. Desde entonces un casi heroico proceso de consolidación fiscal consiguió rebajar sustancialmente el desequilibrio, aunque la política fiscal electoralista del Gobierno en 2015, con rebajas de impuestos irresponsables, impidió alcanzar los objetivos comprometidos con la Unión Europea que nuestra recuperación hubiera permitido y obliga a afrontar nuevos ajustes en 2017. Por su importancia para el sistema sanitario es obligado discutir las posibles salidas a este desequilibrio, empezando por nuestro sistema tributario que es responsable principal aunque no único de esta situación. Después proseguiremos con las relaciones en el terreno fiscal entre España y la Unión Europea

CUADRO 3.1

ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. ESPAÑA: CAPACIDAD (SUPERÁVIT) O NECESIDAD DE FINANCIACIÓN (DÉFICIT). CIFRAS EJECUTADAS
(En % del PIB)

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% del PIB	2,0	-4,4	-11,0	-9,4	-9,6	-10,5	-7,0	-6,0	-5,1

Fuente: Banco de España, *Boletín estadístico*, diciembre 2016.

que condicionan fundamentalmente nuestros presupuestos y la evolución de los recursos que podemos dedicar a sanidad.

Alesina y Ardagna (2012) han resumido el debate sobre las distintas consecuencias de los ajustes fiscales. Las preguntas relevantes son: ¿Cuál es la mejor combinación de recortes en el gasto y de incrementos de impuestos para conseguir reducciones permanentes del déficit y la deuda pública? ¿Qué alcance tienen las pérdidas de producción y empleo asociadas? ¿Se pueden eliminar totalmente? Estos autores responden que los ajustes fiscales basados en recortes del gasto, en general han dado lugar a reducciones de la deuda más duraderas y causan recesiones menos severas. El debate también ha llegado a España. De Paz y Mulas (2012) defienden que los recortes basados en el gasto público tienen un impacto negativo en la distribución de la renta mayor que los que se basan en un aumento de ingresos (lo cual no es incompatible con las conclusiones de los autores anteriores).

Voces autorizadas han afirmado que contamos “con un sistema impositivo muy ineficiente que no es capaz de recaudar suficientes recursos para financiar nuestro Estado de Bienestar. En concreto, estimamos que *el déficit estructural está en torno al 3%*” (es decir, depurados los efectos cíclicos y otros efectos temporales) (Conde-Ruiz *et al.*, 2015: 2). En efecto, nuestro sistema fiscal adolece de rigideces que se han puesto de manifiesto en la crisis económica desencadenada en 2008. La crisis determinó un aumento del gasto público, particularmente de las prestaciones por desempleo, ante el aumento desatado del paro¹. Pero por otro lado, los ingresos públicos cayeron de forma espectacular pues estaban ligados a un modelo de crecimiento ligado a la construcción que la crisis había yugulado. Las preguntas pertinentes entonces no son sólo cómo

¹ El gasto público en crisis crece por la caída del PIB y por los estabilizadores automáticos, como las prestaciones por desempleo. Además, en España desde el segundo trimestre de 2008 hasta el tercero de 2011 el empleo público total creció casi en 350.000 personas (13%) (Boldrin y Conde-Ruiz, 2012).

controlar y conseguir que el gasto público no se desboque, de tal manera que no incurramos en déficit sistemáticos y aumentos de la deuda pública imposibles de mantener. También procede preguntarse *¿cómo aumentar permanentemente los ingresos públicos y eliminar nuestro déficit estructural? ¿Cómo aumentar las bases fiscales gravadas y reformar el sistema, de tal manera que aumente la recaudación sin afectar al crecimiento económico?*

El cuadro 3.2 recoge la evolución reciente de los gastos públicos en los países europeos más relevantes para nosotros. En él se aprecia cómo nuestro gasto público es inferior al de los países europeos más importantes y que al estallar la crisis, entre 2007 y 2009, aumentó 6,7 puntos del PIB. Compartimos la opinión de que aun cuando "...el esfuerzo de contención del gasto debe continuar, lo cierto es que... es difícil que se sitúe por debajo de los niveles actuales en el futuro. La explicación reside en que en las próximas décadas la caída del gasto actual será compensada por dos fuerzas... El envejecimiento de la población (y el consecuente aumento de los gastos asociados en pensiones, sanidad, dependencia) ... y ...el servicio de la deuda pública cercana al 100% del PIB. Si... esto lo unimos al hecho de que España presenta un nivel de gasto público inferior a la media europea, creemos que... hay poco margen para situar en el medio plazo el gasto por debajo de los niveles actuales. Por lo tanto, *no creemos que sea factible la vía de reducir el déficit estructural a través del recorte del gasto sin dismantelar o debilitar importantes programas del Estado de Bienestar... La única vía posible es aumentar los ingresos*". (Conde-Ruiz et al., 2015: 6).

CUADRO 3.2
GASTO DEL SECTOR PÚBLICO 2007-2015. PAÍSES EUROPEOS SELECCIONADOS
(En % del PIB)

Año	2007	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Variación 09-07	Variación 12-09	Variación 15-12
Alemania	42,7	47,4	44,6	44,1	44,3	44,3	43,9	4,7	-3,3	-0,2
Francia	52,2	56,8	55,9	56,6	57,1	57,3	56,8	4,6	-0,2	0,2
Italia	46,8	51,1	49,1	50,4	50,5	51,2	50,5	4,3	-0,7	0,1
España	38,9	45,6	44,9	43,6	43,8	44,5	43,3	6,7	-2,0	-0,3
Reino Unido	42,6	49,3	46,5	46,8	45,2	43,9	43,2	6,7	-2,5	-3,6
Zona del euro (16)	45,4	50,6	49,0	49,0	49,2	49,3	48,6	5,2	-1,6	0,4
UE (28 países)	---	---	48,5	48,5	48,3	48,2	47,4	---	---	-1,1

Nota: No se incluyen ayudas al sector financiero.

Fuentes: Eurostat. Tomado de Conde-Ruiz et al., 2015 y Eurostat, 2016.

CUADRO 3.3

INGRESOS DEL SECTOR PÚBLICO 2007-2015. PAÍSES EUROPEOS SELECCIONADOS
(En % del PIB)

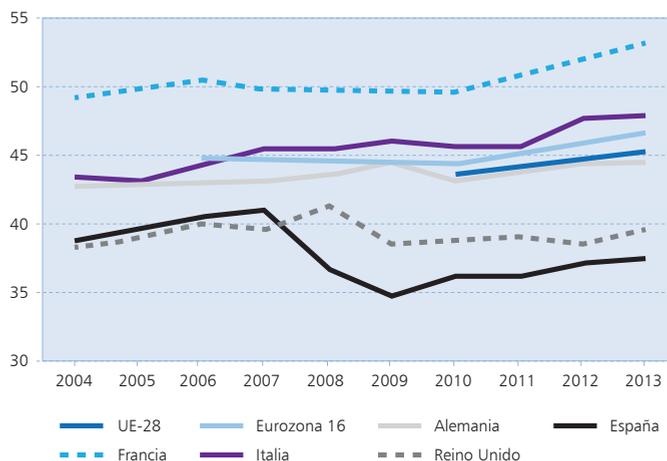
Año	2007	2009	2011	2012	2013	2014	2015	Variación 09-07	Variación 12-09	Variación 15-12
Alemania	43,1	44,4	43,7	44,3	44,5	44,6	44,6	1,3	-0,1	0,3
Francia	49,7	49,6	50,8	51,8	53,0	53,4	53,2	-0,1	2,2	1,4
Italia	45,2	45,9	45,6	47,4	47,7	48,2	47,9	0,7	1,5	0,5
España	40,9	34,8	36,0	37,0	37,5	38,6	38,2	-6,1	2,2	1,2
Reino Unido	39,6	38,5	38,9	38,4	39,5	38,3	38,8	-1,1	-0,1	0,4
Zona del euro (16)	44,7	44,4	44,9	45,9	46,6	46,8	46,6	-0,3	1,5	0,7
UE (28 países)	---	---	44,0	44,6	45,3	45,2	45,0	---	---	0,4

Fuentes: Eurostat. Tomado de Conde-Ruiz *et al.*, 2015 y Eurostat, 2016.

El cuadro 3.3 recoge la evolución reciente de los ingresos públicos en España y otros países europeos seleccionados. El gráfico 3.1 amplía dicha comparación. El gráfico 3.2 recoge la presión fiscal en los países de la Unión Europea. Como se ve, en España los ingresos se derrumbaron 6,1 puntos al irrumpir

GRÁFICO 3.1

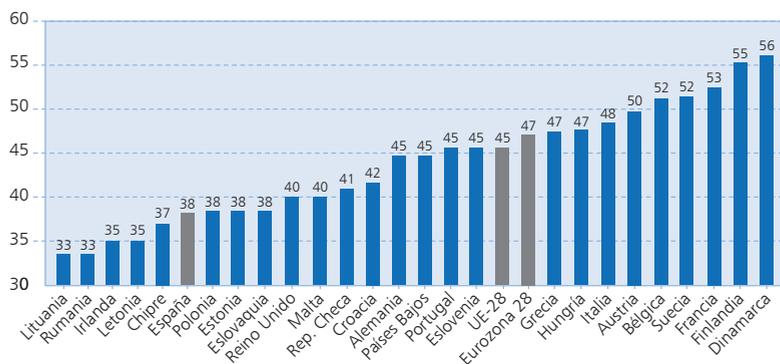
INGRESOS TOTALES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS
PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA 2013
(En % del PIB)



Fuente: Eurostat. Tomado de Conde-Ruiz *et al.*, 2015.

GRÁFICO 3.2

**INGRESOS TOTALES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS
PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA 2013**
(En % del PIB)



Fuente: Eurostat. Tomado de Conde-Ruiz et al., 2015.

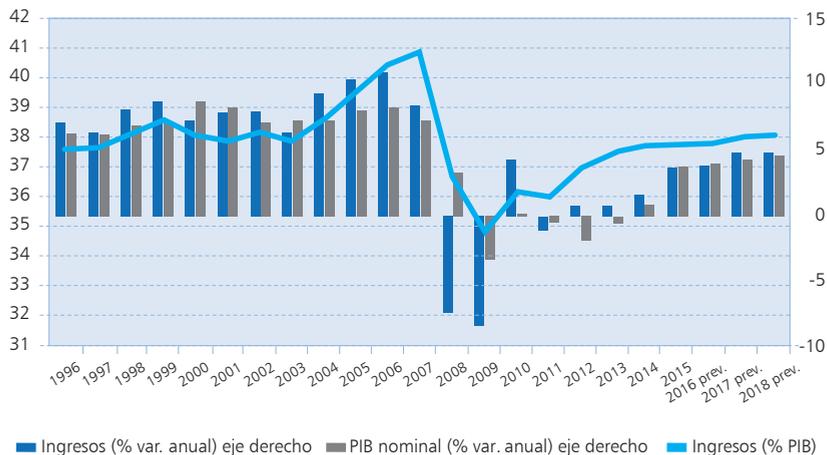
la crisis. En 2013 España tenía una recaudación tres puntos inferior a la previa a la crisis. En 2015 la presión fiscal es inferior en 6,8 puntos a la media de la Unión Europea de 28 países y en 8,4 puntos a la de los países de la eurozona, a pesar de la subidas impositivas de 2012. Aumentar nuestra presión fiscal para atender nuestro Estado de bienestar sería armonizarlos con Europa.

En el gráfico 3.3 mostramos la evolución de los ingresos públicos en España entre 1996 y 2014 y previsiones hasta 2018. Se aprecia claramente el derrumbe de los ingresos respecto del PIB durante la crisis, que ya se apreciaba en el gráfico 3.1. En el gráfico 3.4 unimos a los ingresos la evolución de los gastos públicos en España entre 2006 y 2014, así como la proyección hasta 2019 efectuada por el FMI. El área entre ambas curvas representa la brecha abierta por la crisis y las insuficiencias de nuestro sistema fiscal. Desde su comienzo hasta 2012 el gasto público había aumentado 4,4 puntos del PIB, mientras que los ingresos habían caído seis puntos hasta situarse en el 35%. Ni siquiera al final del periodo contemplado en el gráfico se recuperarían los ingresos a los niveles previos a la crisis.

Esta gravísima brecha fiscal ha dado lugar a una *explosión de la deuda pública* sin precedentes en nuestra historia reciente. El gráfico 3.5 muestra las cifras efectivas y las previsiones de endeudamiento de las administraciones públicas (DAP) hasta el 2017. El gráfico es revelador: la crisis ha multiplicado nuestra deuda en términos del PIB al doble, elevándola al 100%. El Gobierno preveía en 2014 que en 2016 comenzaríamos a reducir la deuda en relación con el PIB.

GRÁFICO 3.3

INGRESOS TOTALES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS ESPAÑA, 1996-2018 (En términos de Contabilidad Nacional)
(En % del PIB)

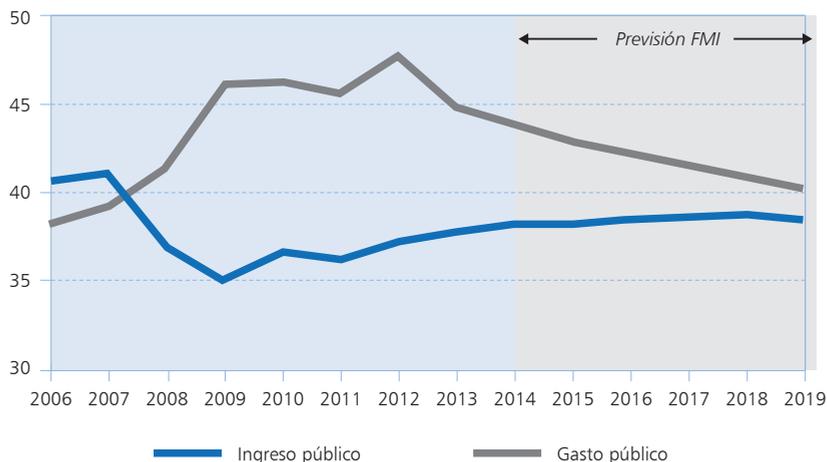


Fuentes: IGAE y Gobierno de España, 2015.

En 2015 quedó en el 99,8% (metodología del PDE) y al fin del segundo trimestre de 2016 estaba en el 101,0%, aunque parece que el año 2016 terminará algo por debajo del anterior. Queda, sin embargo, mucho camino por recorrer,

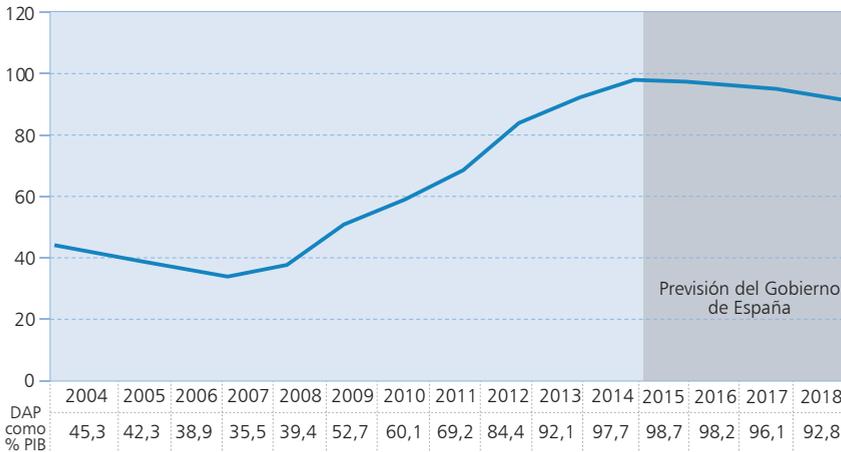
GRÁFICO 3.4

INGRESOS Y GASTOS PÚBLICOS. ESPAÑA. 2006-2019
(En % del PIB)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de *El Monitor Fiscal* (Fondo Monetario Internacional, 2014a).

GRÁFICO 3.5

DEUDA TOTAL DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (DAP) EN ESPAÑA
(En % del PIB)


Fuentes: 2004-2014: Banco de España (2015). Previsiones para 2015-2017: Gobierno de España (2014); Plan Presupuestario (2015).

hasta alcanzar el nivel máximo del 60% comprometido según los tratados europeos. En 2016 los días de trabajo necesarios por persona para pagar la deuda pública total (teniendo en cuenta el PIB por persona) superarían el año (entre 498 días un extremeño y 264 días un vasco) (AIREF, 2016a). La AIREF estima que si bien la deuda pública total respecto al PIB presenta un perfil sostenible o decreciente, en especial, a partir de 2018, el conjunto de las AA.PP. no alcanzaría el valor de referencia del 60% del PIB hasta el año 2036 (AIREF, 2016b).

Parece claro entonces que no podemos tener una presión fiscal por debajo del 40% del PIB, porcentaje que tomó por base el informe de la comisión de expertos sobre la reforma tributaria (Lagares, 2014) y contiene el programa de estabilidad español de 2014 (Gobierno de España, 2014). “Nos parece imposible sostener nuestro Estado de bienestar con una presión fiscal tan baja” (Conde-Ruiz y Rubio-Ramírez, 2014). “No podemos tener los ingresos sobre PIB más bajos de Europa y aspirar a tener un Estado de Bienestar entre los más generosos. Los impuestos de EE.UU. y los gastos públicos de Alemania no son compatibles” (Boldrin y Conde-Ruiz, 2012).

La disminución de ingresos durante la crisis además de los efectos de la recesión “sólo puede explicarse por un sistema impositivo mal diseñado donde una parte importante de los ingresos venían de la burbuja inmobiliaria” y con una

estructura que daña al crecimiento económico (Boldrin y Conde-Ruiz, 2012). Los impuestos sobre la renta y sociedades están afectados de altas dosis de evasión y deducciones y exenciones fiscales excesivas. El tipo efectivo del IRPF es del 16% y el de sociedades el 19%, mientras que los marginales sobre trabajadores y empresas más productivas llegan al 56% y al 30%. “El peor de los mundos posibles” (Boldrin y Conde-Ruiz, 2012). En 2012 España tenía los tipos marginales del IRPF más altos de Europa (*ibid.*, 13).

Por todo ello analistas muy destacados han planteado recientemente *reformas fiscales en las que el aumento de ingresos es el hilo conductor*. Ello es así teniendo en cuenta que aunque el problema del fraude y la evasión fiscal es muy importante, su resolución no nos permitiría colmar la brecha de ingresos que padecemos. El Banco de España subraya que “existe un margen para considerar una recomposición de la imposición, otorgando un mayor peso a la de carácter indirecto, así como una racionalización adicional de la amplia gama de deducciones bonificaciones y reducciones que erosionan la capacidad recaudatoria” (Banco de España, 2016: 33). La propuesta de Conde-Ruiz *et al.* (2015) se orienta a incentivar el empleo (sobre todo el de alta calidad por sus efectos multiplicadores sobre el resto) y el crecimiento, con los siguientes rasgos generales muy resumidos:

- Mantener las características distributivas del actual sistema en su conjunto.
- Reforma del IRPF y del impuesto de sociedades de acuerdo con los lineamientos siguientes:
 - Neutralidad sobre su capacidad recaudatoria.
 - Eliminación de exenciones y deducciones.
 - Transferir la progresividad hacia la rentas verdaderamente altas y de origen patrimonial (elevación de mínimos exentos generales, reducción de los tipos marginales superiores, nuevo impuesto sobre la riqueza).
- Seguir reformando el IVA, favoreciendo a menos bienes y servicios con tipos reducidos, concentrando éstos, aún más de lo que se hizo en 2012, en una cesta muy pequeña de bienes de primera necesidad, de modo que su recaudación se situara en la media europea. Sería fuente importante de los aumentos de ingresos. Exigiría medidas redistributivas adicionales a favor de las familias de menos ingresos por la vía de los ingresos y los gastos.
- Elevar la recaudación de impuestos especiales y precios públicos, a la media europea también con un efecto recaudatorio esperado importante.

- Nuevo impuesto sobre la riqueza.

Boldrin y Conde-Ruiz (2012) también han planteado:

- Reducir las cotizaciones a la Seguridad Social (lo que exige nuevas reformas del sistema de pensiones).
- Profundizar en el federalismo fiscal, cuestión a la que nos referimos en el capítulo siguiente.

Tenemos que destacar por su importancia para el sector sanitario que la propuesta considera un aumento de la recaudación por “recursos de la producción” o precios públicos por los bienes y servicios prestados por parte de las administraciones públicas de gran magnitud: pasar del 1,1 actual al 2,6% sobre el PIB en el que se sitúa la media europea. Estos recursos o precios públicos incluyen los copagos sanitarios. Desgraciadamente en el estudio no se proporcionan detalles sobre este aspecto.

En *resumen*, en estos dos apartados iniciales del capítulo hemos insistido en que los desequilibrios fiscales, déficit y deuda elevados y sistemáticos constituyen obstáculos al crecimiento económico. En España el déficit público en 2015 alcanzó 5,1 puntos porcentuales del PIB, y la deuda el 100% del PIB, niveles de los más elevados de la Unión Económica y Monetaria europea. Para pagar la deuda cada español en 2016 tendría que trabajar algo más de un año y se estima que no podremos rebajarla hasta el nivel objetivo del 60% del PIB, marcado por las normas europeas y españolas, hasta 2036. Esto se explica en parte porque nuestro sistema impositivo es ineficiente. En 2015 la presión fiscal en España es inferior en 8,4 puntos a la de los países de la eurozona. En el debate sobre la reforma de nuestro sistema fiscal la opinión que mantiene que no se trata sólo de controlar el déficit, sino también de incrementar los ingresos públicos, es una postura seria y bien fundamentada. Obviamente choca de frente con las leyes 26 y 27/2014 y el Real Decreto-Ley 9/2015 que redujeron el Impuesto sobre la renta de las personas físicas y el impuesto de sociedades, sin duda como señuelo poco responsable ante las elecciones generales de 20 de diciembre de 2015.

3.3. EL DESARROLLO DE LA UNIÓN ECONÓMICA Y MONETARIA Y LA POLÍTICA PRESUPUESTARIA ESPAÑOLA

Los Presupuestos Generales del Estado y los de las comunidades autónomas están decisivamente condicionados por el orden y la disciplina que nuestra

pertenencia a la Unión Europea y al euro imponen a la política fiscal española. El nivel del gasto público en sanidad no es autónomamente determinado por nuestras autoridades, sino que depende, en buena medida, de los equilibrios generales macroeconómicos y fiscales pactados con las distintas instancias europeas en función de los intereses generales de la Unión.

Ser *socio de la Unión Europea* desde 1986 ha supuesto enormes *ventajas* para España. Formar parte de la unión monetaria y compartir el euro también ha tenido efectos muy positivos. Participar en el euro desde el principio generó confianza en nuestra economía por pertenecer a un club selecto de países desarrollados, aportó flujos de inversiones cuantiosas, estabilidad de precios y ahorros derivados de la simplificación de las transacciones de todo tipo con los demás miembros. La crisis desencadenada en 2007-2008, sin embargo, afloró *las insuficiencias y limitaciones de la unión monetaria*. Tras la reunificación de Alemania –que suscitaba muchos recelos entre los antiguos adversarios de dos guerras mundiales– el euro fue puesto en marcha como un proyecto político de impulso de la Unión Europea. No todos los cabos quedaron atados y se confió en resolver los problemas pendientes en el futuro y con sucesivos envites políticos. La unión monetaria se diseñó sin que avanzara simultánea y decididamente la integración de la política fiscal, la otra gran dimensión de la política económica, con lo que las diferencias en los niveles de desarrollo y distintos ritmos entre países de la coyuntura económica son difícilmente abordables. Además, la unión monetaria implica un sistema de tipos de cambio fijos entre los miembros, por lo que no cabe que recurran a las devaluaciones en situaciones de pérdida de competitividad que comprometen el equilibrio exterior de la economía de un país. Anteriormente España resolvía, no sin costes, las crisis de este tipo recurriendo a la devaluación de la peseta. También supone el euro una interdependencia financiera que necesita de mecanismos integrados de garantía y supervisión del sistema financiero que no se establecieron de forma suficiente.

Las *primeras respuestas europeas a la profunda crisis* económica son las muy desafortunadas medidas de austeridad y recortes aceleradas y simplistas y, sobre todo, la inacción monetaria inicial del BCE y la ausencia de proyectos de inversión pública de las propias instituciones europeas o apoyadas por ellas. Con el euro la opción de devaluar está vedada y cuando llega la crisis las políticas de austeridad impuestas por Alemania y otros países fuerzan en España la “devaluación interna”, es decir, un proceso de reducción salarial y empeoramiento de las condiciones de trabajo para recuperar competitividad que, acompañada del imprescindible saneamiento financiero, relance la economía, al precio de recortes y grandes sufrimientos sociales. Austeridad y recortes no son acompañados por un plan coherente de amplias reformas estructurales, con algunas excepciones –en ciertos casos discutibles o limitadas– como las del mercado laboral, el sistema financiero y la disciplina financiera y fiscal de

las CC.AA. El SNS desde luego sufre recortes lineales –reducciones de precios y salarios y nuevos copagos demasiado altos para todos e inequitativos para los activos de menor renta– y una medida claramente regresiva, la supresión de la universalidad.

Con posterioridad, sobre todo desde 2012, los graves errores de la política económica de gestión de la crisis cometidos por la Unión, son enderezados, al menos en el campo de la *política monetaria* desde que el BCE comienza a intervenir decisivamente. Esto permite un gran respiro financiero para el sector público y el sector privado españoles, con reducción de la prima de riesgo/país y mejora de las condiciones del crédito. Las medidas fiscales europeas de gasto, por el contrario, todavía están resultando insuficientes, aunque se están dando pasos notables, como el Plan Juncker de inversiones, o el gran giro de la Comisión al proponer con su “posición fiscal” de noviembre de 2016 una expansión del gasto público del 0,5% del PIB equivalente a unos 50.000 millones de euros que lamentablemente ha sido rechazada por los países miembros en el Consejo (ECOFIN) (Comisión Europea, 2016b), (Moscovici, 2016). En todo caso, a la altura de 2016, la austeridad estricta, acelerada y simplista parece estar ya bastante desacreditada en Europa, las intervenciones del BCE han flexibilizado los márgenes de libertad de la política fiscal y la economía española crece con las expectativas y limitaciones que hemos mencionado en el capítulo 2. Desgraciadamente, los niveles de nuestra deuda pública, prácticamente en el 100% de nuestro PIB, y todavía de la deuda privada, unidos a otras características, configuran una economía vulnerable, como argumentamos en el capítulo 2, que no permite muchas alegrías y obliga a seguir una senda de consolidación fiscal exigente.

Hay que separar el marco general europeo de garantía de la estabilidad y el crecimiento, de los graves errores cometidos por la Unión con las políticas de austeridad y recortes desarrolladas para afrontar la crisis. Éstas no tienen que desacreditar para siempre una política fiscal equilibrada y hacer pensar que la consolidación fiscal, es decir, el establecimiento de una estructura y una dinámica fiscal que compatibilice los ingresos y los gastos públicos, está reñida con el crecimiento económico.

El “orden y concierto” y la disciplina del club europeo y más aún del euro es positiva para los intereses de los ciudadanos españoles y para nuestro crecimiento a largo plazo. Aludimos aquí a la idea alemana de *ordnung*, de los economistas Eucken y Ropke, que entre nosotros ha difundido incansablemente el profesor Velarde. Se trata del orden económico “que combina la libertad de mercado con un Estado fuerte que impone y vigila las reglas del mercado (seguridad jurídica, libre entrada, competencia) y una moneda sólida que evita los atajos inflacionistas” (Garicano, 2012).

Una gran ventaja es que, este orden y disciplina y las medidas que conllevan, no están tan condicionadas por el ciclo electoral a corto plazo, como lo pueden estar los partidos o los gobiernos nacionales. No están hipotecadas por la búsqueda de votos con estrechas miras que prefieren seducir al electorado con promesas ilusorias y gastos ineficientes, antes que proponerle medidas a primera vista impopulares. El empujón desde Bruselas permite superar la visión alicorta y propensa al derroche ineficiente que en ocasiones los ritmos electorales estimulan en los gobiernos y en los partidos políticos¹. Orden y disciplina europeos pueden impulsar, pues, las necesarias reformas estructurales y ayudar a superar las resistencias que oponen a ellas colectivos determinados, en particular los grupos de interés, en detrimento del bien general.

En concreto, las restricciones fiscales que tienden a limitar los déficit públicos excesivos y sistemáticos, son necesarias para el crecimiento español sostenible a largo plazo, en particular si se desarrollan como equilibrio presupuestario a lo largo de todo el ciclo de la coyuntura económica, de forma contracíclica, de modo que los superávits de los periodos de bonanza compensen los déficit en los que pueda incurrirse en momentos de recesión. Y el crecimiento es condición necesaria para el aumento futuro del gasto en sanidad. La mejor forma de garantizar la viabilidad de nuestro sistema sanitario es reemprender una senda de crecimiento económico acelerado y estable.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la pertenencia a la Unión y al euro nos impone obligaciones solidarias frente a nuestros socios, no sólo derechos y ventajas. Nuestra economía es muy grande y su desestabilización puede representar una amenaza y ocasionar graves perjuicios a toda la eurozona y, más allá, a toda la UE y a la economía internacional en su conjunto. Los compromisos con la UE y la eurozona suscritos por los países miembros, incluido España, nos obligan a la estabilidad presupuestaria y a limitar la deuda pública, lo que exige culminar el proceso de consolidación fiscal. Este proceso puede requerir todavía un control estricto del gasto público, mejoras de eficiencia del sistema tributario y aumento de impuestos y, por tanto, de la presión fiscal. Todo ello exige profundizar en reformas estructurales, desde luego también en el sistema sanitario.

En suma, todo este panorama debe ser contemplado ya a finales de 2016, más como un conjunto de *oportunidades abiertas* que como un proceso inevitable de recortes y medidas de austeridad recurrentes. Quizás lo más importante es que el Pacto de Estabilidad y Crecimiento de 1997, el Tratado de Estabilidad,

¹ Fernández Ordóñez (2015) no ve cercanas las reformas subsanadoras de los desequilibrios económicos en la coyuntura actual (año electoral, crecimiento del PIB, financiación por el BCE a tipos de interés muy bajos, el euro depreciado con respecto al dólar).

Coordinación y Gobernanza de la Unión Económica y Monetaria de 2012 y, en general, la supervisión europea están suponiendo la puesta en marcha, aunque sea titubeante y mal planificada, de reformas estructurales.

Como es sabido, la Unión Europea ha unificado la política monetaria pero no plenamente la política fiscal. El federalismo fiscal no existe en la Unión Europea (Aixalá, 2013). Los presupuestos siguen siendo responsabilidad de las autoridades nacionales, pero están sometidos a una intensa *supervisión por parte de los organismos de la Unión que nos aproxima cada vez más al federalismo fiscal*. La base legal de dicha supervisión está constituida por el Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC) de 1997 y desde 2013, además, por el Tratado de Estabilidad, Coordinación y Gobernanza de la Unión Económica y Monetaria de 2012 (también llamado “pacto fiscal europeo”) (Unión Europea. Unión Económica y Monetaria, 2012). El fin es que la situación presupuestaria de las administraciones públicas sea de equilibrio o de superávit en el largo plazo, lo que se considera fundamental para mantener una senda de crecimiento futuro estable.

El Pacto de Estabilidad y Crecimiento se adoptó como complemento necesario de la creación del euro y tiene por objetivo impedir déficit públicos excesivos que pueden resultar incompatibles con la política monetaria única, de modo que no pueden superar, según las reglas iniciales, el 3% del PIB como objetivo de estabilidad presupuestaria de corto plazo. Establece actuaciones preventivas, básicamente la presentación y aprobación anual de un programa de estabilidad. También incluye actuaciones correctivas, el “Procedimiento de Déficit Excesivo” para el caso en que se incumpla el límite de déficit (EDP por sus siglas en inglés). Si el país no cumple las condiciones impuestas para reconducir los presupuestos puede abrirse un expediente sancionador. En 2005, debido a los problemas de Alemania y Francia, se consintió que el límite sea más flexible cuando concurren circunstancias excepcionales. En 2011 la supervisión se reforzó al marcarse un objetivo presupuestario a medio plazo para cada país y un calendario para la discusión de los programas de estabilidad. Los incumplimientos pueden dar lugar a advertencias y, en última instancia, procedimientos sancionadores. La vertiente correctiva también se reforzó al integrarse en el pacto un nuevo criterio: la deuda pública no ha de superar el 60% del PIB. Si es así, debe reducirse hasta ese nivel en un plazo de 20 años.

El Tratado de Estabilidad, Coordinación y Gobernanza de 2013 establece una “regla de oro” presupuestaria nueva, que limita el déficit estructural al 0,5% del PIB¹. También condiciona la eventual asistencia financiera del nuevo Mecanismo Europeo de Estabilidad (MEDE), creado en 2011 como salvaguarda

¹ En aquellos países en los que la deuda es inferior al 60% del PIB, este límite podrá ser del 1%.

de la estabilidad financiera en momentos de crisis, a la ratificación de la nueva regla por el Estado que necesite ser rescatado.

En realidad se puede hablar ya hoy de un marco de gobernanza económica de la Unión Europea “que pretende detectar, prevenir y corregir las tendencias económicas problemáticas –como el exceso de déficit público o deuda pública– que pueden impedir el crecimiento y son un peligro para la economía” (Comisión Europea. Asuntos económicos y financieros, 2015a). Sus componentes principales son los siguientes, agrupados en las tres fases de supervisión, prevención y corrección:

SUPERVISIÓN

- Análisis de datos económicos.
- Previsiones.
- Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento.
- Informe sobre el Mecanismo de Alerta y análisis exhaustivos.

PREVENCIÓN

- Objetivos a medio plazo.
- Programas de Estabilidad y Programas de Convergencia.
- Programas Nacionales de Reforma.
- Evaluación de los proyectos de Planes Presupuestarios.
- Recomendaciones específicas por país.

CORRECCIÓN

- Procedimiento de Déficit Excesivo.
- Procedimiento de Desequilibrio Excesivo.

El *objetivo presupuestario a medio plazo* se define en términos estructurales, depurando los efectos cíclicos y otros efectos temporales. Los Estados miembros deben aproximarse a dicho objetivo a un ritmo anual del 0,5% del Producto Interior Bruto como orientación. Este objetivo se complementa desde 2011 (reformas del “paquete de seis medidas”) con una referencia o tope del

gasto público, que debe mantenerse a una tasa de crecimiento igual o por debajo de la tasa de crecimiento potencial a medio plazo de la economía respectiva (Comisión Europea. Asuntos económicos y financieros, 2015b).

Además de establecer el objetivo presupuestario a medio plazo y disponer de los procedimientos sancionadores, se sigue un ciclo anual, conocido como *Semestre Europeo*, con una tramitación y un calendario muy estrictos, para revisar y reorientar, si es necesario, la situación y planes económicos, presupuestarios y fiscales de cada país. Es un auténtico calendario de la UE para la coordinación de las políticas económicas.

El gráfico 3.6 recoge un esquema de este ciclo. En estos procedimientos participan las principales instituciones de gobierno europeas: la Comisión Europea, el Consejo de la Unión Europea y el Parlamento Europeo. Los trámites comienzan a mediados de septiembre, con la presentación por los Estados miembros de los borradores de sus Planes Presupuestarios. A partir de noviembre se publican las previsiones económicas de otoño, se presenta el Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento (EPAC, AGR en inglés), las recomendaciones de la Comisión para la zona del euro y su opinión sobre los planes presupuestarios provisionales de los países. Todo ello aboca a la adopción por el Consejo de recomendaciones para la zona del euro, de conclusiones sobre crecimiento y del Informe del Mecanismo de Alerta¹.

En febrero se publican las previsiones económicas de invierno y el informe de la Comisión sobre cada país (tocante a planes de reforma y desequilibrios); en marzo el Consejo aprueba las prioridades económicas de la Unión con base en el EPAC y los Estados miembros presentan sus dos programas anuales: el Programa Nacional de Reformas y el Programa de Estabilidad (países euro) o Convergencia (resto de países). En mayo se publican las previsiones económicas de primavera y la Comisión propone las recomendaciones específicas para cada país sobre política presupuestaria, económica y social, las cuales son finalmente aprobadas por el Consejo en julio. Con esto concluye el ciclo.

De acuerdo con el *Procedimiento de Déficit Excesivo* si los Estados no cumplen los objetivos de reducción de su déficit o su deuda hasta un nivel seguro, se enfrentan a la posibilidad de recibir advertencias, e incluso sanciones de hasta el 0,2% de su PIB, si persisten en no adoptar las medidas de corrección adecuadas. Además, pueden verse privados de las subvenciones regionales del Fondo de Cohesión de la UE. España está sujeta a un procedimiento de este tipo, como vemos en el apartado siguiente.

¹ Señala qué países pueden experimentar desequilibrios (disminución de la competitividad, burbujas de activos, etc.) que, de no ser corregidos, resultarían perjudiciales para los Estados miembros o la Unión Económica y Monetaria.

El *Procedimiento de Desequilibrio Excesivo* garantiza que los gobiernos reaccionen ante los ciclos coyunturales de su economía nacional que puedan poner en peligro la estabilidad de otros integrantes de la UE. Pueden ser sancionados con una multa del 0,1% del PIB, por no hacer frente a desequilibrios macroeconómicos gravemente perjudiciales y que representan una amenaza para otros Estados miembros. La Comisión propone la multa, que sólo puede ser bloqueada si una amplia mayoría de gobiernos se opone a la medida.

Este “orden fiscal” europeo que, como hemos visto, se va desarrollando antes y durante la crisis, desencadena en nuestro país el correspondiente proceso de trasposición legislativa y práctica. En 2011 se modifica por acuerdo de los partidos políticos mayoritarios PP y PSOE, con precipitación que genera un gran rechazo, el artículo 135 de la Constitución, incorporando las “reglas de oro” fiscales del Tratado: estabilidad presupuestaria y límites al déficit y la deuda públicos (sobre esta cuestión puede leerse Lobo, 2011). En 2012 el rescate del sistema bancario español por parte de la UE vino condicionado al compromiso de adoptar un conjunto de reformas, medidas de ajuste y recortes de gran entidad, contenido en el *Memorandum de entendimiento* (European Council-Euro-Summit, 2012) y que ha orientado en gran medida nuestra política económica reciente. También es importante recordar que España ya había establecido para los Presupuestos Generales del Estado y de las comunidades autónomas un techo de gasto anual previo, a partir del cual se cuantifican las demás partidas.

Una vez conocido el significado de estos elementos básicos del orden y disciplina que configuran la gobernanza económica europea veremos sus consecuencias para el sistema sanitario español.

Como *resumen de este apartado*, recordemos que la política fiscal española, los presupuestos y el gasto sanitario están fuertemente condicionados por Europa. El margen de libertad que tienen las autoridades españolas es limitado. Pero ser socio de la Unión Europea y compartir el euro ha supuesto enormes ventajas para España. La crisis, sin embargo, afloró las insuficiencias y limitaciones del euro. Las iniciales políticas de austeridad fuerzan en España la “devaluación interna” y los recortes que —con algunas excepciones— no son acompañados por reformas estructurales. Desde luego no en el sistema sanitario que principalmente sufre recortes lineales. La política monetaria del BCE desde 2012 permite un gran respiro financiero mientras que el Plan Juncker de inversiones, resulta insuficiente y la novedosa “posición fiscal” expansiva de la Comisión de noviembre de 2016 ha sido rechazada por el Consejo. La economía española se relanza, con las limitaciones y expectativas limitadas de las que hemos hablado en el capítulo 2, y a la altura de 2016, la austeridad está desacreditada en Europa y el crecimiento y las intervenciones del BCE han ampliado

GRÁFICO 3.6

SEMESTRE EUROPEO. UNA ASOCIACIÓN ENTRE UE - ESTADOS MIEMBROS												
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Octubre	Noviembre
UE	▶ Previsiones Económicas Encuesta de crecimiento anual y Documentos relaciona- Recomendación para la Unión Euro Opinión sobre los proyectos de planes de presupuestos	Previsiones Económicas Misiones de investigación a los EM Reunión con los EM	Previsiones Económicas Otoño	▶ Previsiones Económicas Informe del Parlamento y programa de reformas y trabajos	Previsiones Económicas Invierno Reunión bilateral con los EM	▶ Previsiones Económicas Primavera	Previsiones Económicas Primavera Comisión de recomendaciones específicas para las Políticas económicas y sociales					
CE	Consejo discute los planes de presupuestos	Consejo a la luz de las conclusiones de la AGS y AMR	Consejo adopta las recomendaciones y conclusiones de la AGS y AMR	Consejo adopta el programa de reformas y trabajos	Consejo adopta las conclusiones económicas basadas en la AGS	Consejo discute los CSRs	Consejo discute la iniciativa					
EM	Los EM aportan sus propuestas				Los EM presentan sus programas nacionales de reforma económica y programas convergentes sobre las políticas	Los EM presentan sus programas nacionales de reforma económica y programas convergentes sobre las políticas						EM presentan sus propuestas
PE	Diálogo sobre el AGS						Diálogo sobre las propuestas para CSRs				Debate de resolución sobre el semestre europeo y CSRs	Diálogo sobre el AGS

Leyenda: AGS: Estudio Anual de Crecimiento - AMR: Informe de Mecanismos de Alerta - CSR: Recomendaciones Específicas País - EDP: Procedimiento de Déficit Excesivo.

los márgenes de la política fiscal. Aunque siguen constreñidos por los niveles de nuestra deuda pública y privada que recomiendan proseguir la consolidación fiscal.

Las políticas de austeridad y recortes –ya desacreditadas y en parte abandonadas– deben distinguirse del orden y la disciplina del euro que son positivos para los intereses de los ciudadanos españoles y abren oportunidades. Pueden impulsar las necesarias reformas estructurales y son necesarios para el crecimiento sostenible a largo plazo. Además, una eventual desestabilización de nuestra economía es una amenaza y puede ocasionar graves perjuicios a la eurozona y a toda la economía internacional.

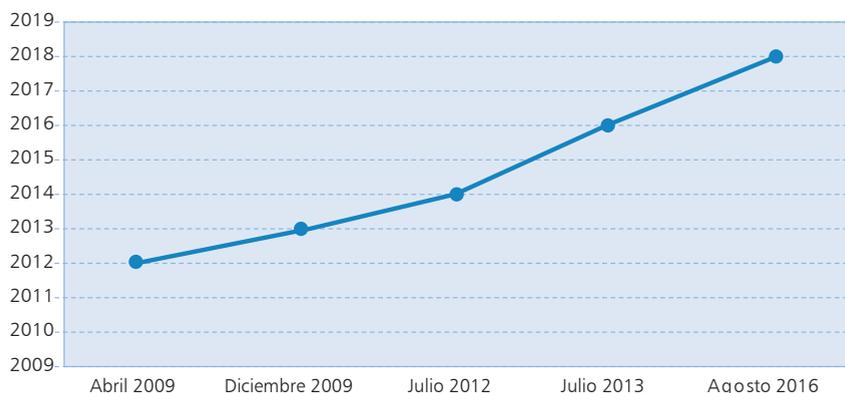
El orden y disciplina que configuran la gobernanza económica de la Unión Europea pretenden detectar, prevenir y corregir el exceso de déficit público o deuda pública que pueden impedir el crecimiento. La “regla de oro” presupuestaria (que limita el déficit a corto plazo a un 3% del PIB y el estructural al 0,5% del PIB), el “Semestre Europeo” y los procedimientos de déficit y de desequilibrio excesivos son sus elementos básicos, de cuyas consecuencias para el sistema sanitario español tratamos a continuación.

3.4. EL DÉFICIT EXCESIVO DE ESPAÑA. ¿UN SOCIO INCUMPLIDOR?

El proceso de supervisión europeo ya ha tenido consecuencias prácticas para nuestro país. España es objeto de un *Procedimiento de Déficit Excesivo* incoado en 2009, por el rápido crecimiento del déficit público causado por la crisis y que sigue abierto y en 2016 hemos estado a punto de sufrir una multa de más de dos mil millones de euros. En la decisión y recomendación del Consejo que abrieron el procedimiento se fijó como objetivo reducir el déficit por debajo del 3% del PIB –objetivo de estabilidad presupuestaria de corto plazo– en 2012. Este plazo fue ampliado enseguida, en el mismo 2009 hasta 2013, dada la evolución de la crisis. Luego ha sido pospuesto varias veces porque, aunque el desequilibrio presupuestario ha disminuido, no se ha alcanzado el objetivo del 3%: sucesivamente, en 2012, hasta 2014; en 2013 hasta 2016 y en agosto de 2016 hasta 2018¹. El gráfico 3.7 recoge esta secuencia de retrasos reiterados. En las tres últimas ocasiones el Consejo fijó además objetivos intermedios anuales que se recogen en el cuadro 3.4. Hasta la última decisión mencionada las reiteradas prórrogas han dilatado la consecución del objetivo

¹ Recomendaciones del Consejo UE de 7 de diciembre de 2009 y 10 de julio de 2012 y Decisiones del Consejo UE de 21 de junio de 2013 y 8 de agosto de 2016. (Consejo de la Unión Europea, 2009a y 2009b); (Consejo de la Unión Europea, 2013) y (Consejo de la Unión Europea, 2016c).

GRÁFICO 3.7

**ESPAÑA. OBJETIVO DE DÉFICIT PÚBLICO MENOR DEL 3%
POSPOSICIÓN DE LA FECHA TOPE POR LA UNIÓN EUROPEA**


Fuente: Recomendaciones y Decisiones del Consejo de la UE. Elaboración propia.

nada menos que siete años. En el cuadro 3.5 figuran los objetivos de déficit del Gobierno español en los sucesivas actualizaciones del Programa de Estabilidad y Planes Presupuestarios anuales. Recordemos también las cifras de déficit de las administraciones públicas realmente ejecutadas recogidas en el cuadro 3.1.

CUADRO 3.4

**ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. ESPAÑA: OBJETIVOS DE REDUCCIÓN
DEL DÉFICIT MARCADOS POR LA UE
(En % del PIB)**

	CONSEJO UE Decisión de 10/7/2012	CONSEJO UE Decisión de 21/6/2013	CONSEJO UE Decisión de 8/8/2016
2012	-6,3	---	---
2013	-4,5	-6,5	---
2014	-2,8	-5,5	---
2015	---	-4,2	---
2016	---	-2,8	-4,6
2017	---	---	-3,1
2018	---	---	-2,2

Nota: En negrita el año que se habría de cumplir el objetivo del 3%.

Fuentes: Consejo de la Unión Europea, 2013 y 2016.

CUADRO 3.5

**ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. ESPAÑA: CAPACIDAD (SUPERÁVIT)
O NECESIDAD DE FINANCIACIÓN (DÉFICIT). OBJETIVOS DEL GOBIERNO
(En % del PIB)**

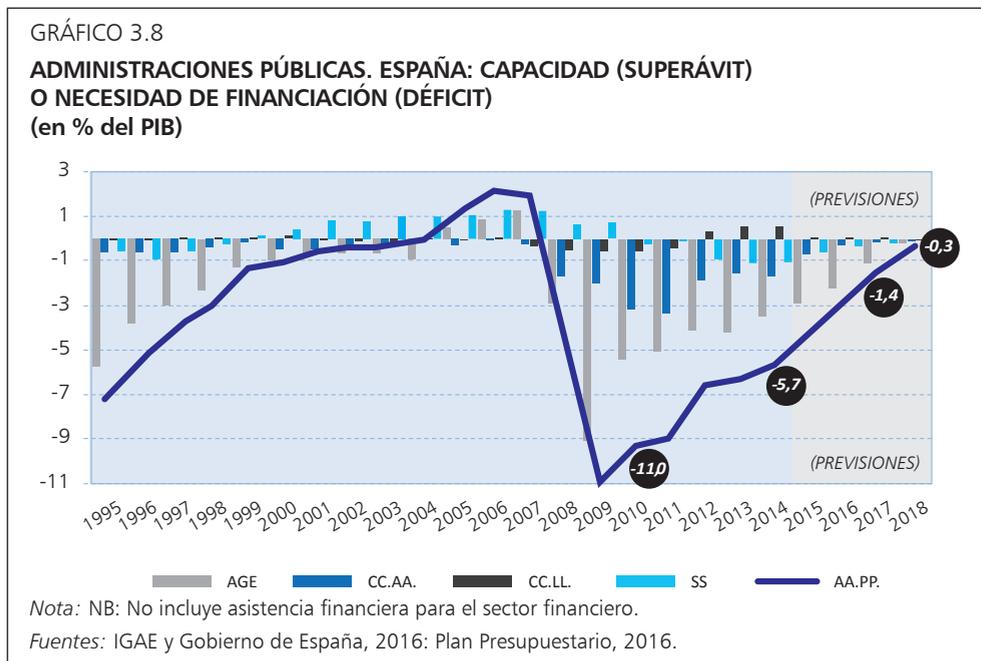
	1 PE 14-17 (2014)	2 PP 2015 (2014)	3 PE 15-18 (2015)	4 PP 2016 (2015)	5 PE 16-19 (2016)	6 PP 2017 (2016)	6 PP 2017 Act (2016)
2014	-5,5	-5,5	-5,8 (A)	---	---	---	---
2015	-4,2	-4,2	-4,2 (P)	-4,2 (P)	---	---	---
2016	-2,8	-2,8	-2,8	-2,8	-3,6	-4,6	-4,6
2017	-1,1	-1,1	-1,4	-1,4	-2,9	-3,6	-3,1
2018	---	---	-0,3	-0,3	-2,2	---	-2,2
2019	---	---	---	---	-1,6	---	-1,3

Notas: PE: Programa de Estabilidad; PP: Plan Presupuestario; (A): cifra avance de ejecución. (P): Previsión. Fecha entre paréntesis: Año de publicación.

Fuentes: Elaboración propia a partir de (Gobierno de España, 2014b, PE 14-17); (Gobierno de España, 2014c, PP 15); (Gobierno de España, 2015b, PE 15-18); (Gobierno de España, 2015c, PP 16); (Gobierno de España, 2016b, PE 16-19); (Gobierno de España, 2016c, PP 17); (Gobierno de España, 2016d, Actualización PP 17).

Como se aprecia en este último cuadro se ha conseguido una importante reducción del déficit público, que ha pasado del -11,0% en 2009, o el -10,5% del PIB en 2012; al -7,0% en 2013; -6,0 en 2014 y -5,1% en 2015. Sin embargo con estas cifras no se cumplieron los objetivos de déficit de la UE, en ninguna de sus versiones, en ningún año, ni tampoco las del Gobierno español. En 2012, 2013 y 2014 si descontamos la asistencia financiera al sector financiero, el déficit habría sido del -6,84%, -6,33% y del -5,69% del PIB respectivamente (Gobierno de España, 2014b, Programa de Estabilidad, 2014-2017; Gobierno de España, 2015b, Programa de Estabilidad, 2015-2018), y en estos dos últimos años sí que se habría cumplido el objetivo de estabilidad presupuestaria de corto plazo, revisado precisamente en 2013 para relajarlo y adaptarlo a la negativa situación económica (-6,5% del PIB en 2013 y -5,8% en 2014), pero no el objetivo "más exigente" que se había planteado el Gobierno de España (-5,5%). El gráfico 3.8, con datos y previsiones del Gobierno hasta 2015 nuevamente evidencia el dramatismo de la brecha fiscal y los indudables logros conseguidos para su cierre. Pero sus conjeturas para años posteriores iban a frustrarse de plano.

Efectivamente la senda de fuertes correcciones del déficit se agota al llegar 2015. Con los datos finales (cuadro 3.1) en 2014 el déficit cae un punto porcentual frente al año anterior y se sitúa en el -6,0%, que excede al objetivo señalado por la UE en 2013 del -5,8% y al del Gobierno en el Programa de Estabilidad



1914-1917 y el Plan Presupuestario 2014, del -5,5%. En 2015, a pesar del relanzamiento de la economía, el déficit sólo desciende nueve décimas frente al año anterior, llega al -5,1%, e infringe el objetivo del -4,2% señalado por la UE en 2013 y por el Gobierno en el Programa de Estabilidad 1915-1918 y el Plan Presupuestario 2016.

Ciertamente en 2015 se produjo un viraje de la política presupuestaria, pues “se interrumpió el tono contractivo... que se había observado entre 2010 y 2014” (Banco de España, 2015: 31). La reducción del déficit respecto del año precedente “se debió exclusivamente a la mejora cíclica de la economía, mientras que el déficit público primario estructural, que mide la orientación de la política fiscal, aumentó en un punto porcentual del PIB y el déficit estructural total se sitúa cerca del 3% del PIB...” (*Ibid.*). Un incumplimiento notable, como hemos visto, de cerca de un punto, del objetivo marcado por las autoridades europeas en el Procedimiento de Déficit Excesivo. Se debió a los excesos de déficit de las comunidades autónomas (1%) que superaron todas menos tres las metas establecidas, y de la Seguridad Social (0,7%). La causa fundamental de la demasía fue el crecimiento del gasto público por encima de lo presupuestado (*Ibid.*: 32). A pesar de todo, la relación de la deuda pública con el PIB mejoró ligeramente (99,2% frente a 99,3% en 2014) gracias a la fuerza de la actividad económica y ciertas operaciones financieras (*Ibid.*: 31).

Los objetivos para 2016 fueron revisados al alza significativamente ante la imposibilidad de cumplir, ni de lejos, las metas anteriores. La UE había fijado el -2,8% en 2013 y el Gobierno mantuvo esta cifra en Programa y Plan correspondientes. Pero el Gobierno ya en funciones tras las elecciones de diciembre de 2015, en el Plan de Estabilidad de 2016-2019 (elaborado en la primavera de 2016) lo eleva al -3,6%. En esas fechas ya parecía claro que esa diana tampoco se iba a cumplir y el Consejo de la UE tras un tenso y confuso proceso y en medio de la situación política española de interinidad tras las elecciones de diciembre de 2015 y junio, 2016, admite en su Decisión de 8 de agosto de 2016, llevar el tope para 2016 hasta el -4,6%, que es el que recoge el semioficial Plan Presupuestario para el año siguiente¹. La UE señala para 2017 en esa misma decisión el -3,1%, y dicho Plan Presupuestario reconoce que serán necesarias medidas adicionales de ajuste o recortes, pues fija el -3,6%, con un carácter provisional. Cuando este libro ya está en prensa el nuevo Gobierno de Rajoy publica una actualización del Plan Presupuestario 2017 que recoge las recomendaciones europeas y, por tanto, las medidas necesarias para acomodar este déficit al objetivo de Bruselas del -3,1%. Este objetivo exige reducir el déficit en 1,5% respecto de 2016 y ajustes por medio punto sobre el PIB, como acabamos de decir, equivalentes a 5.000 millones de euros, cifras ciertamente exigentes. (Gobierno de España, 2016d). Como hemos dicho, el cumplimiento del objetivo del -3% se prorroga por el Consejo de la UE hasta 2018.

Hemos adelantado que estos avatares de nuestro proceso de consolidación fiscal han sido turbulentos a lo largo de 2015 y 2016 y tensas las relaciones del Gobierno de España con las autoridades europeas. La apuesta de nuestro Gobierno por una política fiscal expansiva² desde 2015, sin duda con fines electoralistas ante la cita con las urnas en diciembre de 2015 y la subsiguiente situación de interinidad política prolongada hasta bien entrado el otoño de 2016, configuran el contexto de la evolución reciente del Procedimiento de Déficit Excesivo al que estamos sujetos.

El Consejo de la Unión Europea declaró en julio de 2015 que existía el riesgo de que España no cumpliera lo dispuesto en el Pacto de Estabilidad y Crecimiento. La Comisión en todos los dictámenes sobre los Planes Presupuestarios

¹ Ante su situación de interinidad y las presiones de Bruselas, el Gobierno tras la Decisión de agosto del Consejo de la UE, decide enviar un Plan Presupuestario 2017 no formalmente aprobado por nuestro Consejo de Ministros ni enviado a las Cortes. La diferencia de 0,5 puntos "se debe a que en las proyecciones para el 2017 no se han considerado las medidas que permitirían cumplir con el objetivo de déficit fijado en el marco del Procedimiento por Déficit Excesivo, y que serán decisión del próximo Gobierno" (Gobierno de España, 2016c: 17).

² Las medidas expansivas aplicadas en 2015 resaltadas por el Consejo son: reducción del impuesto sobre la renta de las personas físicas, del impuesto sobre sociedades y la restitución parcial de las pagas extraordinarias de Navidad anteriormente retiradas. (Consejo de la UE, 2016a, Decisión de 12 de julio, p. L 201/20).

de España para 2014, 2015 y 2016 concluyó que España corría el riesgo de no cumplir lo dispuesto en el Pacto. La opinión de la Comisión sobre el Plan Presupuestario para 2016 (de otoño de 2105) fue particularmente dura: “arriesga no cumplir con las previsiones del Pacto de Estabilidad y Crecimiento”. Considera que las perspectivas españolas sobre mejora del déficit público se basan en previsiones macroeconómicas demasiado optimistas, eleva aquéllas significativamente y juzga que no se cumpliría en 2016 el objetivo de déficit público del 3% del PIB, como se había comprometido, tal y como ya hemos constatado. “Por tanto, la Comisión invita a las autoridades a ejecutar estrictamente el presupuesto de 2015 y tomar las medidas necesarias... para garantizar que el presupuesto de 2016 cumplirá con el Pacto de Estabilidad y Crecimiento... Las autoridades nacionales son invitadas a presentar un borrador de Plan Presupuestario incluyendo medidas (sobre los presupuestos) regionales plenamente detalladas tan pronto como sea posible” (Comisión Europea, 2015 b). En suma, un duro varapalo.

Un año después, en julio de 2016, el Consejo de la Unión Europea llega a tomar la decisión que abre la puerta a las sanciones previstas en el PDE según el Tratado, esto es, declarar que “España no ha tomado medidas eficaces para seguir la Recomendación del 21 de junio de 2013 del Consejo”. La razón es que “la respuesta de España a la recomendación de 21 de junio de 2013 del Consejo ha sido insuficiente. España no alcanzó el objetivo intermedio de déficit global en 2015, y no se prevé que ponga fin a su déficit excesivo en 2016. El esfuerzo fiscal queda muy por debajo de las recomendaciones del Consejo y la política presupuestaria en 2015 fue expansiva” (Consejo de la UE, 2016a, Decisión de 12 de julio, L 201/20).

Con esta Decisión la posibilidad de una multa del 0,2% del PIB queda abierta. La Comisión debería recomendar al Consejo su imposición. Su montante podría haber sido de 2.162,38 millones de euros. Pero la Comisión, después de unos días de gran tensión y expectación, recomienda su cancelación (Comisión Europea, 2016a) y el Consejo acepta su propuesta y sus justificaciones. Así, en su Decisión oficialmente fechada el 8 de agosto de 2106¹, resuelve no imponer la multa, tomando en consideración las alegaciones del Gobierno español, básicamente la profundidad de las reformas estructurales emprendidas, las dificultades de la situación económica y los compromisos de reducción del déficit anunciados a lo largo de 2016 por el Gobierno en funciones (Consejo de la UE, 2016b). Son interesantes en estos textos las referencias a los problemas sociales desencadenados por la crisis y los recortes (desempleo, exclusión social, desigualdad, riesgo acrecentado de pobreza), como razones para no imponer la multa. Sin duda, influyó también la situación de debilidad de la

¹ Esta es la fecha oficial de ambas decisiones, pero están fechadas el 2 de agosto y 5 de agosto respectivamente.

Unión Europea después del referéndum ganador del *Brexit* en el Reino Unido y el avance de los populismos en diversos países, que no recomendaban levantar nuevos sentimientos antieuropeos.

El Consejo de la UE en otra Decisión de 8 de agosto de 2106 formula una advertencia para que España adopte medidas dirigidas a salir de la situación de déficit excesivo en 2018 con el calendario de reducciones que ya hemos visto anteriormente. También obliga a España a adoptar medidas de saneamiento por importe del 0,5% del PIB, tanto en 2017 como en 2018 (Consejo de la UE, 2016c).

Que España esté incurso en el Procedimiento de Déficit Excesivo y que en los dos últimos años se hayan incumplido manifiestamente los objetivos a los que estamos obligados por los tratados, siguiendo una política expansiva precisamente cuando la economía ya estaba creciendo, tiene consecuencias claramente negativas:

- Ya hemos argumentado los perjuicios que supone el déficit sistemático y la elevada deuda para nuestro crecimiento, que hacen vulnerable nuestra economía y arrojan sobre las generaciones venideras una carga en absoluto solidaria.
- No contribuimos a estabilizar la zona del euro, lo que interpone obstáculos al crecimiento.
- No contribuimos a aclarar el camino hacia una política fiscal europea, con inversiones sustanciales que redoblen el esfuerzo planteado por el Plan Juncker.
- Podemos ser sancionados con elevadas multas y perder fondos europeos que tanta falta nos hacen.
- Aparecemos como un miembro de la Unión Económica y Monetaria incumplidor, que no da confianza al resto de los miembros y reforzamos una negativa opinión de la Comisión y nuestros socios europeos sobre la marcha de nuestro proceso de consolidación fiscal.
- Contribuye a que los inversores nos consideren un país menos solvente y nos atribuyan un riesgo/país superior, con primas de riesgo también superiores que encarecen el crédito y perjudican a la inversión, al crecimiento y al empleo.

Puede argüirse que la disciplina europea no es tal y que otros países como Alemania y Francia la eludieron en el pasado y que Italia actualmente maniobra hasta el límite. Si bien es cierto que la política europea tiene inconsistencias que pueden favorecer a los países más poderosos, no es menos cierto que nuestros incumplimientos se prolongan ya muchos años, mientras que otros los corrigieron y que la construcción europea no puede hacerse si no hay un compromiso efectivo con los tratados y las responsabilidades que consagran. Tampoco son argumento convincente hoy por hoy los errores de las políticas de austeridad pasadas. Estamos en otra fase, definida por las políticas monetarias ultraexpansivas del BCE, que nos favorecen extraordinariamente, como se aprecia por las cifras que alcanzan sus adquisiciones de deuda pública española: 93.000 millones de euros, alrededor del 50% de las emisiones totales del Estado en 2016 (Banco de España, 2016).

En síntesis, la consolidación fiscal en España todavía tiene camino por recorrer, lo que unido a las incertidumbres sobre la continuidad de la recuperación económica que hemos visto en el capítulo dos dificultan una financiación holgada de nuestro sistema sanitario en el medio plazo. Otra cuestión clave es saber si la planificación y las reformas estructurales que la consolidación fiscal en marcha deberían implicar tienen la enjundia y la calidad técnica necesarias para contribuir a la solución de los problemas que afronta nuestro sistema sanitario. Esta es la pregunta a la que trata de responder el apartado siguiente.

3.5. LAS MEDIDAS DE POLÍTICA PRESUPUESTARIA RECIENTES RELACIONADAS CON NUESTRO SISTEMA SANITARIO

¿Cuáles son y qué características tienen las medidas de política presupuestaria recientes relacionadas con nuestro sistema sanitario, tal y como las diseñan las recomendaciones de la Unión Europea y las previsiones y actuaciones del Gobierno de España, que necesariamente se tienen que vincular a las anteriores? Sin duda la sanidad debería ser considerada un sector prioritario dada la importancia de la salud como atributo fundamental de las personas y, en el contexto de la política fiscal, por el peso que tiene en los presupuestos de las comunidades autónomas y su eventual repercusión sobre el déficit público general. Supondríamos entonces que esta importancia se reconoce en el proceso de definición de dicha política desarrollado por nuestras autoridades en relación con las europeas y que se reflejaría en un conjunto de medidas sólidas, ambiciosas y coordinadas. Vamos a comprobar que, sin embargo, esto no es así y que este proceso no parece responder a un plan de conjunto coherente sobre nuestro Sistema Nacional de Salud.

Para estudiar asunto tan grave podemos referirnos a la secuencia Plan Nacional de Reformas –Recomendaciones específicas por país de la Comisión y del Consejo– Plan Presupuestario nacional, documentos que recogen la interacción entre gobiernos e instituciones europeas que define la política económica y fiscal de la UEM. Y nos vamos a referir a los documentos más recientes porque, en general, las acciones se presentan de forma acumulativa incorporando cada año las de textos anteriores. Para ser breves podemos tomar como base el año 2015 y comparar las medidas de este año con las del precedente, el siguiente y las previstas para 2017, con lo que tendríamos la información más actualizada a fines de 2016.

En lo que a nosotros nos importa los *Programas Nacionales de Reformas* de 2014 y 2015 (Gobierno de España, 2014a y 2015a) son muy parecidos. En cambio el de 2016, dada la situación de interinidad del Gobierno a lo largo de los diez primeros meses de 2016, es diferente pues se limita a dar cuenta de las medidas adoptadas anteriormente y proponer las medidas que a su juicio sería necesario adoptar (Gobierno de España, 2016a). Pero los tres tienen en común la poca relevancia que conceden a la sanidad. En ninguno de los tres se le dedica ningún apartado específico, ni son mencionadas la salud ni la sanidad en el resumen ejecutivo, ni en la introducción. Esta ausencia llama la atención pues en estos documentos se trata una amplia gama de problemas políticos, económicos y sociales, como puede verse en su índice, que reproducimos parcialmente en el cuadro 3.6. Es dudoso que sirva de atenuante a esta carencia el que estos documentos sigan el esquema impuesto por las recomendaciones formuladas por la Comisión y el Consejo de la UE y que las competencias de la UE en asistencia sanitaria sean reducidas. Inscribir el gasto sanitario en el marco de la consolidación fiscal exige tratar la sanidad en profundidad y de forma comprensiva, pues ha de implicar no recortes, sino reformas estructurales que mejoren la eficiencia como reiteran constantemente los propios organismos europeos.

En los Programas de 2014 y 2015 las medidas y reformas sobre sanidad –que aplican las recomendaciones específicas previas de la Comisión y del Consejo de la UE– aparecen en el apartado sobre eficiencia y calidad del gasto público, dentro del epígrafe “Ajuste presupuestario” (capítulo II, Contexto y escenario macroeconómico. Recomendaciones específicas. Recomendación 1). Los objetivos proclamados ambos años son mejorar la eficiencia en la gestión del sistema sanitario, racionalizar el gasto y garantizar la sostenibilidad de su financiación. La política de sostenibilidad del gasto farmacéutico es la que tiene mayor presencia, sobre todo en 2015, cuando se desarrolla una recomendación nueva: un límite máximo anual en función del crecimiento económico potencial –como en la regla de gasto de la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (LOEPSF)– con penalizaciones para las CC.AA.

CUADRO 3.6

PROGRAMA NACIONAL DE REFORMAS ESPAÑOL PARA 2015
Índice (parcial)

RESUMEN EJECUTIVO

I. INTRODUCCIÓN

II. CONTEXTO Y ESCENARIO MACROECONÓMICO

2.1. Entorno y escenario macroeconómico 2015-2018

2.2. Cuantificación de los efectos de las reformas estructurales

III. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Recomendación 1

Ajuste presupuestario

Fiscalidad

Recomendación 2

Saneamiento del sector financiero

Financiación

Recomendación 3

Mercado de trabajo

Políticas activas de empleo

Recomendación 4

Desempleo juvenil

Educación y formación

Recomendación 5

Lucha contra la pobreza y la exclusión social

Recomendación 6

Mejora de la competencia y del funcionamiento de los mercados

Recomendación 7

Energía

Transporte

Recomendación 8

Racionalización y eliminación de duplicidades

Transparencia y confianza en las instituciones

Lucha contra el fraude laboral

Reforma del sistema judicial

IV. PROGRESOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS NACIONALES DE LA ESTRATEGIA EUROPA 2020

Objetivo 1: Empleo para el 74% de las personas de 20 a 64 años

Objetivo 2: Inversión del 3% del PIB en I+D

Objetivo 3: Cambio climático y sostenibilidad energética

Objetivo 4: Educación

Objetivo 5: Luchar contra la pobreza y la exclusión social

Fuente: Gobierno de España, 2015a.

incumplidoras. En ambos planes aparecen el sistema de precios de referencia, el copago reformado en 2012 y la adquisición centralizada para hospitales. Aparte del gasto farmacéutico figuran los recursos humanos, un capítulo crítico, pero que se aborda de forma muy limitada¹. El desarrollo del Real Decreto Ley 16/2012, (que regula las medidas más importantes sobre sanidad adoptadas por el Gobierno del PP), se refleja en el Plan de 2014 que habla de “completar el diseño del aseguramiento”, cuestión que no aparece ya en el de 2015, quizás por la oposición generalizada al abandono de la universalidad del SNS, ampliamente considerada como una de sus señas de identidad fundamentales. En esa línea, se recogen actuaciones de ordenación de la cartera de servicios y contra el fraude en la tarjeta sanitaria. Igualmente hay referencia a instrumentos informatizados de gestión (historia clínica y receta electrónicas). Por último, aparece brevísimamente un “modelo sociosanitario”.

El Programa Nacional de Reformas para 2016, tiene un alcance limitado como hemos dicho, y se centra aún más que los anteriores en dar cuenta de la política de gasto farmacéutico ya desarrollada. Destaca la realización de la nueva estadística de gasto farmacéutico, que permite conocer por primera vez el de los hospitales y de algunos productos sanitarios, una muy estimable mejora de la que hacemos extenso uso en el capítulo quinto. También subraya el límite de gasto para las CC.AA., del que ya se hablaba en 2015. Recoge asimismo la colaboración con la industria farmacéutica (Protocolo de Colaboración entre MINHAP, MSSSI y la industria farmacéutica firmado el 14 de noviembre de 2105), que también fija un límite máximo de gasto anual relacionado con el crecimiento económico del periodo, con penalizaciones que pueden consistir en compensaciones monetarias, como veremos en el capítulo VIII. El cuadro 3.7 recoge del anexo 1 de los planes de 2015 y 2016, donde se desciende a mayor detalle, estas medidas referidas al sistema sanitario (Gobierno de España, 2016a).

Sobre el Programa Nacional de Reformas español para 2014 las *Recomendaciones de la Comisión Europea y el Consejo* advierten de que se ha de continuar aumentando la eficiencia; cuantificar, seguir y racionalizar el gasto farmacéutico, particularmente de los hospitales; intensificar la coordinación entre los distintos niveles de asistencia y preservar la accesibilidad para los grupos vulnerables (Comisión Europea, 2014: 9). Las recomendaciones referidas al Plan de 2015 son aún más escuetas en materia de sanidad: exhortan a mejorar la relación coste-eficacia y racionalizar los gastos farmacéuticos de los hospitales (Comisión Europea, 2015a). En 2016 no se formulan recomendaciones específicas sobre sanidad. Sólo en los considerandos se mencionan de pasada las nuevas limitaciones al gasto sanitario y farmacéutico de las CC.AA. y el acuerdo

¹ Queremos decir que no hay un tratamiento de los problemas específicos del personal del SNS, pues las medidas generales que afectaron a los empleados públicos, naturalmente sí son recogidas.

CUADRO 3.7a

**LA SANIDAD EN EL PROGRAMA NACIONAL DE REFORMAS. APLICACIÓN
DE LAS RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DEL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA. 2015**

<i>Recomendación UE</i>		<i>Medidas Gobierno español</i>
1.3	39	Sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario <ul style="list-style-type: none"> • Gasto farmacéutico y sanitario: fijación de un límite máximo anual. Para las CC.AA. que superen este límite existirán ciertas penalizaciones (p.e. limitaciones a la modificación de su cartera complementaria). • Obligación de las CC.AA. de remitir información detallada de su gasto farmacéutico y sanitario. Esta información se publicará en la Central de Información Económico-Financiera. • Realizar una evaluación continua y permanente de los elementos que intervienen en la evolución del gasto farmacéutico y en productos sanitarios.
1.3	40	Garantizar la sostenibilidad en la financiación de la sanidad y la cohesión territorial del sistema <ul style="list-style-type: none"> • Continuar la ordenación, definición y actualización de la cartera de servicios. • Concretar y actualizar la cartera común básica y establecer el catálogo de implantes quirúrgicos. • Modificar la cartera común suplementaria y crear el registro informatizado de comunicaciones de productos ortoprotésicos.
1.3	41	Alcanzar la máxima eficiencia en la gestión hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> • Establecer sistemas de compras centralizadas y acuerdos marco para el suministro de medicamentos y productos sanitarios. • Actualizar el nivel tecnológico del SNS. • E-Salud: tarjeta sanitaria interoperable, historia clínica digital (HDC), receta electrónica.
1.3	42	Mejorar la eficiencia de los recursos humanos del sistema <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la formación sanitaria especializada a través de un modelo troncal con áreas de capacitación específicas. • Establecer un nuevo modelo de desarrollo profesional. • Implantar un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. • Desarrollar un modelo de gestión clínica.
1.3	43	Evitar el fraude en la obtención de la tarjeta sanitaria española <ul style="list-style-type: none"> • Completar el diseño de aseguramiento: podrán acceder al Sistema Nacional de Salud (SNS), mediante el pago de la correspondiente cuota, aquellas personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias. • Unificar la tarjeta sanitaria como documento básico de acreditación para todo el SNS, válido en toda España.
1.3	44	Equidad y racionalización del gasto farmacéutico <ul style="list-style-type: none"> • Continuar la implantación de las medidas aprobadas en 2012 relativas a la aportación del usuario según renta, edad y salud y a la financiación de medicamentos. • Profundizar en la racionalización del gasto farmacéutico implantando un sistema de precios de referencia.
1.3	45	Optimización de los recursos sanitarios y sociales: modelo sociosanitario <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un modelo sociosanitario, estableciendo un conjunto de acciones que permitan optimizar los recursos sanitarios y sociales.

Fuente: Programa Nacional de Reformas. Anexo 1 (Gobierno de España, 2015a).

CUADRO 3.7b

LA SANIDAD EN EL PROGRAMA NACIONAL DE REFORMAS. APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DEL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA. 2016

<i>Recomendación UE</i>		<i>Medidas Gobierno español</i>
1.3	28 Aumento de la transparencia en la información en materia de gasto sanitario, favoreciendo su seguimiento y control	<ul style="list-style-type: none"> • Obligación, para las CC.AA., así como para el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y las Instituciones Penitenciarias, de remisión de información detallada de su gasto farmacéutico y sanitario con periodicidad mensual. • Publicación periódica de la información sobre gasto farmacéutico y sanitario en la Central de Información Económico-Financiera. • Realizar una evaluación continua y permanente de los elementos que intervienen en la evolución del gasto farmacéutico y en productos sanitarios
1.3	29 Creación de un instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un instrumento de carácter voluntario para las CC.AA. para fomentar la sostenibilidad y racionalización del gasto farmacéutico y sanitario del Sistema Nacional de Salud, que incluyen la fijación de un límite máximo anual en línea con la regla de gasto de la LOEPSF, que depende del crecimiento potencial. • Para las CC.AA. que superen este límite máximo existirán ciertas penalizaciones, como por ejemplo limitaciones a la modificación de su cartera complementaria. El acceso a los recursos económicos en materia sanitaria por parte de la AGE quedará sujeto a informe favorable del MINHAP (art. 20.3 LOEPSF). Además, las CC.AA. deberán aplicar las medidas de mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario que sean acordadas por la CDGAE.
1.3	30 Colaboración entre las AA.PP. y la industria farmacéutica para favorecer la sostenibilidad y racionalidad del gasto farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a la industria farmacéutica en la racionalización del gasto, para garantizar su sostenibilidad. • La colaboración incluye la fijación de un límite máximo de gasto anual, en línea con la regla de gasto de la LOEPSF y el límite fijado en el instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario. • En caso de superarse el límite existirán ciertas penalizaciones, graduadas en función del nivel de la desviación, que podrán ir desde la adopción de medidas compensatorias no monetarias acordadas con las AA.PP. hasta compensaciones monetarias.

Fuente: Programa Nacional de Reformas. Anexo 1 (Gobierno de España, 2016a).

con la industria farmacéutica. También se constata el aumento experimentado por el gasto farmacéutico, a pesar de dichas medidas, en particular el de los hospitales, incluso si se elimina la repercusión de la financiación de los nuevos tratamientos contra la hepatitis C (Consejo de la Unión Europea, 2016d).

Los Planes Presupuestarios anuales sirven de base para que los presupuestos del Estado y las CC.AA. traduzcan las reformas y las recomendaciones anteriores en términos plenamente operativos. Como cabía esperar no aportan muchas novedades sobre los documentos anteriores, salvo la cuantificación de las medidas. El Plan Presupuestario 2015 (comunicado a la Comisión en 2014) destacaba la aprobación ya ejecutada de medidas de racionalización del gasto sanitario y farmacéutico, (actualización del sistema de precios de referencia y modificación de la cartera común suplementaria); y anunciaba la regulación del Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y diversos proyectos de desarrollo de tecnologías de la información¹ (Gobierno de España, 2014c). El Plan Presupuestario 2016 no recoge todas las medidas mencionadas en el Plan de Reformas del año, quizás porque algunas se consideran ya ejecutadas (como el copago farmacéutico o el condicionamiento de la atención a la situación de asegurado). Otras sencillamente no aparecen en el Plan (el “Modelo de Atención Sociosanitaria”). Las que enumera son: las compras centralizadas de medicamentos y productos sanitarios y la limitación –instaurada en 2015 por modificación de la Ley General de Sanidad– de los gastos farmacéuticos a las variaciones del PIB potencial a medio plazo (el criterio general sobre estabilidad presupuestaria), acompañada de penalizaciones en caso de incumplimiento, como explicaremos en el capítulo siguiente. La estimación del impacto presupuestario de ahorro es confusa. El de estas dos medidas se cifra en unos 1.000 millones de euros en el periodo 2015-2016², pero parece que hay que añadir el de las demás medidas sobre gasto farmacéutico (cuadro 3.9). Enumera también como medidas ya adoptadas las que ya aparecían en el Programa Nacional de Reformas 2015 (cuadro 3.7a) y Planes Presupuestarios de los dos años anteriores³ (Gobierno de España, 2015c).

El Plan Presupuestario 2017 ha sido presentado por el Gobierno en funciones en octubre de 2016, con la limitada eficacia que ya hemos dicho. No

¹ Creación de un servicio telemático para documentos sanitarios europeos, y para informes de la Seguridad Social, historia clínica digital y receta electrónica interoperable (cuadro 8 sobre vínculo entre Plan Presupuestario y cumplimiento de las Recomendaciones específicas del Consejo, Gobierno de España, 2014c).

² En el apartado sobre Plan presupuestario de las CC.AA., medidas correctoras de 2015: 35.

³ Anexo 9, cuadro sobre el vínculo entre el Plan Presupuestario 2017 y el cumplimiento de la recomendación específica del Consejo “Mejorar la relación coste eficacia en el sector sanitario y racionalizar los gastos farmacéuticos de los hospitales”: Límite máximo anual según regla gasto de la LOEPSF. Cartera de servicios; precios de referencia; adquisición centralizada de medicamentos y productos sanitarios para hospitales; lucha contra el fraude en la tarjeta sanitaria; tarjeta sanitaria unificada; historia clínica; receta electrónica.

contiene propuestas nuevas en materia de sanidad para 2017, sino sólo referencias a las medidas ya adoptadas y en curso: Acuerdo de la CGGAE de 31 de marzo de 2016, que condicionó el acceso al Fondo de Liquidez Autonómica a la aceptación por las CC.AA. de la limitación al crecimiento del gasto farmacéutico a que acabamos de aludir y al protocolo de colaboración con la industria farmacéutica (Gobierno de España, 2016c). La actualización del Plan Presupuestario para 2017, presentada en diciembre de 2016, no contiene en lo que aquí nos importa ninguna novedad. Sí que recoge una notable reducción del impacto presupuestario de estas medidas en 2016 y 2017 respecto de las previsiones anteriores (cuadro 3.8) (Gobierno de España, 2016d).

Como se aprecia en toda esta información, en los Programas Nacionales de Reforma, en las Recomendaciones de la Comisión y del Consejo y en los Planes Presupuestarios del Gobierno recientes que definen las directrices efectivas de la política presupuestaria que luego se vierten en los presupuestos del Estado y de las CC.AA. se incluyen algunas actuaciones de indudable importancia. Esto es especialmente cierto en cuanto al gasto farmacéutico. Se ha establecido un tope de gasto para las comunidades autónomas y reformado el copago, aunque con un diseño injusto para las personas activas de menor renta. Pero respecto del SNS en su conjunto no se va más allá de las reformas contenidas en el RDL 16/2012, que no es ciertamente ir muy lejos. Las políticas y medidas que se consideran aparecen inconexas y deslavazadas, mezclándose actuaciones de entidad muy diferente. No se mencionan temas esenciales, como el buen gobierno del sistema sanitario y sus organismos, la cronicidad e integración de servicios asistenciales o la aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias (que estudiamos en el capítulo siete). En el área crucial de los recursos humanos no figuran los temas más importantes, como sería una reforma

CUADRO 3.8

**MEDIDAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
IMPACTO PRESUPUESTARIO GASTOS FARMACÉUTICOS
(Millones de euros)**

	2014	2015	2016	2017
Plan Presupuestario 2016 Compras centralizadas	0	10	100	100
Plan Presupuestario 2016 Otros	77	655	500	150
Plan Presupuestario 2017 Actualización	---	10	100	100

Fuentes: Gobierno de España, 2015c; Gobierno de España, 2016d, anexo, cuadro 7.

coherente del estatuto del personal. En suma se echa en falta lo que sería fundamental: un plan de conjunto para la reforma del sistema sanitario.

3.6. RESUMEN Y COMENTARIOS FINALES DEL CAPÍTULO III

En este capítulo hemos visto que nuestro SNS está inscrito en un marco determinado por el sistema fiscal español y las reglas y el orden europeo de estabilidad y crecimiento que no se puede soslayar. Hemos insistido en que los desequilibrios fiscales, déficit y deuda elevados y sistemáticos, constituyen obstáculos al desarrollo económico al de nuestro SNS. Por ello es preocupante que en España el déficit público en 2015 alcanzara 5,1 puntos porcentuales del PIB, y la deuda el 100% del PIB, niveles de los más elevados de la Unión Económica y Monetaria europea. Para pagar la deuda cada español en 2016 tendría que trabajar algo más de un año y se estima que no podremos rebajarla hasta el nivel objetivo del 60% del PIB, hasta 2036. Hemos comprobado que tal situación deriva de que nuestro sistema impositivo es ineficiente e incapaz de recaudar suficientes recursos para financiar nuestro Estado de bienestar. En el debate sobre la reforma de nuestro sistema fiscal la opinión que mantiene que no se trata sólo de controlar el déficit, sino también de incrementar los ingresos públicos, es una postura seria y bien fundamentada.

Ser socio de la Unión Económica y Monetaria ha supuesto enormes ventajas para España, pero también nos encorsetó en unas políticas de austeridad para afrontar la crisis económica que resultaron equivocadas y causantes de mucho sufrimiento social. Entre ellas, una disminución sustancial de los recursos económicos disponibles para nuestro SNS que veremos en detalle en el capítulo 5. La crisis, en efecto, afloró las insuficiencias y limitaciones del euro. Las iniciales políticas de austeridad fuerzan en España la “devaluación interna” y los recortes que –con algunas excepciones– no son acompañados por reformas estructurales. Desde luego no en el sistema sanitario que principalmente sufre recortes lineales.

A la altura de 2016, la austeridad está desacreditada y en parte abandonada en Europa. La política monetaria ultraexpansiva del BCE desde 2012 permite un gran respiro financiero (compra la mitad de la deuda que emite España). Aunque el Plan Juncker de inversiones, resulta insuficiente y la novedosa “posición fiscal” expansiva de la Comisión de noviembre de 2016 ha sido rechazada por el Consejo, significan un cambio de orientación de decisiva importancia. La economía española se ha relanzado, con las limitaciones y expectativas limitadas de las que hemos hablado en el capítulo 2. Crecimiento e intervenciones del BCE han ampliado los márgenes de la política presupuestaria, aunque siguen constreñidos por los niveles de nuestra deuda pública y privada que recomiendan proseguir la consolidación fiscal.

Las políticas de austeridad y recortes deben distinguirse del orden y la disciplina del euro que son positivos para el desarrollo económico y los intereses de los ciudadanos españoles. Ciertamente abren oportunidades prometedoras. Pueden impulsar las necesarias reformas estructurales y son necesarios para el crecimiento sostenible a largo plazo. Además, una eventual desestabilización de nuestra economía es una amenaza y puede ocasionar graves perjuicios a la eurozona y a toda la economía internacional.

La gobernanza económica de la Unión Económica y Monetaria europea se concreta en un orden y disciplina presupuestarios que pretenden detectar, prevenir y corregir el exceso de déficit público o deuda pública que pueden impedir el crecimiento. La "regla de oro" presupuestaria que limita el déficit a corto plazo a un 3% del PIB y el estructural al 0,5% del PIB), el "Semestre Europeo" y los procedimientos de déficit y de desequilibrio excesivos son sus elementos básicos. Contra lo que muchas veces se dice, este "orden europeo" de estabilidad y crecimiento en líneas generales resulta positivo para garantizar un crecimiento saneado en el largo plazo. Es cierto que este marco, reglas y disciplina, limitan los grados de libertad que tienen las autoridades españolas para establecer los presupuestos del sector público y con ellos los niveles del gasto sanitario. La política presupuestaria y fiscal española está estrictamente vigilada por las instituciones europeas y los gastos públicos y el déficit sujetos a intenso control. Pero este condicionamiento que obliga a la estabilidad presupuestaria y a limitar la deuda pública se inscribe en un orden que garantiza la viabilidad del crecimiento y de nuestro sistema sanitario.

Por consiguiente, los compromisos con la UE y la necesidad de mantener la positiva estabilidad presupuestaria constriñen fundamentalmente la autonomía de las autoridades españolas al programar el nivel y la evolución del gasto público en sanidad. Ello impone un serio condicionamiento al gasto sanitario, que de ninguna manera en el futuro podrá financiarse sistemáticamente con cargo a déficit, sino que tendrá que fundamentarse sobre la capacidad recaudatoria de nuestro sistema fiscal y nuestro crecimiento económico. Todo ello exige, como única opción, profundizar en reformas estructurales.

Este panorama debe ser contemplado con visión positiva, como un conjunto de oportunidades abiertas. Precisamente nuestra pertenencia al club europeo y las reglas que exige cumplir, en realidad, hacen halagüeño el futuro de nuestro gasto sanitario y lo colocan en la senda de la sostenibilidad y el progreso firme. A medio y largo plazo nuestro crecimiento económico estará bien fundamentado sobre la consolidación fiscal y unos presupuestos realistas. En definitiva, para que nuestro sistema sanitario disponga de los recursos que necesita es condición necesaria el crecimiento económico. La mejor forma de garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario es reemprender una

senda de crecimiento económico acelerado y estable. Además, el Pacto de Estabilidad y Crecimiento y la supervisión europea, a pesar de los errores graves en la conducción de la política económica europea contra la crisis económica, están favoreciendo las reformas estructurales, pues permiten superar la visión a corto plazo y propensa al derroche que los ciclos electorales estimulan en los gobiernos y partidos políticos, así como vencer las resistencias y el poder de los grupos de presión, a favor de los intereses generales.

Hemos visto, sin embargo, que España en la práctica no se ha inscrito todavía en el “orden” presupuestario europeo y sigue encausada en el Procedimiento de Déficit Excesivo. La trayectoria reciente del déficit y de la deuda públicos muestra que la consolidación fiscal en España todavía tiene camino por recorrer. Estos excesos, sobre todo las rebajas fiscales de 2015 sumados a las incertidumbres sobre la continuidad de la recuperación económica, que hemos analizado en el capítulo dos, dificultan una financiación holgada de nuestro sistema sanitario en el medio plazo.

En el último apartado nos hemos preguntado si la reciente política presupuestaria concreta –materializada en los Programas Nacionales de Reforma, Recomendaciones y Decisiones de la Comisión y del Consejo y Planes Presupuestarios– responden a un diagnóstico certero, una visión estratégica correcta y un plan armónico para el futuro de nuestro SNS. Se han programado y desarrollado actuaciones de indudable importancia, sobre todo las referidas al gasto farmacéutico, aunque el diseño de la reforma del copago en algunos aspectos atente contra la equidad. Pero respecto del SNS en su conjunto no se va más allá de las reformas contenidas en el RDL 16/2012, que no es ciertamente ir muy lejos, ni en la dirección correcta. Las políticas y medidas que se consideran aparecen inconexas y deslavazadas, mezclándose actuaciones de entidad muy diferente. No se mencionan temas esenciales, como el buen gobierno del sistema sanitario y sus organismos, la cronicidad e integración de servicios asistenciales o la aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias (que estudiamos en el capítulo siete). En el área crucial de los recursos humanos no figuran los temas más importantes, como sería una reforma coherente del estatuto del personal. En suma, las decisiones fundamentales sobre los presupuestos y gasto sanitarios no se sustentan sobre diagnósticos certeros, estrategias correctas ni planes comprensivos y armónicos. Para el futuro de nuestro SNS se echa en falta lo que sería fundamental: un plan de conjunto para su reforma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO III

AIXALÁ, J. (2013), "Las políticas macroeconómicas", en GARCÍA DELGADO, J. L. y MYRO, R., *Lecciones de economía española*, Civitas Ediciones, Madrid.

ALESINA, A., y S. ARDAGNA (2013), "The Design of fiscal adjustments. Tax Policy and the Economy", 27: 19-68, *National Bureau of Economic Research*. Disponible en: (<http://www.nber.org/chapters/c12853.pdf>). Consultado el 13-5-2015.

AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL (AIREF) (2016a), Observatorio de deuda, Madrid 21 de septiembre. Disponible en: (http://www.crones.es/pdf/AIREF_Observatorio_de_Deuda.pdf).

— (2016b), Observatorio de deuda, tercer trimestre, Madrid. Disponible en: (http://www.airef.es/system/assets/archives/000/001/795/original/2016_12_16_Observatoriofinal_tercer_trimestre_2016.pdf?1481895864).

BANCO DE ESPAÑA (2014), *Informe anual 2013*. Disponible en: (<http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/13/Fich/inf2013.pdf>). Consultado el 16-6-16. Madrid.

— (2016), *Boletín estadístico 12/2016*, diciembre. Disponible en: (http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEstadistico/16/Fich/be_diciembre2016_es.pdf).

BOLDRIN, M., y J. I. CONDE-RUIZ (2012), "Reformar la fiscalidad para crecer", *El País*, 20-07-2012. Disponible en: (http://elpais.com/elpais/2012/07/19/opinion/1342694474_832962.html). Consultado el 13-5-2015.

COMISIÓN EUROPEA (2014), Recomendación de Recomendación del Consejo relativa al Programa Nacional de Reformas de 2014 de España, 02-07-2014, COM(2014) 410 final.

— (2015a), Recomendación de Recomendación del Consejo relativa al Programa Nacional de Reformas de 2015 de España, 13-05-2015, COM(2015) 259 final, Bruselas. Disponible en: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/csr2015_spain_es.pdf. Consultado el 12-10-2015.

— (2015b), Commission opinion of 12.10.2015 on the draft budgetary Plan of Spain, Bruselas 12.10, C(2015) 6892 final. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/dbp/2015/es_2015-10-12_co_en.pdf).

— (2016a), Recommendation for a Council implementing decision imposing a fine on Spain for failure to take effective action to address an excessive deficit, Bruselas, 27.7.2016. COM(2016) 517 final. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/30_edps/126-08_commission/2016-07-27_es_126_8_commission_recommendation_en.pdf).

— (2016c), Communication. Assessment of action taken by Portugal and Spain in response to the Council decisions of 8 August 2016 giving notice to take measures for the deficit reduction judged necessary in order to remedy the situation of excessive deficit, Bruselas 16.11.16.COM(2016) 901 final. Disponible en: (<http://europeanmemoranda.cabinetoffice.gov.uk/files/2016/11/ST-14648-2016-INIT.pdf>).

— (2016d), Start of the 2017 European Semester: Autumn Package. Bruselas, 16 noviembre, nota de prensa. MEMO/16/3711. Disponible en: (http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-16-3711_en.htm).

COMISIÓN EUROPEA, ASUNTOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS (2015a), UE - Gobernanza Económica. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/index_es.htm). Consultado el 13-10-2015.

— (2015b), *The preventive arm*. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/preventive_arm/index_en.htm). Consultado el 13-10-2015.

CONDE-RUIZ, J. I.; DÍAZ, M.; MARÍN, C., y J. RUBIO-RAMÍREZ (2015), Una Reforma Fiscal para España, *FEDEA Policy Papers*, 2015/02.

CONDE-RUIZ, J. I., y J. RUBIO-RAMÍREZ (2014), "Sin más ingresos, adiós al bienestar", *El País*, 09-04-2014. Disponible en: (http://elpais.com/elpais/2014/04/04/opinion/1396609963_648743.html).

CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2009a), Decisión de 27 de abril de 2009 sobre la existencia de un déficit excesivo en España, *DOUE*, n.º L 135/25 de 30.5.2009. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/30_edps/104-06_council/2009-04-27_es_104-6_council_en.pdf). Consultado el 23-9-2016.

— (2009b), Council recommendation to Spain with a view to bringing an end to the situation of an excessive government deficit. Formal adoption 27-4-2009. 7904/09. ECOFIN 233. UEM 112. Bruselas 6 de abril de 2009. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/30_edps/104-07_council/2009-04-27_es_104-7_council_en.pdf).

— (2013), Recomendación de 21 junio de 2013 encaminada a poner fin a la situación de déficit público excesivo de España, *DOUE* n.º C/180/4 de 26.6.13. Disponible en: (<http://www.sepe.es/LegislativaWeb/verFichero.do?fichero=09017edb80114253>).

— (2015), Recomendación del Consejo de 14 de julio de 2015 relativa al Programa Nacional de Reformas de 2015 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de 2015 de España. (2015/C 272/13), *DOUE* n.º C 272/46 de 18.8.2015, Bruselas. Disponible en: ([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32015H0818\(14\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32015H0818(14)&from=ES)).

— (2016a), Decisión (UE) 2016/1222 del Consejo de 12 de julio de 2016, por la que se establece que España no ha tomado medidas eficaces para seguir la recomendación de 21 de junio de 2013 del Consejo, *DOUE* n.º L 201/19 a 22 de 27.7.2016. Disponible en: (<http://www.boe.es/doue/2016/201/L00019-00022.pdf>). Consultado el 30 de julio de 2016.

— (2016b), Decisión de ejecución del Consejo sobre imposición de una multa a España por no haber adoptado medidas efectivas para corregir su déficit excesivo. Fechada el 5 de agosto de 2016, pero con fecha oficial de adopción el 8 de agosto según la web del PDE. Bruselas. 1155/16. ECOFIN 745. UEM 285. Disponible en: (<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11555-2016-INIT/en/pdf>). Consultado el 30 de agosto de 2016.

— (2016c), Decisión de 8 de agosto de 2016 por la que se formula una advertencia a España para que adopte medidas dirigidas a una reducción del déficit que se considera necesaria para poner remedio a la situación de déficit excesivo. Disponible en: (<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11552-2016-INIT/es/pdf>). Consultado el 31 de agosto de 2016.

— (2016d), Recomendación del Consejo de 12 de julio de 2016 relativa al Programa Nacional de Reformas de 2016 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de 2016 de España. (2016/C 299/02), *DOUE* n.º C 299/7 de 18.8.2016. Disponible en: ([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016H0818\(02\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016H0818(02)&from=ES)). Consultado el 31 de julio de 2016.

DE PAZ NIEVES, C., y C. MULAS-GRANADOS (2012), Ajustes fiscales: Alternativas y consecuencias. Documentos de Debate, Fundación IDEAS DD 06/2012. Disponible en: (http://www.gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14_paginas_opinion/ca_10000638.pdf). Consultado el 14-9-16.

EUROPEAN COUNCIL-EURO-SUMMIT (2012), *Memorandum of Understanding (MoU) on financial sector policy conditionality. Signed between Spain and the Heads of State and Government of the Euro Area countries on 20 July 2012*. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2012-07-20-spain-mou_en.pdf). Consultado el 6-9-16.

EUROSTAT (2016), Nota de prensa. *Euroindicators*. Provision of deficit and debt data for 2015 - first notification Euro area and EU28 government deficit at 2.1% and 2.4% of GDP respectively Government debt at 90.7% and 85.2%. Disponible en: (<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7235991/2-21042016-AP-EN.pdf>). Consultado el 6-10-16.

FERNÁNDEZ-ORDOÑEZ, M. A. (2015), "Sin reformas, 2015 será un año perdido", *El País*, 03-01-2015. Disponible en: (http://elpais.com/elpais/2014/12/30/opinion/1419962882_140154.html). Consultado el 6-9-15.

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI) (2014), Back to work: How Fiscal Policy can help, *Fiscal Monitor*, World Economic and Financial Surveys. Washington. Disponible en: (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/fm/2014/02/pdf/fm1402.pdf>). Consultado el 6-9-16.

GARICANO, L. (2012), "Ordnung", *El País*, 2 de septiembre. Disponible en: (http://economia.elpais.com/economia/2012/08/31/actualidad/1346425685_197016.html). Consultado el 8-10-15.

GOBIERNO DE ESPAÑA (2014), *Déficit de las AA.PP. 2013*, 31 marzo, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Disponible en: (<http://www.minhfp.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Notas%20Prensa/2014/ESTAD%C3%8DSTICAS/31-03-15%20%20Cierre%20Ejercicio%20Presupuestario%202013.pdf>).

— (2014a), *Programa Nacional de Reformas. Reino de España*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid, 14 de abril. Disponible en: (<http://www.lamoncloa.gob.es/documents/pnr2014final.pdf>).

— (2014b), *Actualización del Programa de Estabilidad. Reino de España. 2014-2017*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid.

— (2014c), *Plan Presupuestario 2015. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. Disponible en: (http://www.minhfp.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Varios/P_PRESUPUESTARIO_2015_ES.pdf). Consultado el 61-12-15.

— (2015), *Déficit de las AA.PP. 2014*, 27 marzo, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Disponible en: (http://www.lamoncloa.gob.es/consejodeminstros/referencias/documents/2015/refc20150327e_1.pdf).

— (2015a), *Programa Nacional de Reformas. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. Disponible en: (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/150504_np_actpnr.pdf).

— (2015b), *Actualización del Programa de Estabilidad 2015-2018. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. Disponible en: (http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/sp2015_spain_es.pdf).

— (2015c), *Plan Presupuestario 2016. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. Disponible en: (<http://www.minhfp.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Varios/11-09-15%20%20PLAN%20PRESUPUESTARIO%202016%20-%2020VF.pdf>).

— (2016a), *Programa Nacional de Reformas. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Disponible en: (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/160503_np_reformas.pdf).

— (2016b), *Actualización del Programa de Estabilidad 2015-2018. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. Disponible en: (http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/sp2015_spain_es.pdf).

— (2016c), *Plan Presupuestario 2017. Informe de acción efectiva. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. 14-10-2016. Disponible en: (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/161017_plan_presupuestario.pdf).

— (2016d), *Actualización del Plan Presupuestario 2017. Reino de España*. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. 9-12-2016. Disponible en: (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/161212_np_planptos.pdf).

IGAE (2013), *Clasificación funcional del gasto de las Administraciones Públicas (COFOG). Información anual*, Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Disponible en: (<http://www.igae.pap.minhap.gob.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/infadmcomunidadesautonomas/Paginas/iacofog.aspx>). Consultado el 27-03-2015.

LAGARES (2014), *Informe de la Comisión de expertos para la reforma del sistema tributario español*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid, febrero. Disponible en: (<http://www.abc.es/gestordocumental/uploads/economia/fe007a24af859ec8ce790387ba6b7755.pdf>). Consultado el 6-12-15.

LOBO, F. (2011), "La izquierda, el déficit y la Constitución", *El País. Negocios*, 25 de septiembre, p. 27. Disponible en: (http://elpais.com/diario/2011/09/25/negocio/1316955143_850215.html), y en: (<http://nadaesgratis.es/cabrales/la-izquierda-el-deficit-y-la-constitucion-de-felix-lobo>).

MOSCOVICI, P. (2016), Remarques du Commissaire Moscovici à la conférence de presse sur le Semestre européen, Bruselas, 16 noviembre, European Commission. Press release database. Disponible en: (http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-16-3733_en.htm?locale=en).

OCDE (2014b), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París, Disponible en: (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf>). Consultado el 6-11-15.

PÉREZ, C., y A. MAQUEDA (2016), Bruselas exige el ajuste a Rajoy pero mantiene los fondos, *Diario El País*, 17 de noviembre, p. 40.

UNIÓN EUROPEA. UNIÓN ECONÓMICA Y MONETARIA (2012), *Tratado de Estabilidad, Coordinación y Gobernanza en la Unión Económica y Monetaria T/SCG*. Consejo de la Unión Europea. Consejo Europeo. Bruselas. Disponible en: (<https://www.boe.es/boe/dias/2013/02/02/pdfs/BOE-A-2013-1118.pdf>). Consultado el 6-10-16.

IV. SANIDAD, RESTRICCIONES PRESUPUESTARIAS Y RESPONSABILIDAD FISCAL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La implantación de un sistema de asistencia sanitaria universal financiado con cargo al fondo general de impuestos que comenzó con la Ley General de Sanidad de 1986 discurrió en paralelo con el proceso de descentralización territorial, que se prolongó más de 20 años desde su inicio en 1981 hasta su culminación formal en 2002. “El mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en las dos últimas décadas es probablemente el de la generalización de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas que integran el Estado”, ha afirmado un destacado estudioso del tema (López Casasnovas, 2016). Haciendo balance de este cambio a la altura de 2016, señala sus luces y sombras:

Entre las luces menciona:

- Respecto a la eficiencia asignativa, las comunidades autónomas han adaptado bastante bien sus recursos sanitarios a las necesidades de sus poblaciones.
- En relación a la equidad interterritorial, desde la década de 1980 las diferencias en mortalidad evitable entre las distintas comunidades autónomas han disminuido.
- La descentralización ha aumentado la eficiencia dinámica, esto es, la capacidad para reformar instituciones y adoptar experiencias internacionales e innovar.
- Ha aumentado la visibilidad de la política sanitaria, la cooperación y competencia entre los gobiernos autónomos y favorecido los controles locales.
- La descentralización no sería la causa de un supuesto incremento de las disparidades en la gestión del gasto sanitario público. España registraría la desigualdad más baja entre un grupo de países descentralizados (aunque los datos aportados son de 1997). Peores serían las desigualdades intrate-

territoriales “escondidas”, puestas de manifiesto por el Atlas de las variaciones en la práctica médica.

Entre las sombras señala:

- Los límites de la cooperación informal, que han hecho que las innovaciones se hayan adoptado de manera desigual.
- La competencia entre administraciones traducida en una espiral de gastos, con problemas de control del endeudamiento.

Este balance, en términos generales positivo, enmarca las cuestiones más concretas que en este capítulo analizaremos: el marco regulador y organizativo de la política presupuestaria de las comunidades autónomas, las medidas recientes de consolidación y estabilización fiscal que les han afectado y los problemas más relevantes del sistema español de financiación territorial y de la sanidad pública. Con este análisis podremos formarnos un juicio acerca de la intensidad de las restricciones presupuestarias que afrontan y de la responsabilidad presupuestaria o fiscal de las comunidades en el desarrollo de sus políticas sanitarias, en el doble sentido de garantía de la viabilidad del sistema y autonomía para allegar y gastar los recursos necesarios para desarrollarlas.

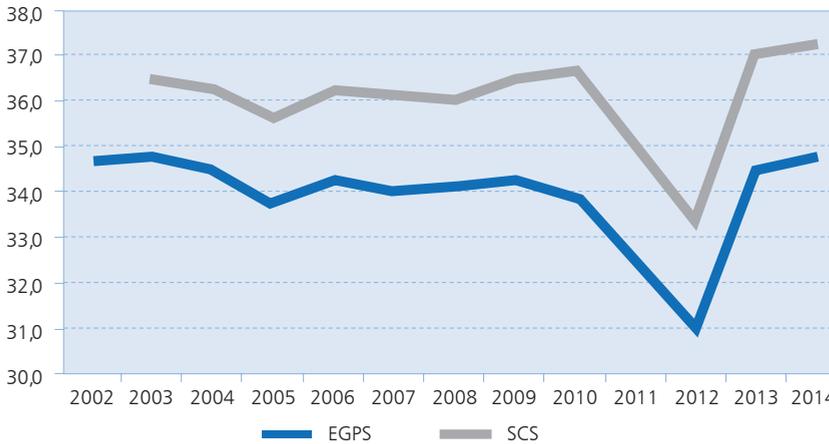
4.1. LA HACIENDA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La Constitución Española de 1978, la Ley General de Sanidad de 1986 y diversas sentencias del Tribunal Constitucional establecieron la descentralización de las competencias y responsabilidades sobre salud pública y asistencia sanitaria en las comunidades autónomas (CC.AA.) –regiones–. En consecuencia, las CC.AA. son ahora responsables de la mayor parte del gasto en salud y medicamentos (Lobo, 2013). Este gasto tiene un peso decisivo sobre sus presupuestos, como se ve en el gráfico 4.1.

Por consiguiente, es obvio que las opciones de la política sanitaria y niveles de gasto, entre ellas las decisiones sobre incorporación de intervenciones, tecnologías y medicamentos innovadores, están condicionadas por las características y la evolución de las haciendas de las CC.AA. Si nuestras regiones no tienen unos presupuestos saneados y unas expectativas de viabilidad a largo plazo, no quedará asegurado el acceso expedito de los pacientes a los nuevos tratamientos eficientes. Estamos hablando, además, de la vía normal y permanente de garantizar que el flujo de innovaciones se difunda con certidumbre y prontamente en nuestro país. No se trata de improvisar soluciones, ni de apli-

GRÁFICO 4.1

**ESPAÑA. COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
PESO DEL GASTO EN SANIDAD SOBRE EL GASTO PÚBLICO TOTAL
(%)**



Notas: Gasto Público: Operaciones no financieras del subsector Administración Regional (S.1312).

SCS: Sistema de Cuentas de Salud. EGSP. Estadística del Gasto Sanitario Público.

Fuentes: MINHAP-IGAE (2016); MSSSI (2016).

car parches de emergencia, sino de lograr un sistema de financiación suficiente y estable a largo plazo que lo asegure.

Empecemos por justificar, con datos, una visión positiva del proceso que desde luego consideramos irreversible. En un estudio con sólida base empírica López-Casasnovas, Costa-Font y Planas (2005) analizaron este proceso de descentralización. Concluyeron que a pesar de una heterogeneidad significativa, una vez que se toman en cuenta las necesidades regionales específicas, las pruebas empíricas muestran que ha mejorado la eficiencia, mientras que las desigualdades, tanto por el lado de los recursos como por el de los resultados, no parecen haberse incrementado a nivel estatal. El proceso de transferencias habría compatibilizado la diversidad regional con la naturaleza de un sistema nacional de salud sin incurrir en desigualdades apreciables. La descentralización territorial no habría acarreado desigualdades interregionales, al menos hasta 2004 cuando concluyen su estudio.

Entrando en el examen del sistema de financiación regional español hay que tener en cuenta primero que el País Vasco y Navarra gozan de un régimen fiscal especial (Concierto y Cupo vasco, y Régimen Foral navarro) que implica menor presión tributaria, menor contribución a las cargas estatales comunes y una

mejor posición en cuanto a suficiencia de los recursos¹. Esto es de extraordinaria importancia para la sanidad, porque estas dos CC.AA. pueden alcanzar niveles de gasto por persona bastante superiores a las demás (de “régimen común”).

En segundo lugar, para organizar la financiación de la sanidad de las comunidades de régimen común y con el objetivo de compatibilizar la autonomía de la política sanitaria con suficiencia financiera cabe pensar en dos alternativas (seguimos aquí a López-Casasnovas, 1998). La primera pone el foco en el gasto y supone que el Gobierno central es el que estima el gasto necesario para satisfacer las necesidades y efectúa una subvención cerrada a favor de las regiones. En esta solución hay que tener en cuenta que la territorialización del gasto exige cálculos y ajustes complejos. La segunda, denominada “espacio fiscal”, descansa sobre la capacidad tributaria normativa de las regiones, que podrían establecer tributos nuevos o recargos en los establecidos por el Gobierno central y desarrollar las políticas de gasto que decidieran los parlamentos y gobiernos (López-Casasnovas, 1998). Esta segunda solución es, obviamente, “más autonomista” y en el límite se convierte en una solución federal; reserva al Gobierno central la función de garantizar unos servicios mínimos y da origen a una mayor diversidad entre regiones. Por esta segunda vía es por donde hemos avanzado en España, a mi juicio de acuerdo con la sustancia del diseño territorial de nuestra Constitución de 1978.

Desde 2002, cuando concluyeron todas las transferencias de servicios desde el Gobierno central, la financiación de los servicios sanitarios de las regiones de “régimen común” está subsumida en la financiación general de las CC.AA., diseñada en 2001² y reformada en 2009. Los recursos proceden de tributos

¹ “... la financiación per cápita de las comunidades forales a competencias homogéneas e igual esfuerzo fiscal... es aproximadamente el doble de la que perciben las comunidades de régimen común... la presión fiscal es también significativamente más baja en las comunidades forales, que a diferencia de las de régimen común, muestran un “sobreesfuerzo fiscal” negativo y muy considerable... Aunque tales rebajas fiscales reducen la financiación observada de las regiones forales, ésta sigue estando en torno a un 80% por encima de la media de las regiones de régimen común” (De la Fuente *et al.*, 2012: 39). Considerando los datos por habitante ajustado resulta también que “las comunidades forales... gozan de una financiación por unidad de necesidad que es aproximadamente el doble de la percibida por las comunidades de régimen común cuando el cálculo se realiza a igual esfuerzo fiscal” (*Ibid.* p. 41). “La menor presión tributaria de la que disfrutan los territorios con regímenes fiscales especiales (Canarias, Ceuta y Melilla y las comunidades forales) supone una subvención implícita de unos 3.500 millones de euros a pagar entre todas las demás regiones. Por otro lado, tenemos que aproximadamente la mitad del “exceso” de gasto territorializable se concentra también en las comunidades forales, gracias fundamentalmente a una financiación regional muy superior a la del resto del país” (*Ibid.* p. 54).

² En 2001, respecto a las fórmulas anteriores, ya se dio un salto cualitativo con la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, que consagra la corresponsabilidad fiscal como principio básico del sistema. Un completísimo examen de este modelo, las experiencias internacionales, los instrumentos de cálculo de la necesidad sanitaria, fórmulas de reparto y propuestas de mejora puede verse en (Cabasés, 2006), en particular en (Cantarero, 2006) y (Cabasés, Lera y Pascual, 2006) y en Cabasés y Lera, 2010).

propios (que han proliferado durante la crisis), impuestos parcialmente cedidos por el Gobierno central (patrimonio, sucesiones y donaciones, electricidad, transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados) y participaciones en la recaudación de otros (50% de IRPF e IVA, 60% de impuestos especiales sobre el alcohol, el tabaco y los hidrocarburos), así como de transferencias adicionales del Gobierno central para lograr la convergencia entre CC.AA. La distribución de los recursos se hace con un criterio básicamente poblacional, con algunas correcciones (por envejecimiento, dispersión, superficie, insularidad y población en edad escolar).

4.2. LAS PRINCIPALES NOVEDADES DE LA REFORMA DE 2009

La reforma de la financiación regional de 2009 dio mayor capacidad fiscal a las CC.AA., dotándolas de mayor margen de maniobra, más transparencia ante los ciudadanos y mejor rendición de cuentas (De la Fuente, 2012). Aprobada con el acuerdo de todas las CC.AA. de régimen común, sus características son (De la Fuente, 2012):

- Un incremento significativo en el peso de las cesiones tributarias.
- Aumento de las competencias de las CC.AA. para regular los tributos cedidos.
- Aumento del volumen de recursos.
- Modificación de los criterios de reparto mediante la creación de tres nuevos fondos y mantenimiento del Fondo de Suficiencia:
 - El Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales (FGSPF) que asigna el 70% de los recursos para que todas las CC.AA. proporcionen a sus ciudadanos, en condiciones de igualdad, educación, sanidad y servicios sociales. Se trata de una cesta común que se distribuye cada año con criterios de necesidad, generando transferencias niveladoras entre regiones en proporción a la población ajustada de cada región. La población se ajusta según variables demográficas y geográficas para aproximarse al coste relativo por habitante de un paquete estándar de servicios públicos común. (De la Fuente, 2012). La fórmula de reparto se actualiza cada año según los valores de las variables, lo que permite adaptarla a las cambiantes circunstancias. En general se valora que este fondo funciona adecuadamente.
 - Fondo de Cooperación.

- Fondo de Competitividad. Ambos persiguen la convergencia entre CC.AA. en términos de renta per cápita y financiación por habitante ajustado (De la Fuente, 2012). Estos dos fondos son los que originan más dudas. Se critica su opacidad y predominio de criterios políticos oportunistas en su asignación.
- El Fondo de Suficiencia (ya existente anteriormente) financia el resto de competencias transferidas (con un 16,5% de los recursos). Como antes, se fija de modo que la financiación no pueda ser inferior a la que habría resultado de la aplicación del sistema precedente, es decir, que tenemos una restricción inicial que tiende a preservar el *statu quo* (De la Fuente, 2012).

También es característica de la reforma de 2009 el objetivo de equidad interregional de la nivelación parcial. Es decir, que las redistribuciones de fondos entre regiones tengan un límite tal que no se produzca una reclasificación que sitúe a las regiones más pobres por encima de las más ricas en la obtención de fondos del sistema. Esto significa que se renuncia al objetivo de asegurar plenamente la igualdad de acceso de todos los ciudadanos (cualquiera que sea su comunidad de residencia) al conjunto de los servicios públicos (De la Fuente, 2012). En efecto, sólo se reparte el Fondo de Garantía (alrededor del 70% de los recursos totales), mientras que los ingresos tributarios autonómicos que no se integran en este fondo acrecen a la comunidad que los recauda. El principio alternativo, vigente antes de 2009, era el de nivelación plena, según el cual no juegan esos límites a los criterios de redistribución.

El sistema de financiación de 2009 debería haber sido reconsiderado en 2014, pero a finales de 2016 aún no se ha abordado su revisión, aunque parece que se va a conseguir un acuerdo político para efectuarla en 2017. Las críticas a su diseño y funcionamiento son abundantes. Especial importancia tiene, a nuestro juicio, la insuficiente o asimétrica corresponsabilidad fiscal atribuida a las CC.AA. Como ya hemos visto, tienen gran responsabilidad en la ejecución del gasto. En España en 2012 las CC.AA. ejecutaron alrededor del 30% del gasto público total, más que la Administración central (excluida la Seguridad Social) (Lagares *et al.*, 2014). Pero “en conjunto las CC.AA. obtienen alrededor del 32% de los ingresos impositivos... (incluidas las cotizaciones sociales), aunque sólo tienen capacidad normativa sobre algo más del 50% de los mismos, de forma que la autonomía impositiva de las CC.AA. afectaría al 17% de los ingresos tributarios de las administraciones públicas españolas, un grado de autonomía impositiva inferior, por tanto, a la del gasto público (30% del total)” (Lagares *et al.*, 2014). Podemos decir entonces que las CC.AA. españolas tienen más capacidad de gasto que responsabilidad de procurarse ingresos, lo que significaría un diseño inadecuado del régimen federal fiscal.

También son objeto de crítica los problemas de suficiencia financiera que se agudizaron con la crisis. También, en una visión muy crítica, López Casanovas y Roselló Villalonga (2013) han destacado los incumplimientos, en la legislación pero sobre todo en la ejecución de los principios generalmente aceptados que deberían regir las relaciones financieras en una estructura federal: equidad horizontal y vertical, autonomía y suficiencia financiera. Tienen un gran interés los doce “criterios de prudencia” que proponen para regir las relaciones entre jurisdicciones fiscales, pero que estarían ausentes en el caso español. En el apartado 4.4 volveremos sobre la importancia de estas deficiencias.

4.3. MEDIDAS RECENTES DE CONSOLIDACIÓN FISCAL, ESTABILIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

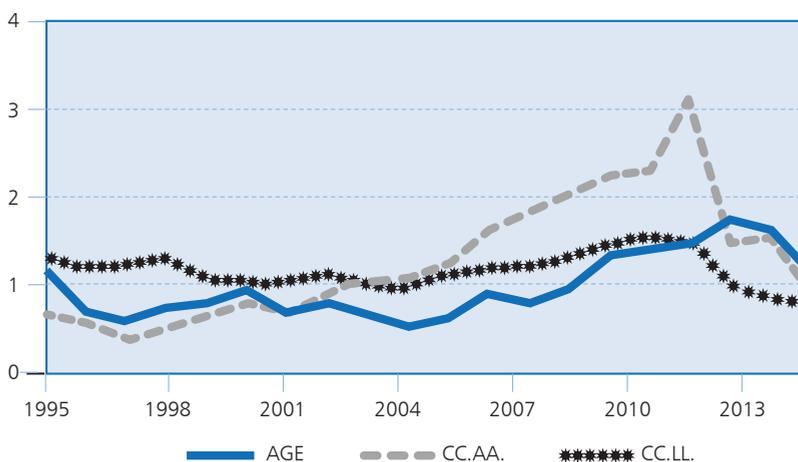
La crisis, el consiguiente descenso de los ingresos fiscales y la rigidez a la baja de ciertos gastos, destacadamente los sanitarios, como sabemos, provocó graves problemas de financiación e incluso de liquidez a las CC.AA. El recurso a tomar prestado a los mercados se vio encarecido por el ascenso de nuestra prima de riesgo e incluso dificultado o impedido porque su calificación crediticia cayó notablemente, incluso al nivel del bono basura en algunos casos.

En este contexto, la dilación de los plazos de pago por las CC.AA. a los proveedores y el incremento de su deuda comercial se agravaron extraordinariamente, lo que manifestaba un auténtico problema de solvencia a corto plazo, como se aprecia en el gráfico 4.2. El aprieto tuvo especial incidencia en el mundo de la sanidad.

La deuda de las administraciones territoriales es actualmente un cuarto de la deuda pública total. El gráfico 4.3 muestra el acelerado crecimiento de la deuda de las CC.AA. entre 2011 y 2014, especialmente la de Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia, que tienen un porcentaje de deuda sobre el PIB superior a la media. La situación financiera de las CC.AA. en los últimos ejercicios está lejos de ser brillante. En 2014 sus ingresos caían, su déficit superaba el de 2013 y su deuda crecía un 10% (Díez, 2015). La Comisión Europea ha alertado del deterioro de las cuentas públicas de las CC.AA. reiteradamente, en especial en el ejercicio 2015 (Comisión Europea, febrero 2015 y Comisión Europea, 2016). La superación del objetivo de déficit de las administraciones públicas en 2015 por cerca de un punto del PIB, se debió al desequilibrio en exceso de las CC.AA. (un punto del PIB). “El incumplimiento de los objetivos por parte de las CC.AA fue generalizado, puesto que sólo tres de ellas cumplieron con las metas establecidas” (Banco de España, 2016).

GRÁFICO 4.2

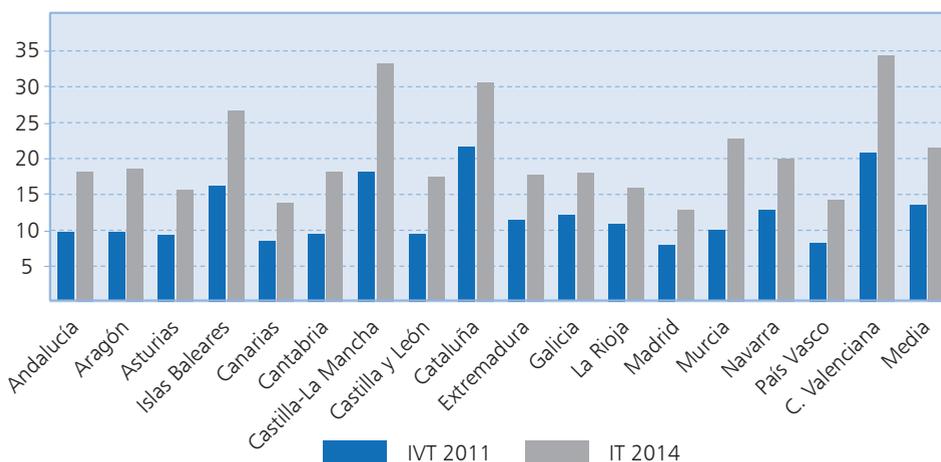
CUENTAS PENDIENTES DE PAGO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS CON SOCIEDADES NO FINANCIERAS, POR SUBSECTORES
(En % del PIB)



Fuentes: Banco de España, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
Tomado de Delgado Téllez et al., 2015.

GRÁFICO 4.3

DEUDA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
(% sobre el PIB regional)



Fuente: Tomado de Ruíz Almendral y Cuenca, 2014.

Por todo ello, en los años recientes se han adoptado numerosas medidas con el objetivo de lograr la consolidación fiscal, la estabilidad y la sostenibilidad financiera de las haciendas autonómicas. Destaca la creación de medidas automáticas de corrección y coercitivas, el condicionamiento del acceso a la financiación a la observancia de objetivos y compromisos y la posibilidad de imponer, en última instancia, su cumplimiento forzoso. Por un lado, “el marco de estabilidad presupuestaria de las CC.AA. autónomas... se ha reforzado de manera sustancial lo que ha dado lugar a resultados positivos en términos de déficit” (Ruiz Almendral y Cuenca, 2014). Por otro, es cierto que la autonomía de nuestras comunidades frente al Gobierno central ha sido, en ciertas dimensiones recortada. También hay que tener en cuenta que en este proceso, como en otros que estamos analizando, ha sido decisivo el impulso proporcionado por el desarrollo de lo que hemos llamado el orden fiscal europeo. Como la responsabilidad de los servicios sanitarios en nuestro país recae principalmente sobre las CC.AA. estas medidas, que vamos a examinar resumidamente a continuación, determinan el marco presupuestario de su evolución.

En primer lugar se ha modificado y desarrollado sustancialmente el marco legislativo. *La Ley Orgánica 2/2012 de 27 de abril de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera (LOEPSF) es la referencia fundamental.* Sus disposiciones principales son:

- Se aplica a todas las administraciones públicas (Estado, CC.AA., corporaciones locales y seguridad social).
- Desarrolla el principio de estabilidad financiera (incluido en 2011 en el artículo 135 de la Constitución) y consagra el “pacto interno de estabilidad” que se había iniciado con las anteriores leyes de estabilidad (Ruiz Almendral y Cuenca, 2014). Se concreta en dos limitaciones primordiales:
 - Prohibición para todas las administraciones públicas de incurrir en un déficit estructural¹ (salvo situaciones excepcionales, en el caso del Estado y las CC.AA.).
 - “Regla de gasto”: La variación del gasto no podrá superar la tasa de referencia de crecimiento del producto interior bruto (PIB) de medio plazo de la economía española.
- Principio de sostenibilidad financiera que se concreta en un límite máximo a la deuda pública española del 60% del PIB (44% para la Administración central, 13% para el conjunto de las CC.AA. y para cada una de ellas y 3%

¹ Definido como déficit ajustado del ciclo, neto de medidas excepcionales y temporales.

para las corporaciones locales), aunque su entrada en vigor se aplaza hasta el 1 de enero de 2020.

- Establece un cuadro de medidas preventivas, correctivas y coercitivas siendo éstas últimas su principal novedad.
- Las medidas preventivas comprenden mecanismos automáticos; de alerta temprana y posibles advertencias de riesgo de incumplimiento.
- Entre las correctivas figuran la previa autorización por el Estado de emisiones de deuda y garantías, e informe favorable del Ministerio de Hacienda para la concesión por el Estado a las CC.AA. de subvenciones y convenios. Un instrumento fundamental son los planes económico-financieros y de reequilibrio, obligatorios para revertir los incumplimientos. También se aplican medidas si se producen retrasos en el pago a los proveedores.
- Las medidas coercitivas son contundentes: aprobación automática de no disponibilidad de créditos; las competencias sobre tributos cedidos pasan a ser ejercidas por el Estado; constitución de un depósito en el Banco de España equivalente al 0,2 % del PIB de la comunidad que puede llegar a convertirse en multa; envío de comisión de expertos para proponer medidas de obligado cumplimiento; en el límite, aplicación del artículo 155 de la Constitución que puede significar la ejecución de medidas directamente por el Gobierno con obligación para todas las autoridades de cumplirlas.

La LOEPFS y disposiciones posteriores completaron el sistema de estabilidad y sostenibilidad con nuevos mecanismos extraordinarios de liquidez y también lo ampliaron al control de la deuda comercial¹. La Ley Orgánica 9/2013 permite poner en marcha los mecanismos de control y sancionadores cuando el periodo medio de pago a los proveedores supere en más de 30 días el plazo máximo de la normativa de morosidad durante más de dos meses. En cuanto a los mecanismos de liquidez las observaciones fundamentales son:

- Rige el principio de condicionalidad. Es decir, la financiación o liquidez que precisa la comunidad le es facilitada por el Estado si cumple ciertas condiciones, como proporcionar información y acordar con el Ministerio de Hacienda un plan o medidas de ajuste para alcanzar los objetivos de gasto, déficit o deuda. Si incumple es sometida a las medidas coercitivas antes

¹ Se trata de la Ley Orgánica 4/2012; Ley Orgánica 9/2013 de control de la deuda comercial del Sector Público; Real Decreto Ley 21/2012 y Real Decreto Ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico; Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio; Ley Orgánica 1/2016, de 31 de octubre.

expuestas. “Es decir, se pone en marcha un auténtico mecanismo global de rescate... a cambio del citado control” (Ruiz Almendral y Cuenca, 2014).

- Estos mecanismos en definitiva sirven para convertir deuda comercial de las CC.AA. (y entidades locales) en deuda financiera con el Estado y finalmente en deuda pública, que en parte sustancial es financiada por el Banco Central Europeo desde que puso en marcha sus programas extraordinarios de compra.
- Podría apreciarse que estos mecanismos abren ciertas posibilidades de “riesgo moral”, es decir, de incentivo a la irresponsabilidad en los gastos, ante la expectativa de que estos mecanismos finalmente garantizarán el rescate financiero de la comunidad.

Se han desarrollado sucesivamente tres instrumentos financieros: en 2012-2014 el Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores (FFPP), ya desaparecido¹; en 2012-2015 el Fondo de Liquidez Autonómica (FLA); desde 2015 el Fondo de Financiación a CC.AA.

El primer Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) (creado por RDL 21/2012) estaba previsto inicialmente para suministrar liquidez a las CC.AA. frente a necesidades críticas de financiación. Tenía carácter temporal y voluntario, se financiaba con deuda del Estado, era gestionado por el Instituto de Crédito Oficial y pagaba directamente a los acreedores. Desde finales de 2012 el FLA dedicó una cuarta parte de sus recursos a satisfacer facturas pendientes de proveedores.

Entre 2012 y 2014 a través del FFPP y la línea de proveedores del FLA se pagaron facturas pendientes de pago de las CC.AA. por 55,3 miles de millones y 11,6 miles de millones de euros correspondientes a las entidades locales. Como resultado todas las CC.AA. disminuyeron su déficit y su morosidad y se normalizaron el *stock* de deudas pendientes con el sector privado y periodos de pago a proveedores (Delgado Téllez *et al.*, 2015). Además, el estímulo que estos mecanismos extraordinarios han proporcionado a la actividad económica no es despreciable. Se ha estimado entre 0,3 y 0,6 puntos del PIB acumulados hasta 2014 y entre 0,4 y 0,7 puntos de efecto sobre el empleo (todas estas cifras provienen de Delgado Téllez *et al.*, 2015). La contrapartida es que todas las CC.AA. aumentaron su deuda, en particular con el Estado central.

¹ El Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores (FFPP) (creado por los RDL 4/2012 y 7/2012) podía acudir a los mercados de capitales con la garantía del Estado y financiar el pago directo a los proveedores por parte de la Administración General del Estado de créditos comerciales pendientes de pago por las CC.AA. y corporaciones locales.

A finales de 2014 (Real Decreto Ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las CC.AA. y entidades locales y otras de carácter económico) se reorganizaron profundamente estos mecanismos. Lo primero a destacar es que estos mecanismos dejan de tener siempre un carácter extraordinario y se convierten en instrumentos ordinarios de la sostenibilidad financiera. Los objetivos perseguidos son los mismos, aunque se insiste en la sostenibilidad y garantía del gasto social y en facilitar financiación con apoyo del Estado en condiciones más ventajosas que las de los mercados de deuda.

El nuevo *Fondo de Financiación a CC.AA.* está integrado por cuatro departamentos:

- **Facilidad Financiera**, que extiende los beneficios de los mecanismos de financiación a las CC.AA. cumplidoras. No requiere la aprobación de un plan de ajuste pero sí facilitar cierta información.
- **Fondo de Liquidez Autonómico**, es sucesor del fondo anterior del mismo nombre y se puede aplicar *ex novo* a las CC.AA. que incumplan los plazos de pago a proveedores establecidos.
- **El Fondo Social** está destinado a facilitar liquidez a las CC.AA. para que puedan atender el pago de obligaciones contraídas con corporaciones locales en virtud de disposiciones o convenios en materia de gasto social.
- **Fondo en Liquidación del anterior FFPP.**

Tras este repaso legislativo podemos preguntarnos ¿además del suministro de financiación *se han adoptado medidas* para asegurar la consolidación fiscal de las CC.AA? ¿*Se han usado los mecanismos preventivos, correctivos y coercitivos de la LOEPSF?* ¿La disciplina fiscal de las CC.AA. ha sido impulsada realmente por las mayores cotas de condicionamiento y tutela estatal?

Las instituciones europeas han insistido frecuentemente en la necesidad de que las CC.AA. progresen por la senda de la consolidación fiscal. En 2015 la Comisión se quejaba amargamente de que “a pesar del evidente deterioro de las finanzas públicas autonómicas a lo largo de 2014, ninguna de las medidas preventivas previstas en la LOEP se pusieron en práctica...” (Comisión Europea, febrero 2015). En 2016 comprobaba que “sólo uno de los trece planes de ajuste de las administraciones autonómicas que no habían alcanzado sus objetivos de déficit en 2014 fue aprobado oficialmente por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, impidiendo así su seguimiento por parte del Ministerio de Hacienda”. Igualmente, denunciaba que a pesar de “un riesgo de desviación

considerable respecto del objetivo fijado para final de año... sin embargo, el Ministerio de Hacienda no ha aplicado las medidas preventivas (ni las medidas correctivas) establecidas en la Ley de Estabilidad española a las comunidades autónomas que presentaban un riesgo de incumplimiento de los objetivos presupuestarios de 2015". Concluía recomendando que "España debe intensificar sus esfuerzos para garantizar el cumplimiento de la Recomendación del Consejo de 21 de junio de 2013. A tal efecto, España debe adoptar medidas para garantizar una corrección oportuna y duradera del déficit excesivo, en particular utilizando plenamente, según proceda, los instrumentos preventivos y correctivos previstos en la Ley de Estabilidad española para controlar las desviaciones, a nivel de las administraciones locales y autonómicas, de los objetivos respectivos de déficit, deuda y regla de gasto" (Comisión Europea, 2016). Se trata de muy serias advertencias que reflejan la preocupación de las instituciones europeas por el déficit de las CC.AA. y su percepción de que el Gobierno central no está actuando diligentemente para conseguir que se corrija.

Para comprobar los pasos, más o menos decididos, dados por nuestras autoridades repasemos brevemente algunas de las decisiones adoptadas en 2015 y 2016, tal y como las describe el Gobierno en los documentos que envía a Bruselas.

- En primer lugar tenemos la propia fijación de los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. El objetivo de déficit para las comunidades autónomas en 2016 se marcó en el Programa de Estabilidad de 2016-2019 en el 0,7% del PIB, (en lugar del 0,3% inicial de los presupuestos de las CC.AA. para 2016) (Gobierno de España, 2016b).
- En cuanto a incentivos positivos en 2015, por primera vez, se ofreció financiación en condiciones más favorables a las CC.AA. y EE.LL. cumplidoras, a través de la Facilidad Financiera y el Fondo de Impulso, respectivamente.
- El Acuerdo de 31 de marzo de 2106 de la Comisión Delegada de Asuntos Económicos ante el déficit excesivo de algunas CC.AA. en 2015 (1 punto del PIB) adoptó o permitió medidas que son expresión muy clara del ejercicio de las nuevas facultades de vigilancia, control y condicionalidad del Gobierno central. Entre ellas algunas fueron :
 - Por primera vez, se aplican las medidas coercitivas del artículo 25 de la LOEPSF. El 6 de abril de 2016 el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, requirió a doce comunidades que habían incumplido los objetivos de déficit de 2015 de su plan de ajuste (todas las adheridas al Fondo de Liquidez Autonómico están obligadas a presentarlo para recibir los fondos) la aprobación de un acuerdo de no disponibilidad de

créditos que garantizara el cumplimiento del objetivo de déficit para 2016. Ese acuerdo debía detallar las medidas de reducción de gasto. Los desembolsos de la financiación a través del FLA quedaban condicionados a la aprobación y ejecución de este acuerdo.

- Los recursos del sistema de financiación fueron retenidos a Aragón y Extremadura para pagar directamente a los proveedores (medida correctiva) por superar reiteradamente los plazos máximos de los periodos medios de pago a proveedores .
- Se han hecho públicos los incumplimientos de suministro de información¹.

Otra de las medidas recientes de gran relevancia tendentes a reforzar la disciplina fiscal de las CC.AA. y su tutela por el Gobierno central está específicamente enfocada al sistema sanitario. Había sido impulsada con insistencia por la Comisión y el Consejo de la Unión Europea en sus sucesivas recomendaciones en el marco del Procedimiento de Déficit Excesivo. Se trata de la creación de un *tope al crecimiento del gasto farmacéutico*, cuya observancia por las CC.AA. se asegura con penalizaciones e intervenciones del Gobierno central. La instauración de dicho límite requirió la modificación del Título VII de la Ley General de Sanidad de 1986². En primer lugar se establece una obligación de información periódica por las CC.AA. al Ministerio de Hacienda sobre su gasto farmacéutico, incluidos el hospitalario, por recetas y en productos sanitarios sin receta ni orden de dispensación (también sobre inversiones reales y medidas adoptadas para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario). Todas estas categorías se definen detalladamente. Esta obligación ya se ha traducido en una nueva estadística (llamada *Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario*) que publica el Ministerio de Hacienda y de la que haremos extenso uso en el capítulo V. Viene a cubrir una grave carencia, pues sobre el gasto farmacéutico sólo se disponía anteriormente de cifras de facturación de recetas, que dejaban al margen todo el gasto hospitalario, de magnitud, velocidad de crecimiento e importancia difíciles de exagerar.

En segundo lugar, y esto es lo sustantivo, se crea “un instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario” (art. 113). En realidad, y a pesar de los encabezamientos de los nuevos artículos 113 y 114, “el

¹ Toda esta información está seleccionada y sintetizada a partir del Programa Nacional de Reformas 2016, (Gobierno de España, 2016a) y el Programa de Estabilidad 2106-2019 (Gobierno de España, 2016b).

² Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las CC.AA. y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. (Su disposición final primera es la que modifica la Ley 14/1986 General de Sanidad).

instrumento” no se refiere al gasto sanitario en su conjunto sino sólo al gasto farmacéutico incluidas las tres rúbricas antes dichas. Consiste, como ya hemos dicho, en que la adhesión al “instrumento” genera una obligación de sujetar dichos gastos a un límite, de modo que si se supera entran en juego ciertas penalizaciones. Las características de esta limitación son las siguientes:

- En principio la aceptación de este tope, según la LGS reformada, es voluntaria para las CC.AA. Pero se incentiva fuertemente, porque desde 2016 es condición para acceder a la financiación del FLA por parte de las CC.AA. que han incumplido el objetivo de déficit de 2015 (Acuerdo CDGAE de 31 de marzo de 2016). Es, obviamente, otra manifestación clara de la condicionalidad fiscal.
- El límite o tope radica en que la variación interanual del gasto farmacéutico no podrá ser superior a la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo establecida por la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.
- Si se supera el tope previsto, la comunidad autónoma se ve afectada por las siguientes limitaciones:
 - No podrá aprobar la cartera de servicios complementaria y no podrá prestar servicios distintos de la cartera común del Sistema Nacional de Salud, tal y como fueron definidas estas carteras por el RDL 16/2012.
 - Para participar en el reparto de recursos económicos que en materia sanitaria realice la Administración General del Estado se requerirá informe previo favorable del Ministerio de Hacienda (previsto en la Ley 2/2012, LOEPSF) en el marco de las medidas correctivas automáticas tendentes a garantizar la estabilidad presupuestaria y la sostenibilidad financiera.
 - Deberá aplicar las medidas de mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario (no sólo del gasto farmacéutico) que sean acordadas por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos.

Está claro que esta batería de medidas de intervención puede ser eficaz para que la obligación contraída se cumpla.

Además, otro nuevo artículo de la LGS faculta al Gobierno (CDGAE) para que apruebe un conjunto de medidas que contribuyan a mejorar la sostenibilidad y eficiencia del gasto farmacéutico y sanitario para que puedan ser adoptadas por aquellas CC.AA. que así lo consideren (art. 111 de la LGS).

Paralelamente se firmó en noviembre de 2105, un *protocolo de colaboración entre Farmaindustria y los Ministerios de Hacienda y de Sanidad* en el que la industria farmacéutica se compromete a acompasar el crecimiento del gasto público en medicamentos al del PIB. En el caso de que se sobrepase el umbral previsto, Gobierno y Farmaindustria se comprometen a hacerlo compatible, incluidas compensaciones económicas por parte de la industria. De este acuerdo nos ocuparemos en detalle en el capítulo VIII. Lo que aquí queremos resaltar es que la adhesión al pacto por parte de las CC.AA. también se ha constituido en elemento de la condicionalidad fiscal. Suscribirlo es requisito para obtener los fondos del FLA (Gobierno de España, 2016b).

Podemos concluir este apartado reconociendo que la batería de medidas recientemente adoptadas en pro de la consolidación fiscal, estabilización y sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas ha sido poderosa, pero sólo ha sido puesta en práctica recientemente y de modo parcial. Por otro lado, no cabe duda de que constituyen limitaciones a la autonomía. Es legítimo plantear la duda de si cabrían alternativas más audaces que combinaran mayor corresponsabilidad fiscal con cauces reforzados de cooperación institucional que podrían conseguir cotas parecidas de consolidación, estabilidad y sostenibilidad fiscal.

4.4. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA FINANCIACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

¿Cuáles son los principales problemas de la financiación de las CC.AA. y por tanto de la sanidad en nuestro país? En España el principal problema de la financiación regional es que las CC.AA. se enfrentan a una *restricción presupuestaria blanda*, es decir, su presupuesto anual y el techo de gasto que contiene no es creíble para los distintos agentes. Los gobiernos autonómicos y los gestores que dependen de ellos no están convencidos de que deban responsabilizarse del déficit si los gastos superan a los ingresos. Se espera que el Gobierno central resuelva los problemas y de una forma o de otra proporcione los fondos necesarios. Por su parte, el Gobierno central aprecia que el coste político de no apoyar a las CC.AA. en déficit sería muy alto y antes o después acudiría en su rescate¹.

¹ El ejemplo paradigmático es el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, de 13 de septiembre de 2005, que en situación de crisis "parcheó con dinero del Estado la insuficiencia financiera de la sanidad y supuso un retroceso en la corresponsabilidad fiscal" (González López-Valcárcel y Barber, 2006: 25). Sánchez Maldonado y Molina (2006) destacan que fue un acuerdo meramente financiero, que no incluyó medidas de racionalización del gasto sanitario, sino sólo inyección de recursos con cargo al Estado sin ningún compromiso por parte de las regiones.

Así, perviven las reclamaciones de insuficiencia financiera y la dependencia para conseguir fondos del Gobierno central. “Obtener recursos depende de ejercer suficiente presión sobre el Gobierno central, lo que convierte a las CC.AA. en fiscalmente irresponsables” (Martínez-Vázquez y Lago, 2015).

Aunque la reforma de 2009 ha tenido a este respecto efectos positivos, al aumentar los porcentajes de cesión de los grandes tributos estatales, la considerable inyección de nuevos fondos estatales sin contrapartida alguna seguramente anuló esta ventaja. Se ha reforzado “la percepción ya existente entre los líderes regionales de que la forma más barata para ellos de conseguir recursos adicionales es presionando al Estado para que los incorpore al sistema de financiación” (De la Fuente, 2012). Cuenca (2015) examina diversos episodios en los últimos años que afectan a la financiación de las CC.AA. en materia de sanidad y que demuestran que estas afirmaciones tienen respaldo en los hechos históricos. Por ejemplo, que la autonomía, en cuanto a instaurar o aumentar tributos, se ha ejercido generalmente a la baja; o las decisiones que se tomaron en la Conferencia de Presidentes de 2005 haciendo recaer el esfuerzo sobre el Gobierno central y no sobre los tributos propios.

Los fondos de financiación de las CC.AA. por parte del Estado desarrollados desde 2012 (FPPP y FLA anteriores y el nuevo Fondo de Financiación a CC.AA. y sus compartimentos) podrían no escapar a esta lógica perversa, especialmente si se consolidan como permanentes. Ruiz Almendral y Cuenca (2014) han hecho las siguientes consideraciones:

- El funcionamiento del FLA otorga al Gobierno central un control efectivo del gasto de las CC.AA. que se acogen a él, pero el mismo endeudamiento proporciona a éstas un cierto poder de negociación.
- Se ha destacado que pueden surgir problemas de “riesgo moral”, es decir, que supongan un incentivo para que las CC.AA. mantengan comportamientos fiscalmente irresponsables e incurran en déficit porque saben que al fin y a la postre el Gobierno central acudirá en su rescate proporcionando los fondos necesarios. Este problema también ha sido señalado por la Comisión Europea (Febrero, 2015: 55).
- Por eso reclaman una reconsideración de este Fondo y de sus objetivos en el marco de un sistema de financiación autonómica reorganizado.

Es verdad que el nuevo RDL 17/2014 ha añadido a las garantías y cautelas antes existentes, otras que parecen bastante eficaces para conjurar comportamientos fiscales irresponsables (retención de ingresos). Pero la crítica fundamental, es decir, que en el marco actual las CC.AA. puedan llegar a no ser

plenamente responsables de sus finanzas y presupuestos sigue mereciendo atención.

Esta situación deriva de las limitaciones propias del sector público, de la naturaleza de los servicios que se financian, muy valorados por la ciudadanía (sanidad, educación, servicios sociales) y de una larga tradición española de operaciones de cobertura por el Gobierno central de déficit y deudas de las CC.AA., especialmente en el campo de la sanidad.

Estos problemas son realmente difíciles de resolver por razones políticas muy profundas, especialmente la diferencia de trato del País Vasco y Navarra. A nuestro juicio la opinión más solvente es la que defiende la profundización de nuestro federalismo fiscal, para acompañarlo al carácter realmente federal que tiene nuestra Constitución. Ello implica corresponsabilidad fiscal y autonomía tributaria, que exige por lo menos cierta libertad para subir tributos. Seguramente sería necesario incluir en la Constitución las normas fundamentales de la financiación autonómica (véase López-Laborda, 2014).

Carlos Monasterio ha resumido con gran claridad la situación. Con las reformas de 1997 y 2002 se abrió una vía efectiva de corresponsabilidad fiscal que no ha cesado de aumentar, plenamente equiparable a la de los países descentralizados. Pero su uso efectivo por parte de las CC.AA., es decir, el ejercicio activo de sus facultades tributarias, ha sido más bien escaso y, por lo menos hasta 2009, en el sentido de disminuir la presión fiscal (por ejemplo con la pléyade de deducciones en el IRPF de escasa capacidad recaudatoria pero con rentabilidad electoral) (Monasterio, 2013 y 2015). Otros destacados estudiosos del tema también concluyen que “mientras que las CC.AA. han desplegado con satisfacción su autonomía en el lado del gasto, en el lado de los ingresos se han mostrado reacias a usar su capacidad tributaria” (Lago y Martínez Vázquez, 2010).

Ello se debe:

- A la falta de incentivos adecuados, pues el Gobierno central les ha inyectado fondos con generosidad y ha garantizado en las sucesivas negociaciones que siempre mantendrían el nivel de ingresos anterior, como ya hemos visto.
- Al atractivo para las CC.AA. de mayor renta del modelo del concierto foral, que alguna vez podrían llegar a alcanzar.
- Al propio comportamiento del Gobierno central que también ha socavado la corresponsabilidad (por ejemplo, con sus decisiones acerca del impuesto

sobre el patrimonio y el impuesto sobre depósitos bancarios). Todo ello le ha llevado a ver en el proceso ribetes de “populismo fiscal” (Monasterio, 2013 y 2015).

Éstas son opiniones extendidas entre los expertos. “El problema de la financiación sanitaria parece encontrarse... más en el ámbito del gasto sanitario, que muestra una tendencia incesante al crecimiento, que en los ingresos. Esto nos lleva a la conclusión de la importancia de ampliar la corresponsabilidad fiscal para adecuar la responsabilidad del gasto a la del ingreso...” (Cabasés y Lera, 2010).

Se ha dicho certeramente que las CC.AA. no deben cifrar la solución de sus problemas fiscales en la permanente reclamación de más recursos al Gobierno de la nación, sin incurrir, por su parte, en coste alguno, como por ejemplo explicar a sus votantes la necesidad o conveniencia de una mayor presión fiscal y arriesgarse a perder sus votos. “... La suficiencia global del sistema sólo puede determinarse mediante la interacción entre gobiernos y votantes en el ámbito autonómico. Exactamente igual que hacemos a escala estatal o local. Es el proceso democrático de elección del nivel de gasto y de la correspondiente carga tributaria en el seno de cada comunidad lo que debe determinar el grado de suficiencia. En este sentido, las discusiones sobre autonomía y suficiencia convergen. La solución integral pasa por combinar la disponibilidad de instrumentos tributarios propios y de alta capacidad recaudatoria con la aplicación de una restricción presupuestaria dura. Es perentorio transmitir un mensaje claro de que no habrá rescates explícitos o implícitos, o incrementos indolores de recursos.” (Martínez-Vázquez y Lago, 2015).

“La clarificación del sistema para los ciudadanos y una mejor rendición de cuentas también aconsejan responsabilizar en mayor grado a las CC.AA. de la gestión de sus propios tributos” (Martínez-Vázquez y Lago, 2015).

Todo esto tiene gran relevancia para los presupuestos sanitarios. Éstos podrían crecer todo lo que la situación económica permitiera y las preferencias de los votantes demandaran, pero siempre contando con una restricción presupuestaria efectiva, que eliminara la idea de que la responsabilidad de incurrir en gastos y de allegar recursos para financiarlos corresponde a un agente distinto del que tiene la responsabilidad de prestar los servicios sanitarios.

La solución no está pues en blindar constitucionalmente las prestaciones sanitarias, ni en establecer suelos de gasto como porcentajes del PIB obligatorios, ni en fondos de financiación específicos. Estas sugerencias olvidan que la salud está plurideterminada y que quizás para aumentar los niveles de salud hay que gastar en sectores distintos de la sanidad. También pueden constituir una

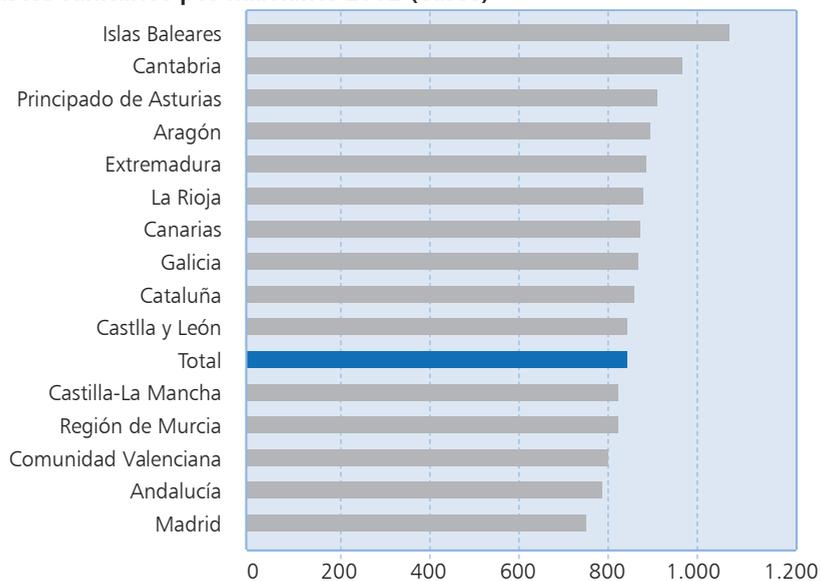
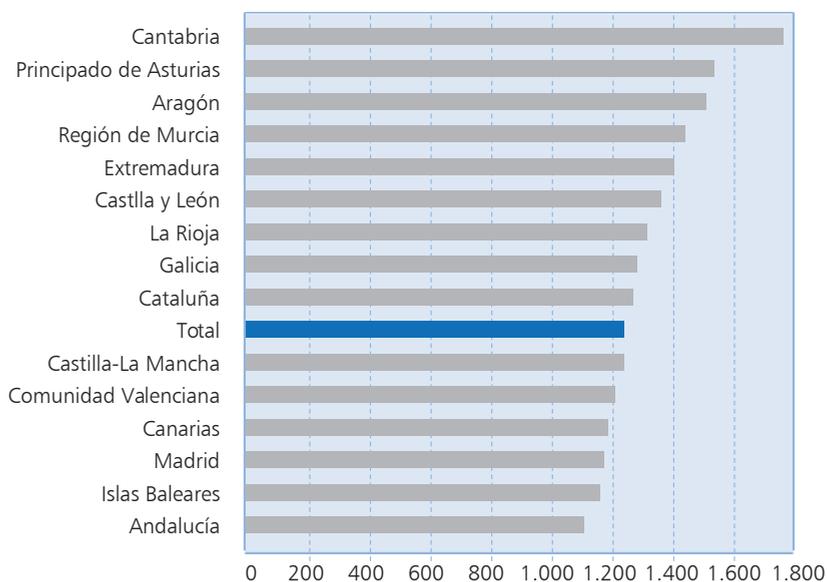
excusa para la ineficiencia. Cuando se tiene el presupuesto asegurado ¿para qué mejorar? Finalmente, la autonomía fiscal de las CC.AA. significa que éstas han de tomar las decisiones sobre la asignación de su recursos a unos u otros sectores. La Asociación de Economía de la Salud (2014) propuso crear “un fondo específico orientado a asegurar la efectiva coordinación (que no uniformidad) de los sistemas autonómicos de salud por parte del Ministerio de Sanidad”, sin aportar justificación ni mayores detalles. Se ha señalado la dificultad que tendría determinar su volumen y los criterios de distribución; la necesidad de sujetarlo al principio del presupuesto anual y de establecer un mecanismo de adopción de decisiones claro (Cuenca y González, 2015).

La segunda gran cuestión es que *no todas las comunidades son iguales*. Además de las diferencias de tipo histórico y político, reconocidas por la propia Constitución, es un hecho la asimetría que ofrecen. Andalucía tiene 25 veces la población de La Rioja. Se ha observado con agudeza que las CC.AA. pequeñas no alcanzarían la dimensión mínima para configurarse como “plan de seguro” financiado capitativamente (González López-Valcárcel, 2004; González López-Valcárcel y Barber, 2006: 50). Así que “en pro de la eficiencia global, no todas las CC.AA. deberían disponer de todos los servicios” (*Ibid.*). López Casanovas ha propuesto una gran región sanitaria centro “natural” que sumaría once millones de habitantes (Castilla y León, Madrid, Castilla-La Mancha) a efectos de planificación y utilización coordinada de recursos.

Otro gran problema es la *injusticia distributiva entre CC.AA.* (además de la que suponen las peculiaridades de País Vasco y Navarra). Ya la adopción de un criterio de nivelación parcial, frente al total, es discutible, aunque ciertamente optar por uno o por otro es una cuestión de preferencias de la ciudadanía. También resulta de la forma en que se administran los fondos de suficiencia y convergencia. La fórmula de reparto del Fondo de garantía es correcta, pero el Fondo de suficiencia se reparte en el año base de forma que se alcance la asignación que garantiza el mantenimiento del *statu quo* (nadie pierde), y luego se congelan las participaciones regionales en el Fondo manteniéndolas constantes durante todo el periodo de vigencia (De la Fuente, 2012).

Además, en realidad, la aplicación práctica de la reforma ha dado lugar a diferencias entre regiones no previstas ni queridas, en el acuerdo inicial. En el gráfico 4.4 recogemos la comparación simple del gasto por habitante en las distintas comunidades de régimen común. Son realmente notables. Sin embargo, “esta diferencia de gasto per cápita no debe interpretarse necesariamente como una deficiencia del sistema o síntoma de inequidad. Comparada con otros países de sistema nacional de salud descentralizado, España es un país relativamente homogéneo en gasto. Las diferencias de gasto sanitario público per cápita podrían estar reflejando necesidades diferentes y un modelo que ajusta por necesidad. También podrían ser consecuencia de ineficiencias sis-

GRÁFICO 4.4

**COMPARACIÓN DE GASTOS SANITARIOS POR HABITANTES (2002 Y 2012)
EN LAS CC.AA.****A) Gastos sanitarios por habitante 2002 (euros)****B) Gastos sanitarios por habitante 2012 (euros)**

Fuente: Tomado de Cuenca y González, 2015.

temáticas del gasto público en algunas CC.AA. Gastar más no necesariamente implica gastar mejor...” (González López-Valcárcel y Barber, 2006). López Casanovas ha identificado hasta siete errores al comparar las cifras del gasto autonómico¹ (López Casanovas, 2016).

Aunque no capturen todas las causas de divergencia es más correcto comparar sobre supuestos de competencias y habitantes homogeneizados. Con estos criterios en 2012 las CC.AA. con menor financiación por habitante son la Valenciana (92,7% sobre el promedio del 100%), Murcia (94,4%) y Andalucía (96,9%). Las de mayor financiación son Cantabria (118,7%), La Rioja (115,3%) y Extremadura (112,4%) (De la Fuente, 2014), como se ve en el cuadro 4.1. Así comparadas las regiones las diferencias no son ni mucho menos tan pronunciadas...

CUADRO 4.1

**EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE FINANCIACIÓN DEFINITIVA
(A COMPETENCIAS HOMOGÉNEAS POR HABITANTE AJUSTADO)**

	2002	2006	2008	Sist 01-2009	Sist 09-2009	2010	2012	Δ 02 a 2012
Cantabria	116,7	118,6	119,7	124,8	118,0	117,9	118,7	2,1
La Rioja	115,2	115,3	118,4	115,5	110,3	115,8	115,3	0,1
Extremadura	106,9	106,8	113,0	108,0	103,7	112,9	112,4	5,5
Castilla y León	105,7	103,8	109,6	108,5	104,3	109,4	108,7	2,9
Aragón	104,5	105,1	107,7	108,8	103,9	104,8	107,0	2,5
Asturias	103,4	101,4	109,2	107,8	103,1	107,4	106,5	3,1
Galicia	100,8	98,9	105,2	102,4	100,1	105,5	106,3	5,5
Baleares	90,6	93,9	87,0	86,8	101,5	102,5	104,0	13,4
Castilla-La Mancha	96,7	100,0	101,1	97,6	95,1	98,7	99,5	2,8
Canarias	104,9	99,2	97,8	93,0	91,8	95,3	99,3	-5,6
Cataluña	99,8	99,3	97,1	101,0	103,8	99,3	98,9	-1,0
Madrid	99,2	98,4	100,6	107,6	109,9	100,7	98,1	-1,1
Andalucía	99,4	101,7	100,2	96,0	92,4	95,9	96,9	-2,5
Murcia	95,1	98,7	95,9	93,7	96,8	95,3	94,4	-0,7
Valencia	93,7	94,0	88,4	88,5	93,2	92,8	92,7	-1,0
Promedio	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Desv. estándar	7,02	6,67	9,40	10,02	7,10	7,58	7,45	

Nota: La población ajustada se calcula con criterios del sistema 2009.

Fuente: De la Fuente, 2014.

¹ Utilizar el gasto final de la comunidad en lugar de financiación por el Estado; utilizar cifras presupuestadas; no homogeneizar la población; comparar el gasto por servicios sin estandarizarlos; olvidar la distribución inicial; reducir al análisis al antes y después de las transferencias; olvidar las diferencias de precios.

“...La evolución del sistema dependerá... de la suerte. Aquellas CC.AA. en las que... la renta per cápita crezca por encima de la media, mientras que la población ajustada por edad lo hace por debajo, estarán cada vez mejor financiadas en relación con sus necesidades la gasto, mientras que al resto de las autonomías le sucederá lo contrario” (De la Fuente, 2012).

Otro problema fundamental es la *confusión de competencias entre el Estado y las CC.AA.* En ocasiones el Gobierno central ha tomado decisiones que han implicado un aumento de gastos de las CC.AA. no previsto en el momento de diseñarse el sistema de financiación. También suscita dudas decidir a quién corresponde establecer medidas de regulación de la demanda, por ejemplo mediante copagos. Es imprescindible aclarar la confusión de competencias entre Gobierno de la nación y CC.AA., así como aplicar el principio de lealtad institucional que exige hacer una valoración periódica de las medidas que afectan a ingresos y gastos adoptadas por los diferentes niveles de gobierno (Cuenca y González, 2015).

Igualmente se achaca a nuestro sistema de financiación de las CC.AA. *complejidad*, opacidad y confusión. En la actualidad son 75 los tributos propios de las CC.AA., con una reducida capacidad recaudatoria, 2.000 millones de euros, el 2,4% de sus ingresos tributarios. En los cuatro años pasados se han aprobado cerca de 30 nuevas figuras impositivas (Sérvulo, 2015).

Se considera además que existen grandes diferencias e incluso *competencia fiscal entre regiones* en el régimen de los impuestos cedidos parcialmente (patrimonio, sucesiones...), o en los tipos del impuesto sobre sociedades, lo que impide aprovechar al máximo las ventajas de la unidad del mercado nacional e introduce distorsiones en la asignación interregional de los recursos. Ciertamente la estructura fiscal no debe ser ineficiente, pero también hay que reconocer que un sistema casi federal como el nuestro no puede ser uniforme. Los costes de las diferencias entre regiones se tienen que comparar con los beneficios que resultan de la descentralización. Pero la coordinación y la cooperación deben ser siempre puestas en práctica¹.

Una vez examinadas las características y los problemas del *sistema de financiación* de las CC.AA. tendríamos que profundizar en su *capacidad para*

¹ Las propuestas pueden ser más o menos homogeneizadoras. La de la Comisión Lagares, de expertos creada por el Gobierno para que diseñaran una propuesta de reforma tributaria recomendaba en 2014: ampliar la capacidad normativa de las CC.AA. para establecer copagos en los servicios públicos; eliminar los impuestos sobre el patrimonio, transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados; homogeneizar los de sucesiones y donaciones con tipos mínimos y máximos y homogeneizar el tramo autonómico del IRPF con un tipo máximo; reformar o suprimir los impuestos medioambientales que afectan a la unidad de mercado; para que una CC.AA. pudiera establecer un nuevo impuesto tendría que ser aprobado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera (Lagares *et al.*, 2014).

cubrir las necesidades crecientes del gasto en servicios sanitarios. En un importante estudio, se estimó cuál debería ser el crecimiento económico para que los recursos igualasen el aumento del gasto en el periodo 2011-2016 (a partir de la estimación de la elasticidad-renta de los recursos de cada comunidad para financiar el gasto sanitario). Se encontró una amplia heterogeneidad entre regiones, pero algunas de ellas necesitarían un crecimiento económico general superior al 3% anual. También calculó la senda esperada de la ratio entre gasto sanitario público y el PIB y en cualquier escenario resultaba que la relación se incrementaría entre 2011 y 2016. Por eso concluía en la “necesidad insoslayable de implementar reformas encaminadas a incrementar la eficiencia del sistema sanitario público”, aunque también advertía del influjo de la crisis en estas estimaciones y el carácter hasta cierto punto transitorio de los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario público para buena parte de las CC.AA. españolas (Abellán-Perpiñán, 2013).

4.5. RECAPITULACIÓN

El proceso de descentralización territorial en España se ha considerado como el mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en las dos últimas décadas, con un balance en términos generales positivo. Las CC.AA. son ahora responsables de la mayor parte del gasto en sanidad y medicamentos. Este gasto tiene un peso decisivo sobre sus presupuestos, pues supone más de un tercio del total. Por tanto, la política sanitaria, los niveles de gasto y la incorporación de intervenciones, tecnologías y medicamentos innovadores, están condicionados por las haciendas de las CC.AA. Son necesarios unos presupuestos saneados y unas expectativas de viabilidad a largo plazo para garantizar el acceso de los pacientes a los nuevos tratamientos eficientes. Estamos hablando, además, de la vía normal y permanente de asegurar que el flujo de innovaciones se difunda con certidumbre y prontamente en nuestro país. No se trata de improvisar soluciones *ad hoc*, ni de aplicar parches de emergencia, sino de lograr un sistema de financiación autonómico suficiente y estable a largo plazo.

Desde 2002, la financiación de los servicios sanitarios de las regiones de “régimen común” está subsumida en la financiación general de las CC.AA., diseñada en 2001 y reformada en 2009. El sistema implantado en 2009 aumentó, al menos sobre el papel, su “espacio fiscal”. Se caracteriza por el aumento del volumen de recursos; un incremento significativo de las cesiones tributarias; aumento de las competencias para regular los tributos cedidos; modificación de los criterios de reparto mediante la creación de tres nuevos fondos (Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, Fondo de Cooperación, Fondo de Competitividad) y mantenimiento del de Suficiencia. La distribución de los recursos se hace con un criterio básicamente poblacional, con algunas correc-

ciones (por envejecimiento, dispersión, superficie, insularidad y población en edad escolar); el objetivo de equidad interregional es el de la nivelación parcial.

A pesar del avance que supuso la reforma de 2009, el sistema de financiación de nuestras CC.AA. sigue presentando graves problemas, fundamentalmente de insuficiencia financiera y asimétrico compromiso fiscal, pues tienen más capacidad de gasto que responsabilidad de procurarse ingresos. Como resultado, la deuda de las administraciones territoriales alcanza actualmente un cuarto de la deuda pública total y la Comisión Europea ha alertado reiteradamente del deterioro de sus cuentas.

En el epígrafe 4.4 hemos repasado las medidas recientes de consolidación fiscal, estabilización y sostenibilidad financiera que han afectado a las comunidades autónomas. Se ha reformado profundamente el marco legislativo (Ley Orgánica 2/2012 de 27 de abril de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, LOEPSF) con el refuerzo o creación de medidas automáticas de corrección y coercitivas; el condicionamiento del acceso a la financiación a la observancia de objetivos y compromisos; la posibilidad de que el Gobierno de la nación imponga, en última instancia, su cumplimiento forzoso y la instauración de mecanismos extraordinarios de liquidez y control de la deuda comercial. En la práctica destacan la propia fijación anual de los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera; la financiación en condiciones más favorables a las CC.AA. y EE.LL. cumplidoras y la aplicación de algunas medidas coercitivas, como la retención de los recursos del sistema de financiación.

En el ámbito de la sanidad descuellos la limitación del crecimiento del gasto farmacéutico al compás del crecimiento de la economía, que se configura como condición para acceder a fondos de liquidez y cuyo incumplimiento determina ciertas penalizaciones.

Estas medidas recientes significan, como hemos dicho más arriba, por un lado que el marco de estabilidad presupuestaria de las CC.AA. se ha reforzado, con resultados positivos en términos de déficit, pero por otro, es cierto que su autonomía frente al Gobierno central ha sido, en ciertas dimensiones recortada.

¿Cuáles son entonces los principales problemas de la financiación de las comunidades autónomas que tan decisivamente afectan a la financiación de la sanidad? Podemos resumir los que hemos identificado y resumido más arriba así:

- Las comunidades son muy desiguales. Basta reparar en las enormes diferencias de tamaño en términos de población. Encuadrarlas en un mismo régimen fiscal y financiero y en una organización sanitaria uniforme, da lugar inevitablemente a dificultades.

- Las autoridades regionales se enfrentan a una “restricción presupuestaria blanda”, es decir, su presupuesto anual y el techo de gasto no son creíbles para los distintos agentes. Se espera que el Gobierno central resuelva los problemas y de una forma o de otra proporcione los fondos necesarios. Por su parte, el Gobierno central aprecia que el coste político de no apoyar a las CC.AA. en déficit sería muy alto y antes o después acude en su rescate.
- Nuestro federalismo y corresponsabilidad fiscal tienen insuficiente desarrollo y, además, las CC.AA. han ejercido sus actuales potestades tributarias limitadamente y por lo menos hasta 2009, en el sentido de disminuir la presión fiscal.
- Existen diferencias en los niveles relativos de financiación por habitante (además de las peculiaridades de País Vasco y Navarra), pero sobre la base de competencias y habitantes homogeneizados no son pronunciadas.
- La confusión de competencias entre el Estado y las CC.AA.
- Ciertos fenómenos de competencia fiscal entre regiones.
- La capacidad para cubrir las necesidades crecientes del gasto en servicios sanitarios es dispar. Algunas CC.AA. necesitarían un crecimiento económico general superior al 3% anual, para poder cubrirlos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO IV

ABELLÁN-PERPIÑÁN, J. (2013), *El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas: sostenibilidad y reformas*, Fundación BBVA, Bilbao. Disponible en: (<http://www.fbbva.es/TLFU/tfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=719>).

AES (2014), *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*, Asociación de Economía de la Salud, Barcelona. Disponible en: (www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf).

BANCO DE ESPAÑA (2016), *Informe anual 2015*, Madrid. Disponible en: (http://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/Publicaciones_an/Informe_anual/).

CABASÉS, J. (dir.) (2006), *La financiación del gasto sanitario desde la experiencia comparada*, Fundación BBVA. Disponible en: (http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2007_financiacion_gasto_sanitario.pdf).

— (dir.) (2010), *La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad*, Fundación BBVA. Informes 2010, Economía y Sociedad. Disponible en: (http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2010_financiacion_gasto_sanitario.pdf).

CABASÉS, J. M., y F. LERA (2010), "Introducción. Claves para un nuevo modelo de financiación autonómica sanitaria", en CABASÉS, J. M. (dir.), *La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad*, Fundación BBVA. Informes 2010, Economía y Sociedad. Disponible en: (http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2010_financiacion_gasto_sanitario.pdf).

CABASÉS, J.; LERA, F., y P. PASCUAL (2006), "Análisis y valoración del nuevo modelo de financiación autonómica en el subsistema sanitario", en CABASÉS, J. M. (dir.), *La financiación del gasto sanitario desde la experiencia comparada*, Fundación BBVA. Disponible en: (http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2007_financiacion_gasto_sanitario.pdf).

CANTARERO, D. (2006), "La evolución de la financiación sanitaria en España", en CABASÉS, J. M. (dir.), *La financiación del gasto sanitario desde la experiencia comparada*, Fundación BBVA. Disponible en: (http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2007_financiacion_gasto_sanitario.pdf).

COMISIÓN EUROPEA (2015), Informe sobre España 2015, con un examen exhaustivo relativo a la prevención y la corrección de los desequilibrios macroeconómicos. *Documento de trabajo* de los servicios de la Comisión Europea Bruselas, febrero. Disponible en: (ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/cr2015_spain_es.pdf).

— (2016), Recomendación de la Comisión de 9 de marzo de 2016 relativa a las medidas que debe adoptar España para garantizar una corrección oportuna de su déficit excesivo, Bruselas 9.3.2016, C(2016) 5200 final. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/pdf/30_edps/other_documents/2016-03-09_es_commission_recommendation_es.pdf).

CUENCA, A., y R. GONZÁLEZ (2015), "Sistema de financiación autonómica y gasto sanitario en España", *Papeles de Economía Española*, 143: 75-93. Disponible en: (https://www.funcas.es/publicaciones/viewarticulo_PDF.aspx?IdArt=21777).

DE LA FUENTE, A. (2012), "El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común: un análisis crítico y datos homogéneos para 2009 y 2010", BBVA Research, *Documentos de Trabajo*, 12/23. Disponible en: (https://www.bbvaresearch.com/KETD/fbin/mult/WP_1223_tcm346-360838.pdf?ts=16122012).

— (2014), "La evolución de la financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, 2002-2012", Fedea, *Estudios sobre la Economía Española*, 2014/07. Disponible en: (<http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2014-07.pdf>).

DELGADO TÉLLEZ, M.; HERNÁNDEZ DE COS, P.; HURTADO, S., y J. PÉREZ (2015), "Los mecanismos extraordinarios de pago a proveedores de las Administraciones públicas en España", Banco de España, *Documentos Ocasionales*, 1501. Disponible en: (<http://www.bde.es/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSeriadas/DocumentosOcasionales/15/Fich/do1501.pdf>).

DÍEZ, J. C. (2015), "Deuda autonómica y municipal", *El País*, 22-05-2015. Disponible en: (http://economia.elpais.com/economia/2015/05/22/actualidad/1432308390_050085.html).

FARMAINDUSTRIA (2015), Farmaindustria aprueba la firma de un Protocolo por la sostenibilidad y la innovación con Hacienda y Sanidad, Nota de Prensa, Asamblea General, Farmaindustria. Disponible en: (<http://www.farmaindustria.es/web/prensa/notas-de-prensa/2015/04/30/farmaindustria-aprueba-la-firma-de-un-protocolo-por-la-sostenibilidad-y-la-innovacion-con-hacienda-y-sanidad/>).

GOBIERNO DE ESPAÑA (2016a), *Programa Nacional de Reformas. Reino de España*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Disponible en: (http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/160503_np_reformas.pdf).

— (2016b), *Actualización del Programa de Estabilidad 2015-2018. Reino de España*, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid. Disponible en: (http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/sp2015_spain_es.pdf).

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2004), *Descentralización y reformas sanitarias en España*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid. Disponible en: (http://www.ief.es/documentos/investigacion/seminarios/economia_publica/2004_07octubre.pdf).

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B., y BARBER (2006), "Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España", *Documento de trabajo*, 90/2006, Fundación Alternativas. Disponible en: (<http://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/desigualdades-territoriales-en-el-sistema-nacional-de-salud-sns-de-espana>).

LAGO, S. (2007a), "Introducción: una reforma en el horizonte", en LAGO, S., *La financiación del Estado de las autonomías: Perspectivas de futuro*, Estudios de Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.

— (dir.) (2007b), *La financiación del Estado de las autonomías: Perspectivas de futuro*, Estudios de Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.

LAGO, S., y J. MARTÍNEZ VÁZQUEZ (2010), "La descentralización tributaria en las comunidades autónomas de régimen común: un proceso inacabado", *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 192-(1/2010): 129-151.

LOBO, F. (2013), *La intervención de precios de los medicamentos en España. Panorama de la regulación y los estudios empíricos*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (<http://hdl.handle.net/10016/21688>).

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1998), "Financiación autonómica y gasto sanitario público en España", *Papeles de Economía*, Nº 76.

— (2016), "La descentralización sanitaria, la cohesión social y el buen funcionamiento del sistema de salud", Centre de Recerca en Economia i Salut, *Health Policy Papers*, 2016 – 10, Barcelona. Disponible en: (<https://www.upf.edu/documents/2911971/3765129/LA+DESCENTRALIZACION+SANITARIA%2C+LA+COHESI%C3%93N+SOCIAL+Y+EL+BUEN+FUNCIONAMIENTO+DEL+SISTEMA+DE+SALUD/887dabcd-2493-9a30-1967-26ebdbdb754>).

LÓPEZ CASASNOVAS, G.; COSTA-FONT, J., e I. PLANAS (2005), "Diversity and regional inequalities: Assessing the outcomes of the Spanish 'system of health care services'", *Health Economics*, 14: S221-S235. Disponible en: (<http://www.researcherid.com/ProfileView.action?returnCode=ROUTER.Unauthorized&queryString=KG0UuZjN5Wmgu8pvTYBecGK5cxFkcj0P5EcQavx8hFw%253D&SrcApp=CR&Init=Yes>).

LÓPEZ CASASNOVAS, G., y J. ROSELLÓ VILLALONGA (2013), "Una historia interminable. Déficits, disfunciones y carencias del sistema de financiación autonómica", *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, Nº 1 y 2, Madrid. Disponible en: (https://www.upf.edu/documents/2911971/2939770/IEEFinancAutonomGL-JR_2013.pdf/55078ad6-95fd-4731-bd59-365d0ac4709).

LÓPEZ LABORDA, J. (2014), "Sugerencias para una reforma de la regulación constitucional de la financiación autonómica", *Fedea Policy Papers*, 2014/02. Disponible en: (<http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2014/09/FPP2014-02.pdf>).

MARTÍNEZ-VÁZQUEZ, J., y S. LAGO (2015), "Decisiones más valientes", *El País*, 17-05-2015. Disponible en: (http://economia.elpais.com/economia/2015/05/15/actualidad/1431712643_181022.html).

MINHAP (2014), Comisión de expertos para la reforma del Sistema Tributario Español, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid. Disponible en: (<http://www.minhafp.gob.es/es-ES/Prensa/En%20Portada/2014/Documents/Informe%20expertos.pdf>).

MINHAP-IGAE. MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. INTERVENCIÓN GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO (2016), Contabilidad Nacional. Operaciones no financieras del subsector Administración Regional (S.1312) y detalle por comunidades. Información anual. Fecha de actualización 20/10/2016. Disponible en: (<http://www.igae.pap.minhafp.gob.es/sitios/igae/es-ES/ContabilidadNacional/infadmPublicas/infadmcomunidadesautonomas/Paginas/ianofinancierasCA.aspx>).

MSSSI. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2016), *Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP): serie 2002-2014*. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>). Consultado el 22-10-2016.

— (2016), *Sistema de Cuentas de salud. Serie histórica 2003-2014*. Disponible en: (www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSdatosEstadisticos.pdf). Consultado el 14-9-2016.

MONASTERIO, C. (2013), "Corresponsabilidad fiscal, ¿el eslabón perdido del Estado Autonomico?", *Revista de Estudios Económicos*, 1-2: 55-75.

— (2015), "La interminable historia de la Corresponsabilidad fiscal", *Presupuesto y Gasto Público*, 81: 21-38.

RUIZ ALMENDRAL, V., y A. CUENCA (2014), Estabilidad presupuestaria en las comunidades autónomas, Funcas, *Cuadernos de Información Económica*, (241): 35-44. Disponible en: (<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4763026>).

SÁNCHEZ MALDONADO, J., y C. MOLINA (2006), Las propuestas actuales de reforma en la asistencia sanitaria, en CABASÉS, J. (dir.), *La financiación del gasto sanitario desde la experiencia comparada*, Fundación BBVA. Disponible en: (http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2007_financiacion_gasto_sanitario.pdf

SÉRVULO, J. (2015), "El caos fiscal que enfrenta a España", *El País*, 17-05-2015. Disponible en: (http://economia.elpais.com/economia/2015/05/15/actualidad/1431710491_980207.html

V. EL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

“La última centuria ha visto un crecimiento rápido y continuo del gasto en asistencia sanitaria en la mayor parte de las democracias industriales, con independencia de la forma en la que la asistencia sanitaria se financia y organiza” (Chernew y Newhouse, 2012: 4). “Una de las transformaciones más notables que han experimentado las economías desarrolladas en las últimas décadas ha sido el llamativo crecimiento del PIB dedicado a la asistencia sanitaria. Sin duda una parte o quizás la mayor parte de este crecimiento del gasto ha merecido la pena” (Chernew y Newhouse, 2012: 37). Poniendo el foco de atención en España, en este capítulo estudiaremos la trayectoria en el tiempo del gasto sanitario y el brusco parón que la crisis económica reciente ha impuesto a su tendencia secular al crecimiento. Después procuraremos dar respuesta a dos preguntas: ¿Cómo se prevé desde las instituciones europeas y españolas que evolucione en el corto plazo el gasto en sanidad en España? ¿Y a largo plazo qué nos dicen las proyecciones solventes que puede ocurrir? Además trataremos alguna cuestión colateral como el déficit oculto en sanidad y las trampas y dificultades de las comparaciones con otros países.

5.1. LA EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SANIDAD Y EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA

Comenzaremos por examinar la *evolución del gasto en sanidad a lo largo del tiempo*. En el epígrafe 5.3. nos preocupará en cambio su comparación transversal con otros países. Nos centraremos en el gasto sanitario público, pero hay que tener en cuenta que la asistencia sanitaria que los españoles pagan privadamente de sus bolsillos o a través de seguros privados supone una parte importante del gasto nacional en sanidad. Hasta hace poco, seguíamos la tendencia de los países de la OCDE, en los que los fondos públicos representan alrededor de 3/4 de la financiación del gasto total en sanidad, una proporción que se ha mantenido más o menos estable en las últimas dos décadas (OCDE, 2015d: 26). Pero en España últimamente nos hemos separado de dicha tendencia: el gasto privado, después de crecer durante la crisis (en 2009 era el 24,6%), ha alcanzado en 2015 el 30,2% del gasto sanitario nacional total (OCDE, 2016a).

También expresaremos las magnitudes a precios constantes (en términos “reales”), que es lo contrario de expresarlas a “precios corrientes” (o “en términos nominales”), para eliminar las distorsiones que la inflación puede causar al estudiar la evolución a lo largo del tiempo. Podemos tomar como medida del gasto (público o nacional) el agregado total en términos monetarios, en millones de euros. También cabe medirlo en términos “per cápita”, para tener en cuenta las variaciones en la población a la que beneficia el gasto. Ambas son cantidades absolutas. En tercer lugar nos cabe considerar su participación porcentual en el PIB, una variable relativa que elimina el efecto del tamaño de la economía del país que estemos considerando, que es útil para efectuar comparaciones internacionales y que nos mide, por un lado, la suma total de recursos que dedicamos a sanidad, –algo así como nuestro “esfuerzo sanitario”– y, por otro, la contribución del sector sanidad a la producción nacional. En todas estas magnitudes podemos incluir el gasto en formación de capital fijo (inversiones en construcción de hospitales, grandes equipamientos, medios de transporte...), o excluirlo. En este último caso, tenemos el gasto “corriente”.

En España para conocer el gasto sanitario existen tres fuentes fundamentales que presentan ciertas diferencias metodológicas y generan cifras distintas, aunque las diferencias no son muy grandes. Dos son estadísticas oficiales nacionales diferentes pero relacionadas. La más antigua es la *Estadística de Gasto Sanitario Público* (EGSP) elaborada por el Ministerio de Sanidad desde mediados de los años 90. Únicamente considera el gasto realizado o financiado por agentes sanitarios públicos. Es la más útil para efectuar comparaciones interregionales. Hasta 2005 siguió el criterio de liquidación presupuestaria o de caja. Pero desde 2006 incorporó el criterio del devengo, que es el propio de la Contabilidad Nacional y según el cual se computan los gastos realmente ejecutados en el periodo aunque se abonen con posterioridad. La segunda es el Sistema de Cuentas de Salud (SCS), también elaborado por el Ministerio de Sanidad, que sigue la metodología pactada y armonizada por la OCDE, la OMS y Eurostat. Es la más útil para las comparaciones internacionales. Las dos estadísticas se diferencian en los siguientes aspectos:

- El SCS proporciona el gasto privado y la EGSP no.
- La EGSP incluye como gasto sanitario los gastos de formación e investigación realizados en el ámbito sanitario y el SCS no.
- EL SCS considera los cuidados de larga duración y atención sociosanitaria (definidos según las normas internacionales de forma bastante amplia) y la EGSP no. Este es el elemento diferenciador que más peso tiene en los resultados.

- El SCS debería incluir la salud laboral en las empresas aunque todavía no lo hace (véase MSPSI, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

El resultado es que la cifra de gasto sanitario *nacional* (privado más público) sólo podemos encontrarla en el SCS y que la estimación que éste hace del gasto *público* es sistemáticamente superior a la de la EGSP, unos cinco mil millones de euros en los últimos años.

La famosa base internacional de datos de salud de la OCDE es la tercera fuente para el conocimiento de nuestro gasto sanitario y sus componentes. Tiene la gran ventaja de que está internacionalmente armonizada. En realidad, para los datos españoles se nutre del Sistema de Cuentas de Salud español y ofrece las mismas cifras, pero pueden aparecer modificadas por el ajuste que la OCDE efectúa de los datos según paridad de poder de compra entre países para hacer más realistas las comparaciones internacionales. En este trabajo utilizaremos predominantemente esta base de datos de la OCDE por ser la más completa y adecuada para las comparaciones internacionales. Pero en ocasiones habremos de recurrir a la EGSP o al SCS. Las tres fuentes mencionadas dan lugar, claro está, a cifras distintas con los márgenes de disparidad mencionados.

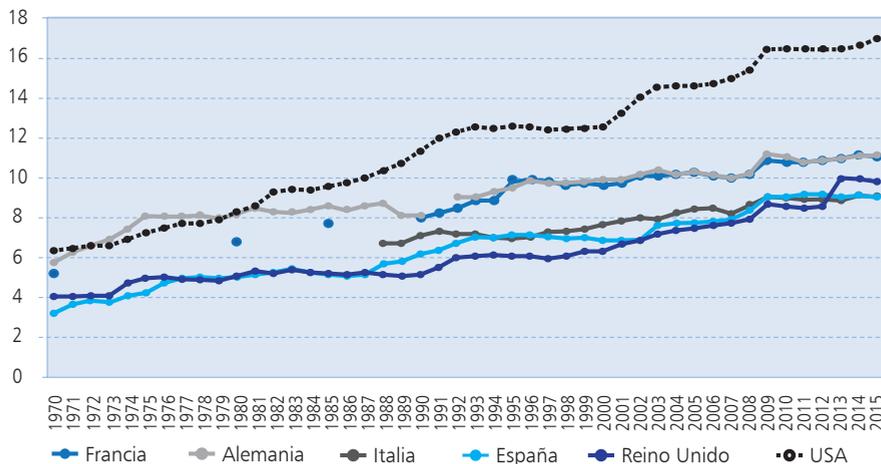
El gráfico 5.1A recoge la tendencia secular al crecimiento del gasto sanitario *nacional* (público y privado), expresado *como porcentaje del PIB* en varios países desarrollados, además de España. Queda clara dicha tendencia universal, aunque no deje de haber épocas en que se contiene o incluso disminuye. La misma tendencia al crecimiento secular se observa en el gasto sanitario *público*, gráfico 5.1B, aunque con mayores oscilaciones, debidas (en términos muy generales y forzosamente imprecisos) a las tensiones en su financiación e iniciativas subsiguientes de control de costes y del déficit que provocan las épocas de disminución del crecimiento o de crisis. De todos modos, en los últimos veinte años la tasa anual media de crecimiento del gasto público en sanidad superó al crecimiento del producto interior bruto en todos los países de la OCDE (OCDE, 2015:19). Por otro lado, en el gráfico 5.1B son claramente apreciables las diferentes trayectorias seguidas por los distintos países tras la crisis desencadenada en 2008, aunque estas comparaciones entre países las dejamos para el epígrafe 5.3.

En 2009, como vemos, el gasto nacional y el gasto público en sanidad españoles alcanzaron ambos un máximo histórico hasta la fecha, en estos términos de peso sobre el PIB representando el 9% el primero¹, y el 6,8% el segundo.

¹ En puridad, el récord de gasto nacional sobre el PIB lo comparte 2009 con 2011 pues en este año alcanzó el 9,1%.

GRÁFICO 5.1A

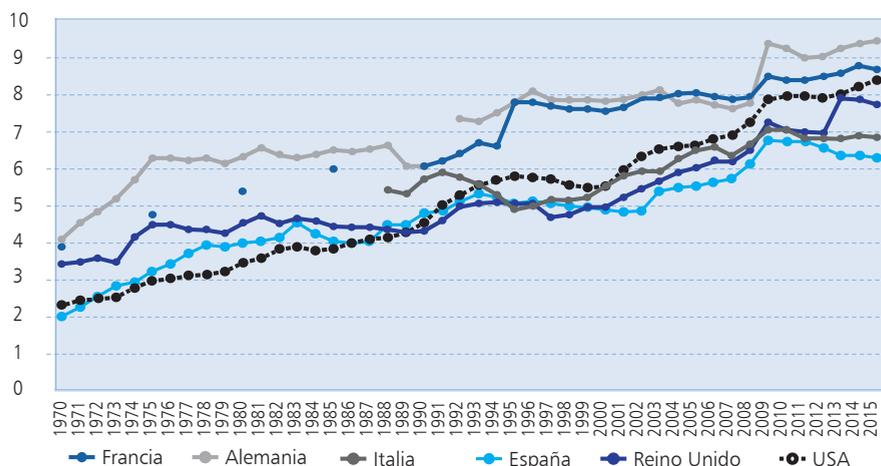
TENDENCIA SECULAR E IMPORTANCIA ECONÓMICA DEL GASTO SANITARIO NACIONAL COMO % DEL PIB. PAÍSES SELECCIONADOS. 1970-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE (2016a).

GRÁFICO 5.1B

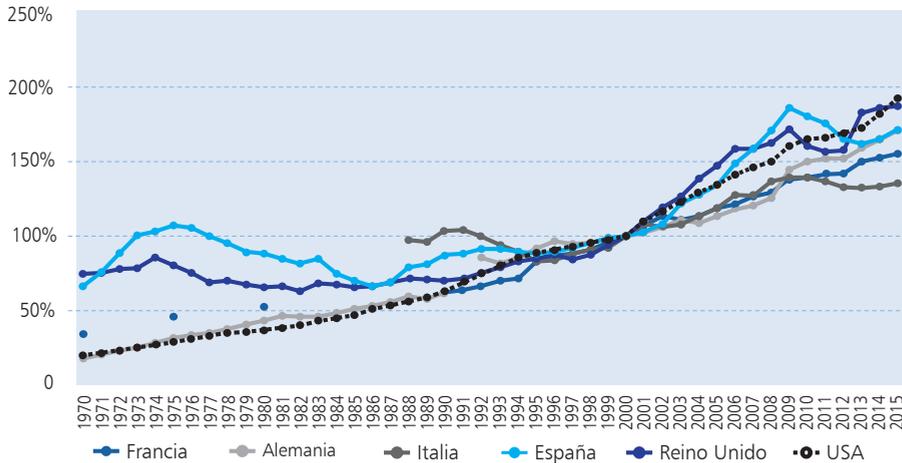
TENDENCIA SECULAR E IMPORTANCIA ECONÓMICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO % DEL PIB. PAÍSES SELECCIONADOS. 1970-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE (2016a).

El gráfico 5.2 representa la evolución del gasto público total en sanidad en términos absolutos pero representados por números índices en varios países

GRÁFICO 5.2

GASTO PÚBLICO EN SANIDAD. PAÍSES SELECCIONADOS 1970-2015
ÍNDICES. BASE 2000=100 (USD DE 2015, PPP CORRIENTE)


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE (2016a).

desarrollados (a precios constantes de 2015 y PPP corriente). Esta representación nos sirve para apreciar el ritmo de variación de la variable, no el nivel que alcanza. En España, entre 1970 y 2015 (45 años) se multiplicó por más de 2,5 en términos reales. Desde el año 2000 hasta la actualidad, las cifras se han multiplicado por más de 1,5 en todos los países seleccionados, exceptuando Italia (1,3). En España, entre 2000 y 2009 el gasto público en sanidad se multiplicó espectacularmente por más de 1,85, como refleja el pico de su gráfica, que supera a los demás países. Luego, como consecuencia de los recortes, el índice que lo representa ha caído abruptamente.

Para valorar estos aumentos acelerados recientes comparemos ahora la *relación entre variaciones del gasto sanitario y crecimiento económico medido por el PIB*, para España y el conjunto de países de la OCDE utilizando los gráficos 5.3A y B, ideados por Repullo (2012) y aquí actualizados y desagregado el de gasto público. Este autor ha destacado que en la época anterior a la crisis, entre 2000 y 2009, la tasa de crecimiento del gasto sanitario nacional español fue muy superior a la del PIB y, además, de las mayores de los países de la OCDE, (crecimiento cinco veces más rápido, siendo la media OCDE de 2,5 veces).

En estos gráficos las líneas inferiores son las diagonales que expresan igual crecimiento del gasto y del PIB. Prácticamente todos los países están por encima

de ellas entre 2000 y 2015, tanto para gasto nacional como público, luego es claro que la tendencia a que el gasto sanitario crezca más rápido que el PIB es general en la OCDE. Las líneas intermedias pasan por el punto representativo de las tasas medias de crecimiento de gasto sanitario y PIB per cápita de los países de la OCDE (y su pendiente nos da la relación entre uno y otro). España está por encima en ambos gráficos, luego su gasto sanitario nacional y público creció a mayor velocidad con respecto al PIB que la media del conjunto. Las líneas superiores corresponden, de hecho, al caso español. Pasan por el punto que relaciona nuestros crecimientos del gasto y del PIB per cápita en el periodo 2000-2015. En ambos gráficos estas líneas destacan por arriba al pelotón de países al que pertenecemos en los que el gasto nacional y público en sanidad crece más rápido en relación al PIB.

En el gráfico 5.3A se puede apreciar que entre 2000 y 2015, y a pesar del violento parón de la crisis, el gasto sanitario nacional español crece casi cuatro veces más rápido que el PIB, mayor velocidad que la media de la OCDE (1,68 veces).

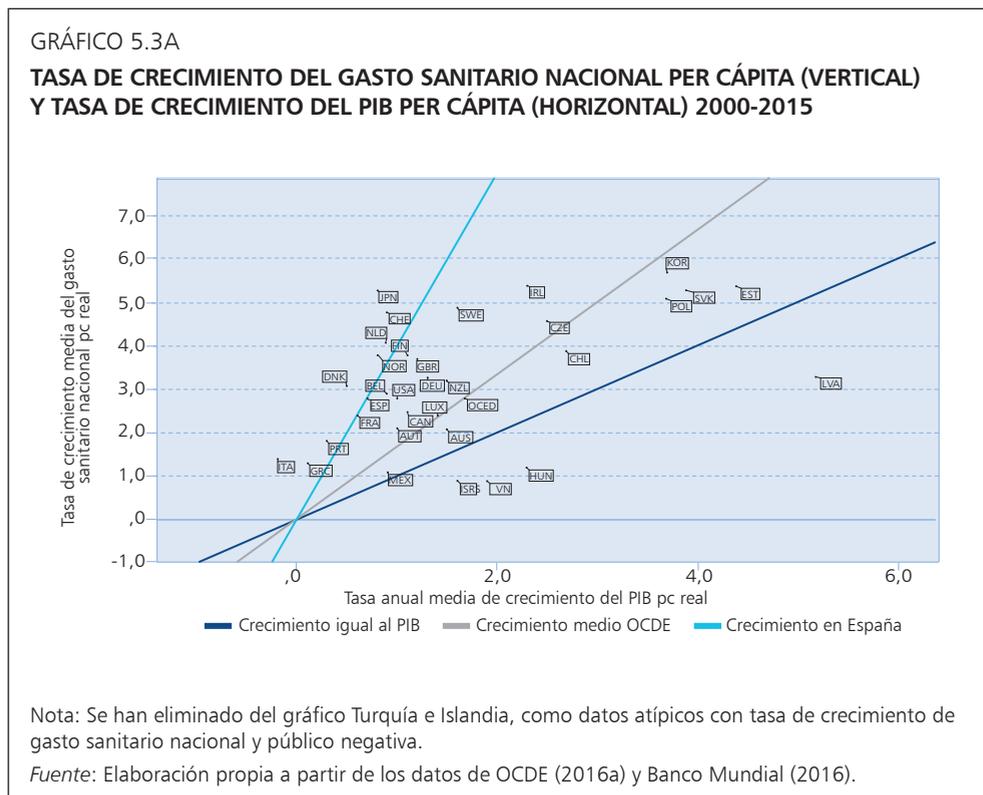
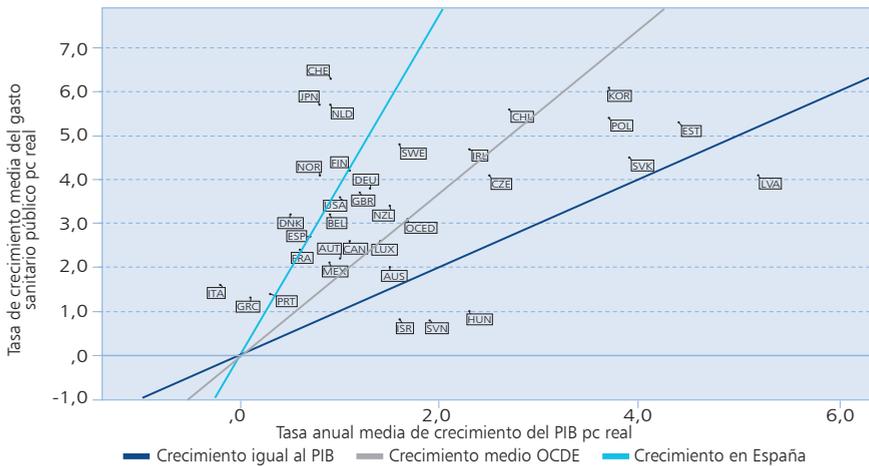
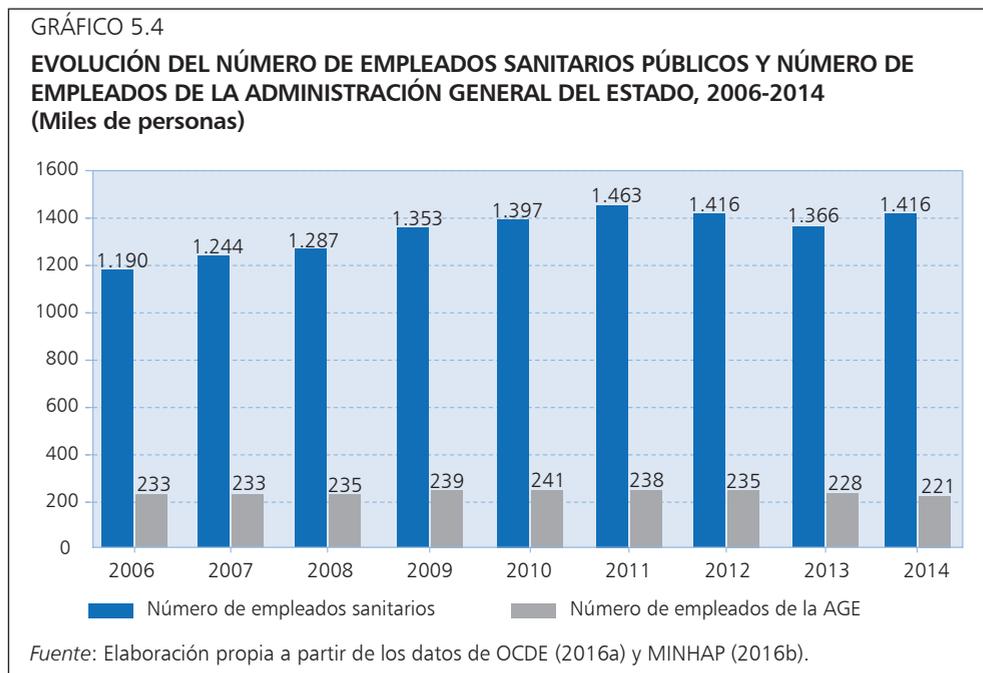


GRÁFICO 5.3B

**TASA DE CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA (VERTICAL)
Y TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB PER CÁPITA (HORIZONTAL) 2000-2015**




ésta el total de empleados creció un 3,4% entre 2006 y 2010, año en el que alcanzó su máximo. Entre 2011 y 2013 el personal total del SNS disminuyó un 6,6%, para volver a crecer en 2014. En la AGE el personal total ha disminuido todos los años entre 2010 y 2014 con una variación del -8,3%.

La crisis económica desencadenada en 2007 y que en España contrae fuertemente la actividad económica a partir de 2008, interrumpió la tendencia secular creciente del gasto, golpeando gravemente los recursos disponibles por el sistema sanitario público, aunque con cierto retraso.

Sanidad es la segunda o tercera –según los años– función de gasto público de mayor volumen en nuestro país (véase el cuadro 5.1). Por ello es impensable, como ya dijimos en la introducción, que de una forma o de otra no sea objetivo de las políticas de consolidación fiscal. Sin embargo, éstas no tienen por qué consistir simplemente en recortes lineales del gasto, como ha sido el caso en nuestro país. Pueden afectar relativamente menos a sanidad que a otras áreas; afectar más a precios que a cantidades (reducir precios de insumos –como productos farmacéuticos u otros– o a salarios, frente a mantener el volumen de prestaciones; lo que equivale a repartir desigualmente los recortes o ajustes entre los distintos agentes (suministradores, personal o los pacientes); y, sobre todo, podrían orientarse preferentemente hacia ganancias de eficiencia más que a reducciones de gasto, mediante reformas estructurales.

CUADRO 5.1
ESTRUCTURA DEL GASTO PÚBLICO. ESPAÑA 2011-2014
 (% sobre el PIB)

<i>Funciones</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>
Servicios públicos generales	6,20	6,61	7,11	6,92
Defensa	1,04	0,93	0,96	0,87
Orden público y seguridad	2,17	2,03	2,04	2,02
Asuntos económicos	5,66	7,95	4,51	4,42
Protección del medio ambiente	0,95	0,89	0,84	0,84
Vivienda y servicios comunitarios	0,57	0,46	0,45	0,50
Salud	6,47	6,20	6,12	6,08
Acts. recreativas, cultura y religión	1,51	1,21	1,15	1,15
Educación	4,40	4,15	4,08	4,06
Protección social	16,83	17,51	17,87	17,62
Gasto total	45,80	47,95	45,13	44,47

Nota: La fuente no indica si se trata de cifras presupuestadas o ejecutadas. Hay que suponer que son ejecutadas.

Fuentes: Ministerio de Economía y Competitividad, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas e INE. Tomado de Gobierno de España, (2016a): cuadro 9b.

En muchos países europeos, entre ellos España, el gasto público en salud, debido a su gran inercia, no disminuyó al principio de la crisis, a pesar de que el PIB ya estaba cayendo, pero en 2010 y 2011 se vio fuertemente recortado por las políticas de consolidación fiscal. “Mientras que en muchos países los presupuestos mantuvieron su nivel al principio de la crisis económica, en 2009 en algunos de los países más afectados por ella (por ejemplo Estonia e Islandia) el gasto “per cápita” en sanidad empezó a caer. En 2010 y 2011 las reducciones se generalizaron como respuesta a las presiones fiscales y a la necesidad de reducir los elevados déficit y deudas” (Morgan y Astolfi, 2014, cit.por OCDE, 2014: 120).

La evolución reciente de los volúmenes absolutos del gasto sanitario público y la del PIB se observa en el gráfico 5.5. representados en números índices. El crecimiento del gasto sanitario público en el periodo 2000-2009 fue muy intenso, bastante más acelerado que el del PIB, como ya sabemos. La apertura en 2009 de la horquilla que forman las dos líneas representativas de la evolución de ambas variables es una imagen dramática. El fuerte crecimiento del gasto público en sanidad no se había contenido dos años después de que empezara a desencadenarse la crisis y cuando el PIB ya flexionaba a la baja. La

contracción finalmente se produce y expresa cuantitativamente los llamados popularmente “recortes en sanidad”. Sus características podemos concretarlas en los siguientes datos:

- En España, en el periodo 2009-2013, el gasto público total en sanidad corriente se redujo un 13,1% (en términos reales a precios de 2015 y PPP corriente según los datos de la OCDE para 2015 publicados en 2016)¹.
- En términos *per cápita* reales el *gasto público en sanidad* corriente en España bajó en 2010, 2011, 2012 y 2013. (OCDE, 2015b). En términos *nominales* (precios y PPP corrientes) en 2013 ascendía a 2.093 dólares USA (1.410€) frente a 2.219 dólares USA (1.575 €) en 2.009 (OCDE, 2016a)².
- La participación del gasto sanitario público corriente en el PIB también disminuyó: desde el 6,8% de 2.009 hasta el 6,4% en 2013 y el 6,3% en 2014. (OCDE, 2016a). Esto es consecuencia de que la reducción del gasto sanitario fue superior a la del PIB. La tasa anual media de variación del gasto sanitario público en el quinquenio 2009-2013 fue de un -1,02% (-3,1% entre 2010-2013). En este mismo período 2009-2013, el PIB se redujo, en términos medios anuales, un 1,7%. En 2014, mientras que el PIB crece el 1,1%, el gasto sanitario crece el 0,5%. (MSSSI-SCS, 2015; MSSSI-SCS, 2016a; MSSSI-SCS, 2016b. PIB según Contabilidad Nacional INE actualizado en 2016)³ (todas estas cifras calculadas a precios corrientes). El gráfico 5.6 muestra la evolución de estas tasas de variación interanual del gasto sanitario público y del producto interior bruto en el período 2009-2014. Se aprecia efectivamente que las reducciones interanuales del gasto sanitario público son más acusadas que las del PIB y el aumento de 2014 menor.
- En términos dinámicos el efecto de la crisis es también agudo: “La tasa interanual de crecimiento del gasto público en sanidad de todas las Administraciones españolas... en torno al 8-9% nominal en el periodo 2002-2008, lleva cayendo ininterrumpidamente desde 2008 y es negativa, en

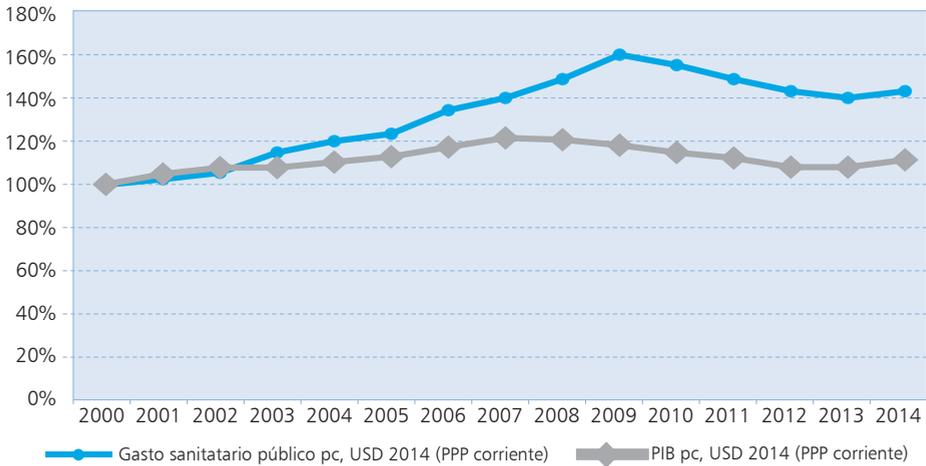
¹ El 11,5%, según el Sistema de Cuentas de Salud. En 2014 repuntó ligeramente (en términos nominales un 0,5%) según la misma fuente (MSSSI-SCS, 2015, 2016a y 2016b).

² Los datos en euros son proporcionados por la OCDE sin ajuste PPP. Según el Sistema de Cuentas de Salud en 2013 eran 1.394€ frente a 1.562€ corrientes en 2.009 (excluido el gasto en formación de capital). (MSSSI-SCS, 2015; 2016a; 2016b).

³ En la EGSP se denota también esta disparidad: “La tasa anual media de variación del gasto sanitario público en el quinquenio 2009-2013 fue de un -3,3 por ciento. En este mismo período, el PIB se redujo, en términos medios anuales, un 0,7 por ciento” (MSSSI-EGSP, 2015). En 2014 mientras que el PIB crece el 1,0 el gasto sanitario crece el 0,4 %. (MSSSI-EGSP, 2016a).

GRÁFICO 5.5

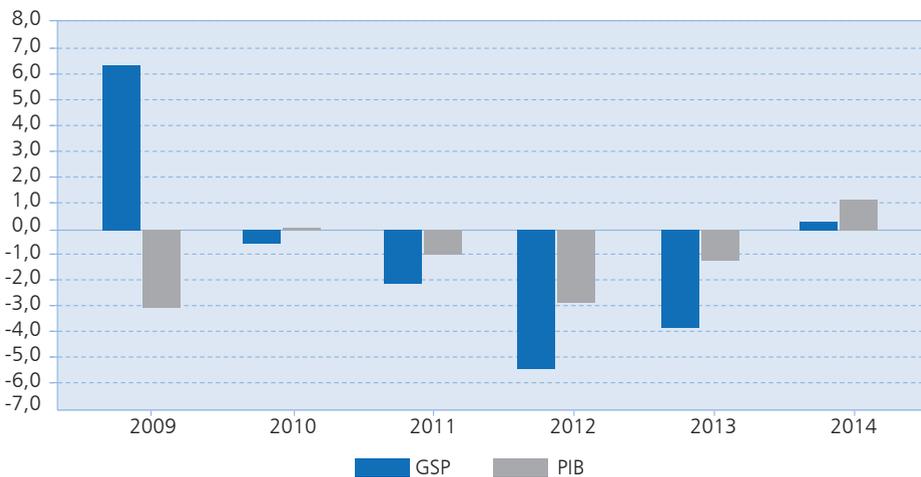
ESPAÑA. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA FRENTE AL PIB. USD 2014 (PPP Corriente), 2000-2014 (Índice, 2000=100)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE (2016a) y Banco Mundial (2016).

GRÁFICO 5.6

GASTO PÚBLICO EN SANIDAD Y PIB. ESPAÑA 2009-2014. TASAS DE VARIACIÓN INTERNACIONAL (Precios corrientes)

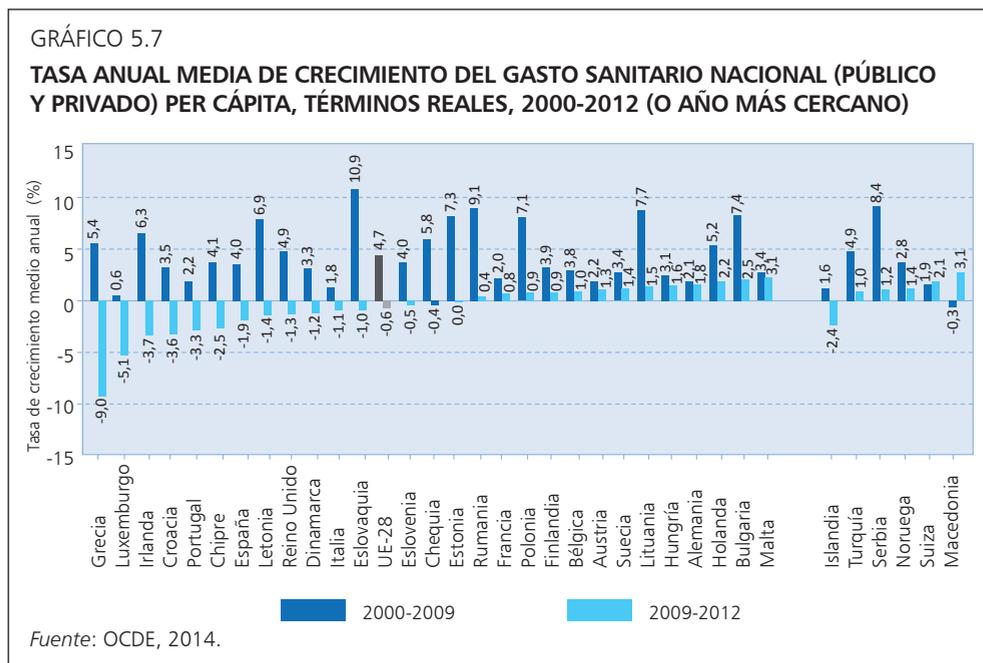


Nota: GSP: Gasto público en sanidad.

Fuentes: MSSSI-SCS, 2015; 2016a; 2016b, Contabilidad Nacional de España (INE, 2016).

torno al 2% anual, desde 2009, coincidiendo con lo más profundo de la reciente crisis económica y en respuesta a los recortes introducidos en el sistema de salud” (Jiménez Martín y Viola, 2014).

- “El contraste existente entre la variación del gasto total en sanidad en el periodo 2000-2008 y el periodo 2009-2012 muestra con claridad el golpe de la crisis económica en la mayoría de países de la OCDE” (Jiménez Martín y Viola, 2014). En el gráfico 5.7. se observa efectivamente este impacto brutal de la crisis en algunos países, que tienen que frenar bruscamente y pasan de aumentar sustancialmente su gasto sanitario anual (aquí es gasto nacional, público y privado) a disminuirlo a tasas de variación interanuales negativas también importantes. Obsérvese que otros países, por ejemplo Alemania, siguieron aumentando su gasto, aunque redujeran la velocidad de su crecimiento.
- Para mejor comprender la diferencia entre un país que sufre la crisis intensamente y otro que no la sufre, podemos considerar que mientras que las administraciones públicas en España disminuyeron su gasto por persona de 1.575€ en 2009 a 1.410€ en 2013, Alemania aumentó su gasto público per cápita en sanidad de 2.804 a 3.221€ en dichos años (euros corrientes)¹ (OCDE, 2016a).



¹ Estas cifras en dólares a precios y PPP corrientes son en España 2.219 en 2009 y 2.093 en 2013. En Alemania 3.465 y 4.144 USD. Los datos en euros que proporciona la OCDE son sin ajuste PPP.

- También, para apreciar mejor el efecto de la crisis es ilustrativo ver que cuando el gasto sanitario público per cápita en España toca fondo en 2013, su nivel de 1.408 euros (precios de 2014), era aproximadamente el mismo que el de 2006, siete años antes (datos OCDE, 2016a).
- “Aun así, la caída en España, es inferior a la observada en Grecia (30%), Irlanda (11%) y Portugal (5%), que junto a España conforman el conjunto de países parcial o totalmente rescatados” (Jiménez Martín y Viola, 2014).
- Algo más de las tres cuartas partes del ajuste se llevó acabo tardíamente, en el bienio 2012-2013 (Bandrés y González, 2015).
- Las primeras medidas de ajuste del gasto se adoptan en 2010, destacando las del Real Decreto Ley 8/2010 y corresponden a inversiones, personal y gasto farmacéutico, aunque “de hecho en 2010 puede hablarse más de contención del gasto que de reducción” (Bandrés y González, 2015: 40). En el bienio 2012-2013 se produce una contracción más notable del gasto sanitario, por medidas como el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, que suspende la atención sanitaria a extranjeros sin residencia autorizada y reestructura profundamente el copago correspondiente a la prestación farmacéutica ambulatoria (véase una narración más detallada en Bandrés y González, 2015).
- “La disminución del gasto sanitario ha pivotado... sobre cuatro vectores: las reducciones salariales, la caída de efectivos en las categorías profesionales inferiores, los recortes en el precio de los medicamentos y la práctica eliminación de las inversiones” (Bandrés y González, 2015: 47).
- “La reducción... fue especialmente intensa en los servicios primarios de salud, en los que se registra una caída continuada desde 2010 hasta 2013, cerrándose el cuatrienio con un descenso del 16,2%. En la atención hospitalaria y especializada el descenso fue bastante menor (-4,8%)... ” (Bandrés y González, 2015).

La contracción del gasto sanitario una vez iniciada la crisis debe ser vista en perspectiva. Primero, ya hemos dicho que sucede a un periodo de fortísimo crecimiento. Segundo, en gasto por persona la posición de España entre los

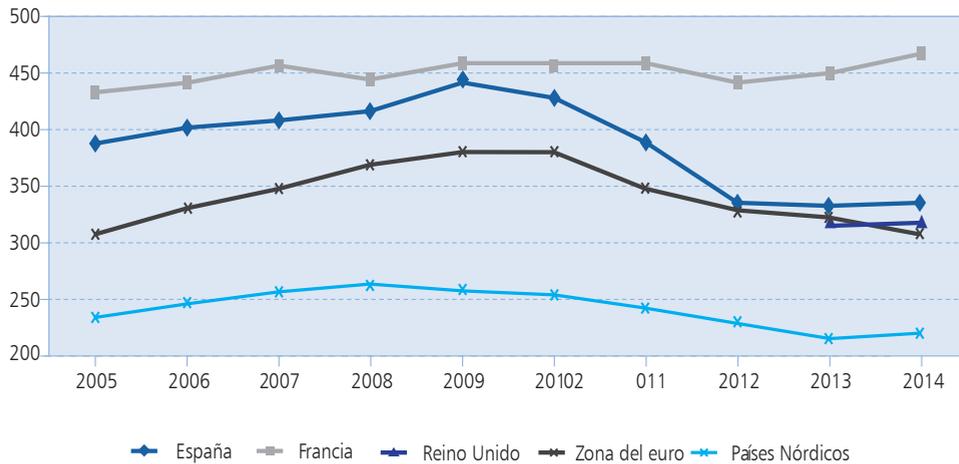
países miembros del euro se ha mantenido: era la décima en 2009 antes de los recortes y es la décima en 2013 (datos de la OCDE). Tercero, la observación fundamental, que se desarrolla en muchos puntos de este trabajo, es que el nivel de gasto no determina por sí solo el nivel de salud de la población, ni la calidad del sistema sanitario. El paro puede ser más pernicioso para la salud que recortar el gasto sanitario. La salud es plurideterminada e influyen en ella diversas políticas también extrasanitarias. Además, el nivel de gasto seguramente no es el principal problema de nuestro sistema sanitario, sino las deficiencias estructurales y la falta de dirección estratégica y de visión a largo de plazo. Una contención o incluso reducción del gasto acompañada de reformas estructurales podría haber dado lugar a resultados aceptables y progresivos. Si los recortes consisten en reducciones de precios de los factores (por ejemplo, salarios del personal y precios de los medicamentos y otros insumos), aceptados por los agentes que los sufren en el marco de unas instituciones prestigiadas y de un proyecto compartido de progreso y sostenibilidad del sistema en beneficio de los pacientes presentes y futuros que, además contribuye a consolidar la economía nacional; y los recortes en cantidades van unidos a mejoras de eficiencia que limitan o eliminan reducciones del servicio y de calidad, sin perjuicios notables para los pacientes, todo ello encuadrado en una reforma profunda, el impacto de la crisis y la consolidación sucesiva podrían haber dado, al cabo de los años, un balance positivo.

¿Ha concluido la crisis a efectos de recuperación del gasto público sanitario? La OCDE espera que la moderación del crecimiento del gasto, impuesta por la crisis económica, sea transitoria. En realidad, las proyecciones prevén que el gasto en sanidad crecerá como porcentaje del PIB (OCDE, 2015d: 24). A dichos pronósticos nos referimos en los apartados siguientes. En España, en 2014 el gasto público total en sanidad ya repuntó ligeramente (0,5 en términos nominales, según el Sistema de cuentas de salud). En términos per cápita (también nominales y excluyendo la formación de capital) subió de 1.394€ en 2013 a 1.411€ en 2014 (MSSSI-SCS, 2015; 2016a, 2016b), aunque todavía estemos a cierta distancia del récord, que acabamos de ver que alcanzó 1.562€ (corrientes) en 2009¹.

Entre los componentes del gasto sanitario el generado por los medicamentos merece una atención especial. España se situaba, antes de la crisis, entre los países con mayor *gasto público farmacéutico* "per cápita" del mundo, por encima de la media de la zona del euro y de países comparables como Reino Unido o los nórdicos y entonces también muy por encima de la media obser-

¹ Cuando el Gobierno dice que la política de sanidad se encuentra ya en niveles de gasto precrisis, pues el gasto en 2015 es 5.500 millones de euros mayor que el de 2007, no está comparando con la referencia adecuada que debería ser 2009, el año récord (Gobierno de España, 2016: 106).

GRÁFICO 5.8

ESPAÑA Y PAÍSES SELECCIONADOS. GASTO PÚBLICO EN MEDICAMENTOS, PER CÁPITA, USD 2014 (PPP corriente). 2005-2014

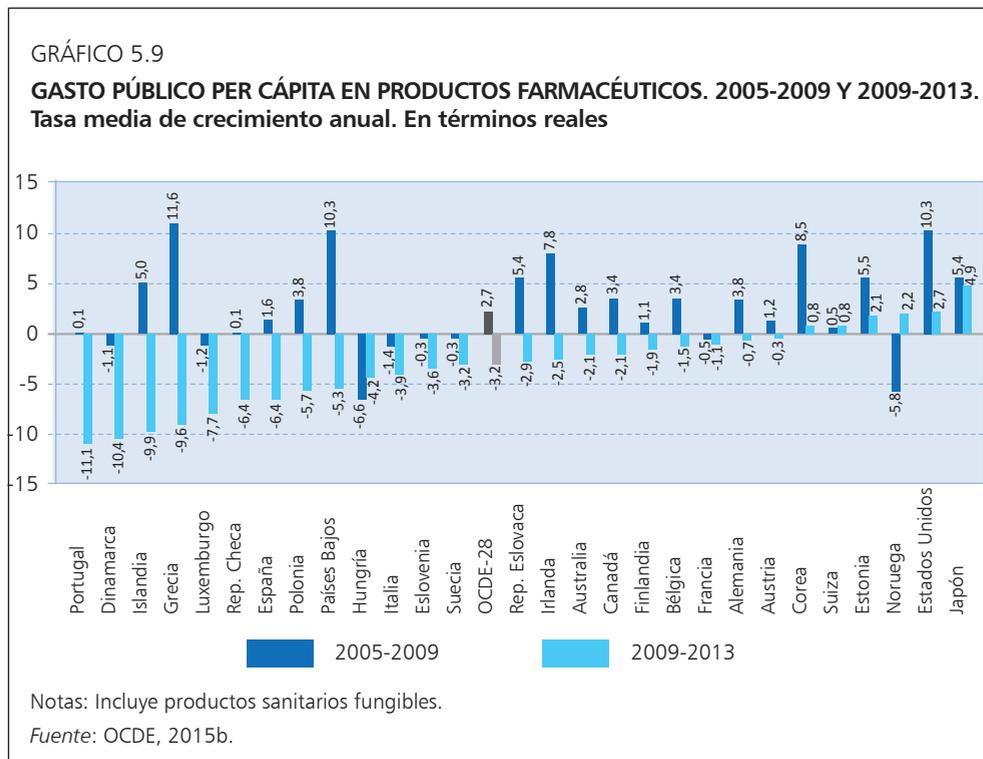
Notas: Países Nórdicos: Dinamarca, Finlandia y Suecia. Datos de Reino Unido no disponibles para 2005 y 2012.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OCDE (2016).

vada para la OCDE (gráfico 5.8).¹ Con los datos normalizados de la OCDE, el gasto público per cápita era en 2009 de 445 dólares (precios de 2014 PPP) el sexto más alto de la eurozona (nos superaban Francia, Irlanda, Alemania, Luxemburgo y Grecia) y séptimo de toda la OCDE (era mayor en Japón además de en los países anteriores).

Representaba en dicho año 2009 el 1,2% del PIB, cuarta posición entre todos los países de la zona del euro (igual que Francia y detrás de Grecia, Eslovaquia y Alemania) y quinto lugar entre todos los países de la OCDE (Japón es el otro país que nos superaba). También en el gráfico 5.8 se aprecia su elevado aumento hasta 2009. Esta posición destacada y el crecimiento del gasto público farmacéutico de España indican que la prestación farmacéutica pública ha sido generosa y sugieren un amplio acceso de la población a los medicamentos.

¹ En un estudio de la OCDE que ajusta por paridad de poder adquisitivo y por diferencias de precios entre países, España, con 824 dólares en gasto farmacéutico per cápita para el año 2005, es segunda, justo por debajo de Francia, frente a una media de 532 dólares para los países de la OCDE (OCDE, 2008). Este ajuste de diferencias de precios entre países explica gran parte de la disparidad de esta cifra de España (824) con las que manejamos aquí, ya que los precios de los medicamentos en España son de los más bajos de la OCDE y en cambio el consumo es de los más altos.



Los datos muestran que la reducción del gasto (público) en sanidad a resultas de la crisis se debe en parte a *la reducción del gasto farmacéutico*. (OCDE, 2015b). Entre los extremos de ese período 2009-2013 el gasto en “farmacia extrahospitalaria y prótesis y aparatos terapéuticos¹ desciende un 22,4%..., como resultado principalmente de las medidas adoptadas en el precio regulado de los medicamentos y del menor consumo de recetas, tras el aumento de la participación de los usuarios en el coste... ” (Bandrés y González, 2015: 45). El gasto público farmacéutico per cápita ha caído anualmente en tasa promedio un 6,4% en términos reales desde 2009 (hasta 2013 incluido), el séptimo país en el que más ha descendido, como se aprecia en el gráfico 5.9 (OCDE, 2015b).

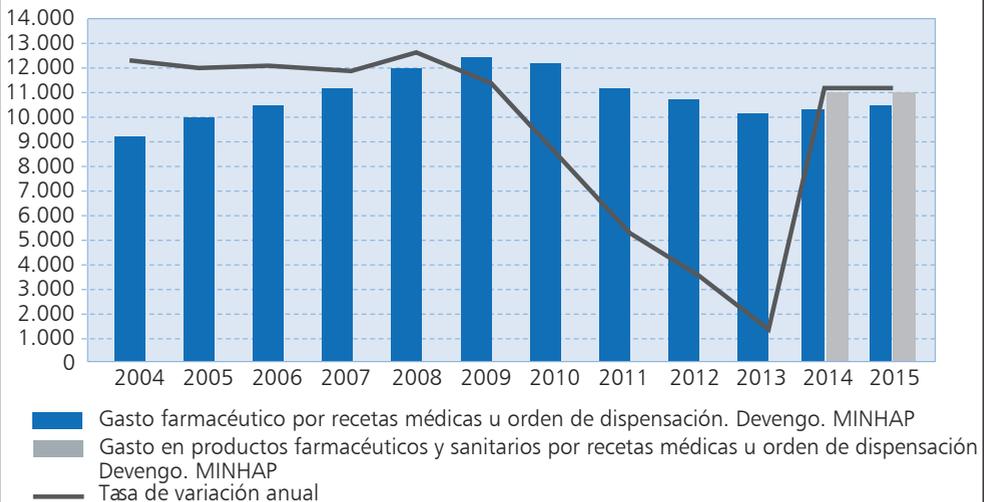
¹ Son dos partidas de la clasificación funcional de la *Estadística de gasto sanitario público* (MSSSI, 2104). La primera se refiere a recetas dispensadas en oficinas de farmacia incluidos el reintegro de gastos farmacéuticos y el gasto en otros productos de suministro directo a los hogares. No se incluye el gasto en productos farmacéuticos que puedan dispensarse ambulatoriamente en los hospitales. La segunda cubre los gastos efectuados como transferencia corriente (reintegro de gastos) correspondientes a la entrega de prótesis ortopédicas permanentes o temporales, ayudas a la deambulación, así como las ayudas que pudieran darse para prótesis dentarias, y otras.

A la vista de estas variaciones está claro pues que el brusco frenazo es aún más apreciable en el gasto farmacéutico que en el gasto sanitario total y que la reducción del primero hizo una contribución sustancial a la contención del gasto sanitario total. Sin embargo, este parón, como el del gasto en sanidad, hay que relativizarlo porque en el periodo 2001 a 2009 en España el crecimiento real anual medio del gasto farmacéutico público per cápita fue del 3,1% (OCDE, 2016a), en comparación con una tasa de crecimiento real anual media del PIB per cápita del 1,8% (OCDE, 2016b). Otros muchos países de la OCDE tuvieron también crecimientos muy fuertes y los cinco más relevantes de la zona del euro (Alemania, Francia, España, Holanda e Italia) una media del 5,5% (crecimiento medio anual del gasto farmacéutico público per cápita real en el conjunto de países mencionados).

En todo caso, la crisis económica y las medidas para la contención del déficit –con recortes de precios, reorganización del copago y exclusión de la financiación de medicamentos escasamente eficaces– han afectado de lleno al sector farmacéutico y cambiado el panorama anterior fuertemente expansivo (una descripción sinóptica de la legislación farmacéutica de crisis puede verse

GRÁFICO 5.10

ESPAÑA: EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO POR RECETAS DEL SNS SEGÚN FACTURACIÓN DE RECETAS MÉDICAS E INDICADORES SOBRE GASTO FARMACÉUTICO Y SANITARIO
(Millones de euros corrientes y tasa de variación interanual. 2004-2015)



Fuentes: Elaboración propia a partir de datos de MSSSI (2016c) y MINHAP (2016).

GRÁFICO 5.11

ESPAÑA. VENTAS POR FARMACIAS Y A HOSPITALES. 2000-2015
Pvl, per cápita, euros 2015. (Índice, 2015 = 100)



Notas: Ventas de medicamentos por oficinas de farmacia (SNS y privado). Precios de salida de fábrica, PVL. Netas de deducciones (RDL 8/2010). Calculado a precios constantes de 2015. Ventas a hospitales sólo del SNS.

Fuentes: Elaboración propia a partir de las memorias anuales de Farmaindustria. Las ventas a farmacias están basadas en IMS. Para hospitales: 2000-2005 basadas en Ministerio de Sanidad; 2006-2013 Encuesta de deuda farmacéutica hospitalaria de la propia Farmaindustria; 2014 y 2015 datos provisionales de gasto farmacéutico del MINHAP (Farmaindustria, 2016). Los datos de población son del INE (2016).

en Lobo, 2013: 20 y ss.). Entre 2009, el año en el que el gasto por recetas (sin incluir el de hospitales) llegó al máximo con 12.506 millones de euros y 2.013 con 9.183 millones (a precios corrientes) la caída en términos porcentuales fue de un espectacular 26,6% (gráfico 5.10). El violento salto de expansión a contracción es tan evidente en esta imagen que no merece más comentarios. Entre las medidas adoptadas está comprobado que la reestructuración del copago ha determinado a corto plazo una flexión del consumo, sobre todo de los pensionistas, aunque no es tan claro cuál pueda ser su efecto a largo plazo. (Puig Junoy, Rodríguez Feijoó, y González López-Valcarcel, 2014).

Con datos de las memorias anuales de Farmaindustria, el crecimiento hasta 2009 y la inflexión resultante de las medidas anticrisis reflejadas en los gráficos anteriores se confirman en el gráfico 5.11, que recoge en números índices la evolución de las ventas a farmacias y a hospitales a precios constantes de 2015

y per cápita¹. Son datos aproximados de gasto nacional, público y privado, a diferencia de los que hemos manejado hasta ahora y hay que tener en cuenta que el peso relativo de estos dos componentes ha cambiado como consecuencia también de la crisis. Según los datos de la OCDE entre 2009 y 2014 el gasto privado ha pasado del 24,2% al 38,7% del total (calculado en USD a precios de 2014).

La fenomenal expansión de las ventas a los hospitales, o de su gasto, es uno de los hechos clave del mercado farmacéutico español en los últimos años. Responde a la evolución de la tecnología farmacológica, que genera actualmente muchos productos de manejo complejo, como los nuevos biotecnológicos. Quizás también en parte es una reacción estratégica ante una política farmacéutica más activa en el segmento de la atención primaria (que se refleja en el gasto por recetas). De todas maneras entre 2011 y 2013 el gasto en medicamentos en hospitales también fue contenido. En 2014 y en 2015 el gasto farmacéutico ha reanudado su marcha ascendente. El agudísimo repunte en estos años se debe sobre todo a los medicamentos para la hepatitis C. Pero el gasto en medicamentos dispensados en farmacias con receta oficial también aumenta: el 1,9% respecto al ejercicio anterior en ambos años (según MSSSI, 2016c).

La nueva estadística sobre gasto farmacéutico y sanitario² permite desvelar los hasta ahora muy desconocidos gastos en hospitales y en ciertos productos sanitarios, introduce la valoración en términos de gasto devengado real y con esto último mejora la información sobre recetas dispensadas en farmacias. En 2015 el gasto total en productos farmacéuticos y sanitarios (20.812 millones de euros) presenta un incremento del 9,1% respecto al 2014. El gasto farmacéutico hospitalario (6.668 millones de euros) es el que más aumenta (un 26,1%),

¹ Los datos de ventas de medicamentos por oficinas de farmacia son estimaciones de Farmaindustria que se basan en las muy completas bases de datos de *IMS Health*, una fuente privada, elaboradas con métodos muestrales en vez de registros administrativos. Son datos de ventas al SNS más ventas mercado privado. Están valoradas a "precios de salida de fábrica" (PVL, en la jerga del sector). Los datos de ventas a hospitales son una aproximación de Farmaindustria a las ventas a hospitales del SNS (no incluyen ventas a hospitales privados). Están basadas, según sus memorias anuales, entre 2000 y 2005, en datos del Ministerio de Sanidad. Después, en la *Encuesta de deuda hospitalaria* de la propia Farmaindustria y para 2014 y 2015 en datos provisionales de la nueva estadística de gasto hospitalario del MINHAP a las que nos referimos a continuación.

² La nueva estadística, llamada *Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario*, elaborada y publicada por el MINHAP, llena no una laguna sino un auténtico mar de ignorancia sobre el gasto en hospitales y en productos sanitarios. Parece que la ha hecho posible la presión de la Comisión Europea y se basa en una modificación de la propia Ley 14/1986 General de Sanidad. Se refiere a gasto devengado y cubre todas las administraciones públicas (Administración General del Estado, mutualismo administrativo y comunidades autónomas). Comprende tres sumandos: gasto farmacéutico hospitalario (adicional a los datos que había en términos de PVL); gasto en productos farmacéuticos y sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación (a través de farmacias, adicional a los datos de facturación que facilita el MSSSI); gasto en productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación (sobre el que hasta el momento no se disponía de ningún tipo de información pública según Gobierno de España, 2016).

debido principalmente, como ya hemos adelantado, al impacto de los nuevos y eficaces medicamentos para la hepatitis C crónica (excluyéndoles el incremento es del 4,7%). En efecto, la nueva estadística ha revelado su impresionante montante: 1.249 millones de euros en 2015 (el 19% del gasto farmacéutico hospitalario y el 7,4% del gasto total en medicamentos). Estos datos ponen de manifiesto las extraordinarias dificultades de una política farmacéutica apremada entre el alto precio de las innovaciones y las restricciones presupuestarias.

El gasto en productos farmacéuticos y sanitarios por receta médica u orden de dispensación en 2015 (10.106 millones de euros) aumentó, según esta fuente, un 1,1% respecto al 2014. Finalmente, el gasto en productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación ascendió a 4.038 millones de euros (un 9,1% mayor que en 2014) (MINHAP, varios años).

A la vista de la evolución *del gasto sanitario* durante la crisis la pregunta fundamental es si su muy importante *contracción ha afectado a la salud de los ciudadanos* por haber empeorado la cantidad y la calidad de la asistencia. Esta hipótesis se añadiría a la conjetura sobre un posible empeoramiento del estado de salud, la morbilidad e incluso la mortalidad por efecto de la crisis. Como la salud es influida por diversos factores y no sólo por el gasto sanitario, cabe avanzar que la respuesta no es, ni mucho menos sencilla. Además, quizás sea todavía demasiado pronto para obtener con base empírica conclusiones suficientemente firmes, dados los retrasos en los efectos y en la disponibilidad de los datos. Estas cuestiones han levantado el interés de los investigadores y la bibliografía es ya notable¹. Afortunadamente disponemos de un balance de gran valor, la revisión de González López-Valcárcel y Barber (2015). Seleccionaron 151 publicaciones (de revistas científicas, literatura gris y sitios de la web relevantes) relativas a los recortes en sanidad en España, de las que finalmente 28 cumplieron los criterios de inclusión.

En este trabajo se hacen algunas observaciones metodológicas de enorme valor, en el sentido de defender que los métodos rigurosos permiten apuntar hacia los verdaderos problemas y sus soluciones:

- La pobreza y el desempleo pueden tener más efectos negativos sobre la salud que los recortes en asistencia sanitaria.
- Se debe ser muy cuidadoso al establecer relaciones causales. Con datos observacionales y con datos transversales no se pueden atribuir como causa de los deterioros en la salud, si es que ha habido alguno, a la crisis,

¹ Destaca el *Informe SESPAS 2014* dedicado monográficamente al tema (SESPAS, 2014). Véanse también dos libros al respecto, además de los artículos citados en el texto: Navarro y Muntaner, 2014 y Stuckler y Basu, 2013. Ambos tienen carga ideológica y métodos controvertibles.

los gobiernos, o “los mercados”. Los retrasos que puede haber entre causa y efecto plantean otra dificultad.

- Cuestiona la asociación que se ha establecido en la literatura médica y en otros sectores, incluido el personal sanitario, entre recortes en asistencia sanitaria y aumentos de la mortalidad, resumidos en la expresión “la austeridad mata”.
- Se ha de tomar en consideración el coste de oportunidad del gasto en sanidad. Ponen como ejemplo un estudio que destaca la importancia que la vivienda o su pérdida tienen para la salud. El gasto en vivienda podría proporcionar mejores resultados en salud que el gasto en asistencia sanitaria.

Los principales hallazgos empíricos obtenidos por la literatura analizada que destacan las autoras son:

- Las medidas de austeridad adoptadas en España en el sector sanitario habrían sido suaves, en comparación con las dispuestas en países como Reino Unido y Alemania, entre otras cosas por la variabilidad de políticas de las CC.AA. y las reacciones sociales.
- Los resultados obtenidos por los estudios revisados no parecen concluyentes. No se han identificado efectos sistemáticos negativos de las disminuciones de gasto sanitario sobre la salud de la población general con base en indicadores de mortalidad prematura, mortalidad evitable y salud autopercibida. Por ejemplo, la mortalidad evitable en Cataluña mantuvo su tendencia decreciente aunque a una tasa inferior. La mortalidad evitable por enfermedades cardiovasculares sigue ofreciendo tendencias muy favorables (aunque aquí los efectos negativos podrían presentarse diferidos en el tiempo).
- No se ha detectado con claridad un deterioro de la salud de los inmigrantes.
- Se ha comprobado que ha empeorado la salud mental, pero cabe atribuirlo antes al desempleo –que tan brutalmente ha caracterizado la crisis en España– que a las medidas de recorte de la asistencia sanitaria. Destacan el incremento en la incidencia de la depresión y en la utilización de antidepresivos. Los estudios sobre evolución de los suicidios no son concluyentes. El aumento apreciado por alguno de ellos se puede atribuir mejor al desempleo. Urbanos y González López-Valcárcel (2015) corroboran que particularmente el desempleo de larga duración, tiene un impacto significativo sobre la salud en general (autoreportada en las encuesta nacionales

de salud 2006 y 2011-2012) y que sus efectos negativos sobre la salud mental habrían empeorado con la crisis económica.

- Otro hallazgo a primera vista paradójico: el aumento del desempleo se asocia con aumento del infrapeso en niños, pero con menor incidencia de la obesidad general (Belles *et al.*, 2016).
- Las poblaciones más vulnerables (niños, personas desahuciadas de sus viviendas) se han visto más afectadas por la crisis y se ha exacerbado la desigualdad.
- Las listas de espera han empeorado significativamente. Sin embargo no han sido objeto de estudio preferente. Resultarían más perjudicadas por las esperas las personas de menor renta. Éstas dificultades de acceso a la asistencia sanitaria seguramente serían la principal consecuencia negativa de los recortes durante la crisis. Urbanos y Puig-Junoy (2014) confirman aumentos en los tiempos y listas de espera de intervenciones quirúrgicas y en la insatisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública.

Tras su revisión las autoras concluyen que el sistema de asistencia sanitaria pública ha sabido capear el temporal gracias a la dedicación del personal y a la buena gestión.

García Gómez, Jiménez-Martín y Labeaga (2016), por su parte, resumen diversos estudios sobre los efectos de la crisis sobre la salud (no sólo de las políticas de contracción de los gastos y los servicios). “La gran recesión ha tenido grandes consecuencias sobre los comportamiento individuales y la salud.” Pero... “la magnitud y la dirección de estos efectos no han sido sin embargo uniformes” (García Gómez, Jiménez-Martín y Labeaga, 2016). Así, una revisión sobre EE.UU. concluye que las crisis tienen efectos beneficiosos sobre la mortalidad, contra la conjetura intuitiva esperada (Rhum, 2016). En nuestro país ha llamado la atención que, paradójicamente, la evolución de la autovaloración del estado general de salud y del padecimiento de enfermedades crónicas (también según las ENS) sugiere una mejora sustancial de la salud media durante la época de crisis (Urbanos y Puig-Junoy, 2014). No es una observación anómala. Tapia (2011) ha estudiado el fenómeno contraintuitivo, de la mejora de la salud durante las depresiones económicas.

La utilización de servicios sanitarios durante la crisis no se ha incrementado claramente, ni en general, ni por los grupos más desfavorecidos (según las encuestas nacionales de salud 2006 y 2011-2012), como han concluido dos estudios distintos sobre tipos de servicios diferentes. En cambio sí se ha apreciado que la crisis está teniendo un efecto disuasorio sobre la utilización por las capas sociales más desfavorecidas de servicios no cubiertos por el SNS, en par-

ricular las visitas al dentista (Urbanos y Puig-Junoy, 2014 y Urbanos y González López-Valcárcel, 2015). Este último hallazgo parece relevante en cuanto marca la diferencia entre los servicios con financiación pública y los que han de ser sufragados directamente por los ciudadanos.

En España la crisis, también contra la intuición apresurada, ha disminuido las desigualdades en salud, que se habían exacerbado durante la expansión 2004-2007. La explicación es que las pérdidas de ingresos se han concentrado en los activos, mientras que el sistema de pensiones ha protegido la renta de los mayores (Coveney *et al.*, 2016).

En el caso de los medicamentos lanzamos la hipótesis de que las medidas de contención del gasto habrían tocado, más que a la salud de los ciudadanos, a los ingresos de los distintos agentes del sector farmacéutico, ya que las medidas de recorte han afectado fundamentalmente a los precios. También habría que contestar a la pregunta de si la reorganización del copago sobre medicamentos, a pesar de sus exenciones, relativa modulación por renta y topes, ha disuadido de forma sustancial el acceso a tratamientos necesarios y efectivos. Hay evidencia en el sentido de que el copago no afectaría a la salud pero con datos inversos: cuando los ciudadanos se jubilaban (antes de 2012) y pasaban de copago 40% a copago cero, aumentaba significativamente el gasto en medicamentos, sin que se apreciara efecto compensatorio de disminución de la probabilidad de ser hospitalizado (suponiendo que el consumo de medicamentos es posiblemente sustitutivo de la hospitalización) (Puig Junoy, García-Gómez, Casado-Marín, 2016). Una muy completa revisión (González López-Valcárcel, Puig Junoy y Rodríguez Feijóo, 2016) resume los efectos conocidos sobre cantidades consumidas que ya hemos mencionado. También informa de estudios en curso relativos a efectos sobre equidad, cuyos primeros resultados indicarían que el ajuste por renta habría sido poco eficaz, pues el gradiente de gasto según renta se habría mantenido o incluso reducido ligeramente. Pero todavía no están disponibles sus resultados acerca de los efectos sobre la salud.

A este respecto es clamorosa la falta de iniciativas gubernamentales para impulsar la evaluación de las medidas de ajuste y recortes, fundamentada en buenos análisis empíricos, a pesar de que el SNS cuenta con amplísimas y detalladas bases de datos.

5.2. GASTO SANITARIO Y DÉFICIT OCULTO

“Casi sistemáticamente, desde los años 80 el sistema sanitario público ha gastado más de lo que se presupuestaba para el mismo, contribuyendo al déficit público de manera notable. Aún en los años de bonanza económica había

deuda sanitaria alrededor de los 6.000 millones de euros (antes de empezar la crisis)" (Arenas, Mases y López del Val, 2013). Efectivamente, el principal problema que ha causado en el pasado el crecimiento del gasto sanitario ha sido la dificultad de las CC.AA. para financiarlo con sus presupuestos ordinarios. El problema fue patente tras la culminación de las transferencias de los servicios sanitarios a las CC.AA. en 2002, aunque ya venía de lejos, de la época en que la gestión estaba centralizada en el Insalud. La brecha entre ingresos y gastos se concretaba en gastos no satisfechos en el ejercicio, que quedaban sin financiación y no reflejados en las liquidaciones presupuestarias a 31 de diciembre de cada ejercicio. Estos gastos se "desplazaban" a ejercicios siguientes, en espera de una regularización y alcanzaban cuantías importantes¹. No están cubiertos por la deuda "oficial" de las CC.AA. sino que consisten básicamente en facturas de proveedores cuyo pago se retrasa.

El Grupo de análisis del gasto sanitario creado por la II Conferencia de Presidentes (del Gobierno y de las CC.AA.) de 2005 en sus muy importantes informes de 2005 y 2007, desgraciadamente no actualizados nunca, estudió el problema en detalle aportando datos precisos. En el cuadro 5.2 recogemos el porcentaje que el "gasto desplazado" acumulado representaba sobre el gasto realizado por las CC.AA. en cada ejercicio. Es un indicador expresivo de la "deuda sanitaria pendiente". (Así lo considera el *Informe de 2007 del Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario*, 2007: 236). A fin de 2004 el gasto de ejercicios anteriores no recogidos en las liquidaciones presupuestarias ascendía casi a 6.500 millones de euros². El cuadro 5.3 refleja una estimación de la insuficiencia presupuestaria en sanidad cifrando el gasto presupuestado inicialmente, el gasto real ejecutado y el déficit incurrido. Como se ve, en los años considerados una parte importante del gasto no tenía financiación prevista y generó déficit y deuda (en cinco de los seis años, uno de cada cinco euros gastados).

Naturalmente se trata de prácticas gravemente perniciosas, que suponen la ruptura de la disciplina financiera del sector público, expresión clara de la

¹ Un efecto colateral de esta práctica era que dificultaba el conocimiento del gasto sanitario "real". La *Estadística de gasto sanitario público* se elaboraba hasta 2006 con criterio de caja (sin tener en cuenta el "gasto desplazado") y no con el criterio de devengo que es el propio del Sistema de Cuentas Nacionales. El Grupo de trabajo al que nos referimos aquí hizo los ajustes necesarios para conocer el gasto "real" y proporcionar una base sólida a las regularizaciones acordadas con el Gobierno de la nación para resolver el problema. Desde 2006 la EGSP sigue el criterio de devengo.

² "A finales del ejercicio 2004, el gasto de ejercicios anteriores no recogido en las liquidaciones presupuestarias ascendía a 6.436,72 millones de euros, de los cuales se generaron 165,99 millones en ese año, 1.674,01 millones en 2003, 630,65 millones en 2002, 488,16 millones en 2001, 452,43 millones en 2000, 58,03 millones en 1999 y el resto, 2.756,94 millones, en ejercicios anteriores. Las comunidades autónomas que tienen mayor gasto no contabilizado por el sistema presupuestario a finales de 2004 y que, en conjunto, absorben el 73% del total, son Cataluña (1.928 millones), Andalucía (1.573 millones) y Comunidad Valenciana (1.122 millones)" (Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, 2007: 235).

CUADRO 5.2

**ESPAÑA. PORCENTAJE DEL GASTO EN SANIDAD "DESPLAZADO"
ACUMULADO SOBRE EL REAL DEL EJERCICIO**

<i>Comunidad autónoma</i>	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	21,00	22,43	23,78	23,17	23,27	22,45	20,89
Aragón	--	--	--	--	3,52	8,66	2,38
Asturias	--	--	3,88	6,78	11,69	12,25	9,26
Baleares	--	--	--	4,03	6,73	6,65	5,36
Canarias	4,82	3,42	3,77	3,05	10,26	0,91	2,26
Cantabria	--	--	4,37	3,63	5,43	6,28	3,92
Castilla y León	--	--	--	--	6,31	10,19	8,48
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	4,41	--	4,46
Cataluña	30,84	30,59	30,32	32,18	34,82	29,12	21,30
Comunidad Valenciana	12,61	15,89	20,27	23,35	27,80	28,39	23,99
Extremadura	--	--	--	1,48	6,96	10,92	9,79
Galicia	5,27	6,25	7,54	4,03	8,56	13,79	6,02
Madrid	--	--	--	2,95	4,85	7,73	4,93
Murcia	--	--	--	4,62	8,24	12,18	11,82
Navarra	--	--	--	--	--	--	0,15
País Vasco	--	--	--	--	--	--	--
La Rioja	--	--	--	--	--	--	--
Total gasto CC.AA.	10,32	11,03	11,84	12,68	15,71	15,39	12,22

Fuente: Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario (2007).

CUADRO 5.3

**INSUFICIENCIA PRESUPUESTARIA EN SANIDAD ESPAÑA. COMUNIDADES AUTÓNOMAS
(Millones de euros)**

	<i>Presupuesto total</i>	<i>Gasto total real</i>	<i>Déficit absoluto</i>	<i>% Déficit</i>
2007	52.383	64.339	11.956	22,82
2008	56.559	71.170	14.611	25,74
2009	58.960	75.395	16.435	27,87
2010	59.738	74.732	14.956	25,10
2011	57.408	71.518	14.110	24,58
2012	56.740	66.148	9.408	16,58

Fuente: MSSSI. Tomado de Arenas Mases y López del Val, 2013.

CUADRO 5.4

**DEUDA SANITARIA ESTIMADA CC.AA. 2011
PORCENTAJE SOBRE PRESUPUESTO DE SANIDAD**

	A	B	C	D	E (E=c+D)	F	G G=(E/F)
	Total deuda de la C.A. (M €)	% Deuda C.A. sobre PIB	Deuda medica- mentos a hospitales SNS	Deuda con empresas tecnol. sanit.	Deuda total SNS	Presupuesto sanidad (M €)	% Deuda sobre ppto. SNS
<i>Comunidad autónoma</i>							
Total	135.151	12,6	6.369,3	5.230	11.599	57.408	20,2
Andalucía	13.728	9,5	1.523,7	1.284	2.807,7	9.379	29,9
Aragón	3.388	10,3	202,6	203	405,6	1.849	21,9
Asturias	2.042	8,8	153,6	118	271,6	1.552	17,5
Baleares	4.501	16,8	216,3	140	356,3	1.176	30,3
Canarias	3.419	8,2	120,9	120	240,9	2.541	9,5
Cantabria	1.329	9,7	180,9	115	295,9	730	40,5
Castilla y León	5.090	8,8	573,4	522	1.095,4	3.462	31,6
Castilla-La Mancha	6.612	18,3	408,2	406	814,2	2.814	28,9
Cataluña	39.268	19,7	252,3	198	450,3	9.201	4,9
Comunidad Valenciana	20.469	19,9	1.292,5	973	2.265,5	5.515	41,1
Extremadura	2.011	11,0	54,3	32	86,3	1.572	5,5
Galicia	6.971	12,4	264,7	193	457,7	3.547	12,9
Madrid	15.191	7,9	762,3	570	1.332,3	7.134	18,7
Murcia	2.759	10,0	265,1	267	532,1	2.023	26,3
Navarra	2.075	11,1	14,4	11	25,4	972	2,6
País Vasco	5.355	7,9	37,0	51	88,0	3.506	2,5
La Rioja	933	11,8	46,6	23	69,6	434	16,0

Notas: Cataluña, "C" incluye sólo hospitales ICS. Navarra, "D" se encuentra dentro del plazo legal de pago y no se considera deuda.

Fuentes: "A", deuda total de la comunidad autónoma: Banco de España, tercer trimestre de 2011 (publicado en diciembre 2011). "C" deuda por suministro de medicamentos a hospitales del SNS: Farmaindustria, 31 de diciembre de 2011. "D" deuda de las administraciones públicas con empresas del sector de tecnologías sanitarias: FENIN, datos a 31 de diciembre de 2011. "F" Presupuestos sanidad correspondientes a 2011: Recursos del SNS. Presupuestos iniciales para sanidad de las comunidades autónomas, la Administración central y la Seguridad Social (2007-2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Tomado de (PWC, 2012).

"blandura" de la restricción presupuestaria, a la que nos hemos referido en el capítulo IV. Trae como consecuencia una relajación general de los estímulos a la prosecución de la eficiencia que dicha disciplina, entre otros fines, persigue. Por otro lado, esta práctica es soportada por los proveedores, fundamentalmente empresas farmacéuticas, de productos y de equipos sanitarios, conciertos, ser-

vicios externos y concesionarios, a los que se retrasa el pago de sus facturas. Aumentan así su incertidumbre y sus costes empresariales y también los del sistema sanitario que se ve obligado a pagar precios más altos para cubrirlos.

“El sistema sanitario es tradicionalmente mal pagador y los retrasos en los pagos no son ni mucho menos una novedad. Sin embargo, la crisis económica ha agravado esta situación.” (PWC, 2012: 33). En efecto, como se aprecia en el cuadro 5.4, en 2012 se estimaba que, sobre el presupuesto total, la deuda a proveedores sanitarios suponía en torno al 20% para el conjunto de las CC.AA., con al menos ocho comunidades en las que se superaba dicho porcentaje (PWC, 2012: 35). A 31 de diciembre de 2011 el retraso en el pago de los medicamentos hospitalarios alcanzaba 525 días y 473 para las empresas de tecnologías sanitarias (PWC, 2102).

La cuestión que se planteaba en esos momentos a los que corresponden estos datos era, como ha dicho López Casanovas, ya no sólo una crisis de sostenibilidad (a largo plazo), sino una auténtica crisis de solvencia del sistema sanitario (a corto plazo).

¿A la altura de fines de 2016 son problemas ya superados? En el capítulo anterior hemos analizado los mecanismos puestos en marcha por el Gobierno central para, por un lado disciplinar a las CC.AA., y, por otro, proporcionarles liquidez a través de los diversos fondos condicionados. Allí hemos justificado que las soluciones alcanzadas no son completas. Es verdad que ahora las deudas parece que afloran a la luz, pero su financiación se traslada al prestamista en última instancia, el Banco Central Europeo quien compra buena parte de la deuda española. Este proceso de sustitución de acreedores y deudores ha sido muy facilitado por su política monetaria súperlaxa y los tipos de interés nulos o negativos subsiguientes. Pero estas condiciones excepcionales no podemos esperar que se eternicen y hemos de encontrar otras salidas al desfase entre ingresos y gastos, que no pueden ser otras que una mayor responsabilidad fiscal de las CC.AA. en un federalismo profundizado, y aumentar la eficiencia y la productividad del sistema.

5.3. ¿GASTAMOS MENOS O MÁS QUE LOS PAÍSES “MODÉLICOS”? SI GASTAMOS MENOS ¿DEBERÍAMOS GASTAR MÁS PORQUE ELLOS GASTAN MÁS? ¿PUEDE SERVIR EL PIB DE ORIENTACIÓN NORMATIVA?

En el epígrafe 5.1. estudiamos la evolución en el tiempo del gasto público español en sanidad en sus distintas expresiones. Ahora podemos compararlo

con el de otros países, es decir, pasamos de una visión longitudinal a otra transversal.

La comparación más simple es la que podemos efectuar utilizando las cifras de peso sobre el PIB. Así, recordemos que en 2009 el gasto nacional y el gasto público en sanidad españoles alcanzaron ambos un máximo histórico hasta la fecha, como se veía en los gráficos 5.1A y 5.1B en términos de peso sobre el PIB. El 9% que representaba el primero superaba en una décima la media de los países de la OCDE. El 6,8% del segundo también estaba ligeramente por encima de la media de la OCDE (6,5%). En el mismo año récord 2009 –y en años anteriores– había países avanzados con un nivel de gasto nacional sobre el PIB inferior al de España (Reino Unido, Finlandia, Suecia – éstos dos últimos no se recogen en los gráficos anteriores. En 2015 España se ha rezagado. Continúa en un nivel del 9%, siendo superada en los tres casos mencionados: Finlandia (9,6%), Reino Unido (9,8%) y Suecia (11,1%). Incluso Italia, que se situaba en el mismo nivel de gasto nacional en 2009, en la actualidad registra un 9,1%.

Sin embargo, cuando observamos el gasto público, vemos que los países avanzados, desde 2000 hasta la actualidad, tienen porcentajes sobre el PIB mayores que los de España, salvo el caso muy notable de Finlandia. Conviene recordar que en los primeros años 90 superábamos en esta medida del gasto público sanitario a Reino Unido y EE.UU.

Este enfoque tiene mucha importancia porque en España es común decir que deberíamos gastar más porque de hecho dedicamos menos recursos a sanidad que los países que podrían ser nuestro modelo. Esta visión es sostenida frecuentemente con entusiasmo por los agentes y grupos de interés del sector sanitario: los sindicatos, los colegios profesionales, las industrias que suministran medicamentos, productos sanitarios y equipos médicos, las compañías aseguradoras, las asociaciones de pacientes, e incluso sociedades científicas médicas.

Así, por ejemplo, se ha dicho recientemente que “Todos los expertos coinciden en señalar que la sanidad necesita más recursos económicos de los que dispone, por lo que apuestan por elevar la inversión en sanidad en relación al PIB hasta el 7,5%, para equiparar a España con los países de nuestro entorno” (Fundamed, 2016: 5). “Los países de la UE, comparables a España en términos económicos y poblacionales, invierten una media del 7,5% del PIB en sus sistemas sanitarios (datos OCDE, 2014 referidos a datos de 2012). Teniendo en cuenta que la relación entre PIB e inversión sanitaria en España se sitúa en el 5,9%, España debería destinar 1,6 puntos más de PIB a financiar el SNS para situarse en esta media” (Fundamed, 2016: 7).

Esto no puede extrañar. Como tantas veces nos recuerda Evans "...los gastos en sanidad son los ingresos de los oferentes –a todos los niveles– de servicios sanitarios. Cada dólar gastado es un dólar de renta ingresado por alguien y la proposición de que los gastos deben elevarse dramáticamente para cubrir las crecientes necesidades es, al mismo tiempo, una demanda de aumento de las rentas a disposición de los suministradores de bienes y servicios sanitarios. Puede tratarse de salarios más altos, de más puestos de trabajo, de mayores dividendos o de cotizaciones más altas, pero de una forma u otra, mayores gastos significan mayores rentas" (Evans, McGrail y Morgan, 2001). El aumento del gasto con toda seguridad beneficia pues a estos grupos, por ejemplo si suben los salarios a cambio de la misma tarea asistencial o los precios de los mismos medicamentos. Pero el aumento no es seguro que haya de beneficiar a los pacientes. Habrá de gastarse bien desarrollando nuevos tratamientos eficientes, tratando a más pacientes o mejorando la calidad de la asistencia. Ante este conflicto de intereses debemos discernir el grano de las propuestas con fundamento efectivo en la mejora la salud de los pacientes y el bienestar social, de la paja de la defensa de los intereses particulares de grupos concretos.

Si se ha extendido la percepción de que España gasta poco en sanidad y debería gastar más –con beneficio cierto para estos grupos de interés y posible para los pacientes–, el corolario lógico es que "... se ha instalado cierta resistencia en contra de la contención del gasto público, en particular entre los grupos más directamente implicados en el sector de cuidados de la salud, bajo el supuesto de que a ellos ésta no les debe ni puede afectar" (López Casasnovas, 2010: 27).

Esta visión plantea por lo menos cuatro cuestiones relevantes:

- ¿Qué países hemos de considerar referentes o modelos?
- ¿Realmente gasta España menos que los países de referencia?
- ¿Debe ser el gasto de los demás la guía a seguir por España para asignar recursos a nivel macro a sanidad?
- ¿Tiene utilidad el PIB como orientación normativa para determinar el nivel de gasto agregado en sanidad?

Elegir los países "modélicos" a estos efectos merece por lo menos una cierta atención (seguimos y desarrollamos aquí ideas de López Casasnovas, 2010 y López Casasnovas, Maynou-Pujoràs y Sáez, 2015). Parece claro que para disponer de un verdadero patrón de comparación deberíamos seleccionar en

función del desarrollo económico y social de los países y de la bondad de su sistema sanitario. Una primera aproximación a la que en muchas ocasiones recurrimos es comparar con los países de la OCDE, aunque no está claro si porque éstos constituyen un modelo a seguir, o porque simplemente sus datos son fácilmente accesibles ya que los proporciona directamente la base de datos de este organismo. Pero la OCDE ha cambiado mucho y los países miembros ya no son un conjunto más o menos homogéneo, el de los países desarrollados. Ha dado entrada a países muy diversos, como los del Este de Europa y otros en vías de desarrollo como México o Chile. Hoy es, por tanto, un grupo bastante heterogéneo. Además, en sanidad esto es especialmente cierto porque incluye dos países muy grandes, cuyo tamaño influye notablemente en las medias, cuyos sistemas sanitarios están muy alejados del nuestro: EE.UU. y Japón. Por consiguiente, para garantizar una cierta proximidad a nuestras características es mejor compararnos con los países de la UE y aún mejor con los de la Unión Económica y Monetaria (países del euro), aunque las sucesivas ampliaciones también han introducido heterogeneidad. Haciendo aún más estrictos nuestros criterios podríamos concentrarnos en los países que tiene un sistema sanitario estilo Beveridge, es decir, un sistema nacional de salud de cobertura universal y financiado fundamentalmente con el fondo general de impuestos. Estos dos últimos criterios no son superponibles, porque hay países europeos que tienen un sistema nacional de salud (Reino Unido, Dinamarca y Suecia) pero son ajenos al euro.

Una vez elegidos los países, la tarea no ha terminado. La *comparación misma de nuestros niveles de gasto sanitario con otros países* no está tampoco exenta de trampas. Para empezar habrá que reparar en la variable con la que relacionamos el gasto: peso sobre el PIB o cantidad monetaria "per cápita". Dependiendo del tamaño del PIB las comparaciones con otros países pueden dar resultados diferentes. Si el PIB es relativamente pequeño un peso sobre el PIB alto puede venir acompañado de una cifra "per cápita" pequeña relativamente a otros países. Además, y en relación con lo que acabamos de decir, frente a las comparaciones simplistas (dato de España frente a media simple de la OCDE), los economistas de la salud españoles han destacado la necesidad de refinar el análisis teniendo en cuenta las características propias de los distintos países y del nuestro. Una primera aproximación es considerar el distinto nivel de renta. "Creo que no hace falta ser muy avezado en la cuestión para considerar el PIB como denominador clave de nuestra variable, por aquello sabido de que cada país gasta en salud lo que se puede permitir" (López-Casasnovas, 2010: 27).

En el caso del gasto por persona esta corrección podemos introducirla a través de la regresión lineal *renta-gasto*, como hemos hecho en los gráficos 5.3A y 5.3B para las variaciones interanuales de ambas variables. El gráfico 5.12 para los años 1980, 1990, 2000 y 2007 pone en relación el PIB "per cápita" con el

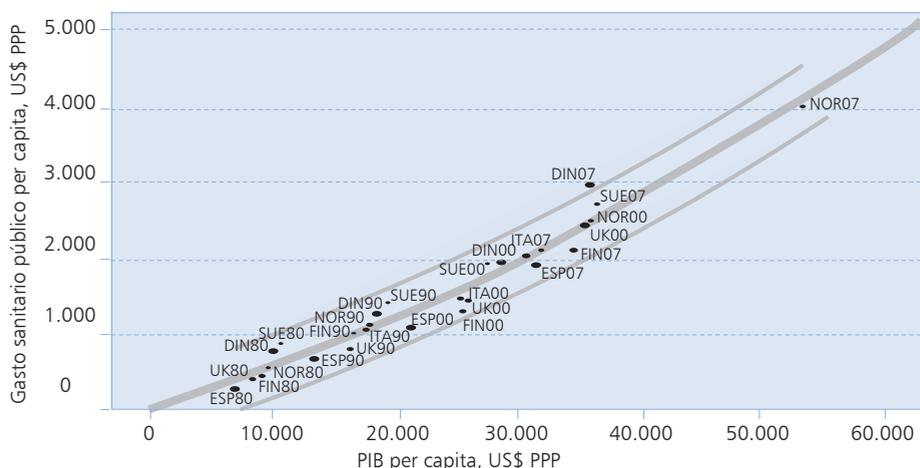
gasto sanitario público “per cápita” para un conjunto de países caracterizados por seguir el modelo Beveridge (Noruega, Dinamarca, Suecia, Reino Unido, Finlandia, Italia y España), y ser europeos, aunque no todos de la UE ni de la UEM. En esta aproximación “España está muy cerca de aquellos niveles de gasto sanitario público que le corresponden: justito en la ‘recta de regresión estadística’ (construida para los años indicados) que se deriva de una estimación objetivada” (López Casanovas, 2010: 29). Es decir, que gastamos lo que nos corresponde según nuestro nivel de desarrollo.

Dando un paso más para profundizar en el estudio podemos tener en cuenta no sólo la renta, sino también un *conjunto de factores o variables* explicativas seleccionados como determinantes de la evolución del gasto, desarrollando un análisis de regresión múltiple. Un ejemplo destacado es el realizado por López Casanovas (2004) para el gasto sanitario nacional “per cápita” en el periodo 1979-1999 y el público “per cápita” en 1981-1997, a partir del panel de países contenido en la base de datos de la OCDE 2003. Con este método, si aplicamos los datos correspondientes a España a las estimaciones según los coeficientes obtenidos podemos comprobar “una muy elevada coincidencia...”

GRÁFICO 5.12

GASTO SANITARIO PÚBLICO Y GRADO DE DESARROLLO ECONÓMICO 1980, 1990, 2000, 2007

PIB “per cápita” versus gasto sanitario público “per cápita”. USD. PPP.



Notas: Los países representados son Noruega, Dinamarca, Suecia, Reino Unido, Finlandia, Italia y España. Años 1980, 1990, 2000, 2007.

Fuente: López-Casanovas, 2010.

entre el *gasto (nacional)* real y el predicho” por el modelo, lo que coincide con la observación gráfica de que “España se sitúa generalmente en la línea de estimación” (p. 60). “Éste es un resultado conocido en las estimaciones. No es cierto que el nivel total agregado “per cápita” del gasto sanitario en España sea inequívocamente bajo. España tiene básicamente el gasto que le corresponde a su estado actual de desarrollo y al conjunto de determinantes conocidos en la literatura e incorporados a la estimación” (p. 61). En cambio, cuando consideramos el *gasto sanitario público* “per cápita” se aprecia un diferencial importante, del 6 al 12%, entre el gasto realmente observado y el que esperaríamos que tuviera España. “Dicho resultado... indicaría que... todo lo demás igual, el gasto sanitario público se sitúa por debajo de lo que corresponde al nivel de desarrollo del país” (p. 63). Aunque el autor previene de posibles distorsiones derivadas de que la estimación considera la totalidad de los sistemas sanitarios occidentales sin tener en cuenta la diversidad en la composición público-privada del gasto (López Casanovas, 2004: 63). Lo mismo comprueban Puig-Junoy, Castellanos y Planas, (2004): “... El nivel de gasto público sanitario por persona a principios del nuevo siglo (consideran el periodo 1991-2001) se encuentra claramente por debajo de lo que sería esperable, atendiendo a nuestro nivel de renta por persona. Si comparamos... con el que por término medio tiene un país con un nivel de renta parecido al nuestro en la OCDE... el gasto público observado en España en el año 2000... es casi el 10% inferior...” (p.122).

Para salvar estos problemas de heterogeneidad entre países o sistemas sanitarios comparados, podemos seguir otro excelente trabajo de López Casanovas y colaboradores (2015), referido al periodo 2000-2011. Nos previenen de que “los sistemas sanitarios son muy diferentes... No se puede tomar como patrón de comparación de un sistema el dato de otro sistema (por ejemplo una media simple) que ni constituye ni se quiere que sea referencia...” (p. 150). También recomiendan tener en cuenta las diferencias de tamaño en población y en PIB, hasta su trabajo ignoradas por la literatura, calculando las ponderaciones oportunas. Si se trata de países de distinto nivel de desarrollo habría que comparar con las cifras de la época en que el tamaño de su población o su nivel de desarrollo fuera similar. Así, “los resultados difieren dependiendo de los refinamientos que el analista introduce en el análisis” (p. 152).

En los datos analizados por estos autores aplicando estas precauciones puede verse que si comparamos el gasto en sanidad público español como porcentaje del PIB con los países *modelo Beveridge*¹, entre 2000 y 2006 el porcentaje español es ligeramente inferior, alcanza medio punto en 2007 y entre

¹ En el modelo Beveridge se incluyen 15 países de la OCDE: Dinamarca, Finlandia, Grecia, Islandia, Irlanda, Italia, Corea, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, España, Suecia, Reino Unido; al modelo Douglas (los proveedores pueden ser privados pero las primas de seguro son deducidas de la nómina) pertenecen 3: Australia, Canadá y Turquía.

2008 y 2010 les supera alrededor de dos décimas. Si ponderamos por PIB, la media de los países Beveridge se desplaza ligeramente hacia arriba y con ella las comparaciones que acabamos de hacer; España tiene valores inferiores todos los años, hasta casi un punto porcentual en 2002, pero desde 2005 no llegan a medio punto. La comparación con los países Bismarck arrojaría mayores diferencias por debajo, pues tienden a gastar más, pero este modelo no es el nuestro (López Casanovas, 2010: 28).

El gasto público “per cápita” sin ponderar es inferior en España todos los años, tanto respecto del conjunto de la OCDE, como de los países Beveridge. Si ponderamos por la población, España también es inferior respecto del conjunto de la OCDE, pero nuestras cifras son sistemáticamente superiores a las de la media de los países Beveridge. Por ejemplo, en 2009 España tendría 2.314 USD mientras que la media para los países Beveridge sería 1.835.

Pero lo más interesante son los resultados de los *modelos* econométricos que estos autores han construido. Nos permiten conocer las diferencias entre los valores reales de España y los valores esperados según el modelo, es decir lo que correspondería a España según las variables explicativas consideradas, que tratan de captar sus características sanitarias y socioeconómicas (PIB “per cápita”, gasto público en sanidad, población y su estructura, consumo de tabaco y de alcohol, obesidad, enfermedades mentales y desempleo). La conclusión general es que éstos “valores reales se sitúan bastante por encima de los valores esperados desde 2007 y por debajo hasta 2004” (López Casanovas, Maynou-Pujorás y Sáez, 2015: 172). Así, el gasto en sanidad público como porcentaje del PIB, se sitúa por debajo en comparación con los países Beveridge (ponderados por su PIB respectivo) desde 2000 hasta 2006 incluido, con una diferencia máxima de menos 0,5% en 2001 y 2002; y por encima desde 2007 con una diferencia máxima de más 0,4% en 2009. En el caso del gasto público en sanidad en términos “per cápita” y con ponderación por población, las diferencias entre valores reales y esperados son positivas (estaríamos gastando “más de lo que nos correspondería” por nuestras características) todos los años estudiados menos 2009. La diferencia máxima con los valores esperados sería, por encima, de unos 280 dólares y por debajo, en 2009, de unos 240 (López Casanovas, Maynou-Pujorás y Sáez, 2015).

En resumen, “el análisis contradice... la proposición tan a menudo avanzada de que los patrones comparativos justifican aumentar el gasto público en sanidad en España... Los datos españoles en general están bastante por encima de lo que resultaría acorde con nuestras características según el modelo, en particular cuando el patrón de referencia son los países que tienen un modelo sanitario Beveridge similar y cuando se tiene en cuenta el PIB de España en cada año en particular” (López Casanovas, Maynou-Pujorás y Sáez, 2015: 173).

CUADRO 5.5

**ESPAÑA. GASTO SANITARIO PÚBLICO. COMPARACIONES CON OTROS PAÍSES.
DISTINTOS PLANTEAMIENTOS Y RESULTADOS**

<i>Estudio</i>	<i>% PIB/per cápita</i>	<i>Ponderación</i>	<i>Modelo</i>	<i>Período</i>	<i>Muestra: OCDE/ Beveridge</i>	<i>Resultado</i>
LC 2004	pc	-	Sí	1981-1997	OCDE	6-12% inferior
PJ, C y P 2004	pc	-	No, sólo renta	1991-2001	OCDE	10% inferior
LC 2010	pc	-	No, sólo renta	1980-2007	Beveridge	En la media
LC <i>et al.</i> , 2015	%PIB	-	No	2000-2011	Beveridge	Próximo media
LC <i>et al.</i> , 2015	%PIB	PIB	No	2000-2011	Beveridge	0,5-1% inferior
LC <i>et al.</i> , 2015	pc	-	No	2000-2011	OCDE y Beveridge	Inferior
LC <i>et al.</i> , 2015	pc	Población	No	2000-2011	OCDE	Inferior
LC <i>et al.</i> , 2015	pc	Población	No	2000-2011	Beveridge	Superior
LC <i>et al.</i> , 2015	PIB	PIB	Sí	2000-2011	Beveridge	Próximo media
LC <i>et al.</i> , 2015	pc	Población	Sí	2000-2011	Beveridge	Superior

Fuentes: López Casasnovas, 2004; Puig-Junoy, Castellanos y Planas, 2004; López Casasnovas, 2010; López Casasnovas, Maynou-Pujoràs y Sáez, 2015.

Nos hemos preguntado también si *debe ser el gasto de los demás la guía a seguir* por España para asignar recursos a nivel macro a sanidad. Como se ha dicho, "...Resulta no sólo arriesgado, sino probablemente inapropiado, tratar de establecer a partir de las comparaciones internacionales valores óptimos (normativos) sobre el nivel de recursos (ya sean físicos –número de camas hospitalarias por 1.000 personas– o monetarios –gasto sanitario público por persona–) del que debería disponer el sistema sanitario de un país" (Puig-Junoy y Castellanos, 2004: 40). En efecto, ya hemos destacado las heterogeneidades entre los sistemas sanitarios de los países. Aunque restringiéramos nuestro foco a los países de la Unión Europea o del euro con sistema Beveridge (Reino Unido, Italia, Irlanda, Portugal y los países nórdicos) nuestra idiosincrasia seguiría siendo bien aparente. Existen diferencias notables en la estructura del gobierno de la sanidad, organización y descentralización territorial, grado de integración de los servicios, formas de contratación y pago de los profesionales sanitarios, utilización de los medicamentos y los demás productos de alta tecnología, con mayor o menor protagonismo de la evaluación de eficiencia. Puede haber igualmente disparidades en el "proyecto de país" deseado, con opción por un sector sanitario muy extenso y con predominio de la financiación y la provisión pública frente a otros proyectos menos "medicalizados" y en los que se prefiera un componente privado más amplio. También puede haber variaciones en el ritmo de la política sanitaria, con decidido impulso, en

determinados momentos y lugares, de la cobertura, la cartera de servicios, las reformas, las inversiones, las mejoras salariales y todo tipo de gastos, frente a países y ocasiones en que se elija una conducta estrictamente conservadora, preocupada por el equilibrio fiscal. A todo ello pueden añadirse diferencias en la coyuntura económica y fiscal que impongan restricciones distintas a los niveles de gasto a corto plazo. Por no hablar de niveles, condiciones y estilos de vida bastante diferentes.

En la Unión Europea se están produciendo notables avances en la armonización de las políticas sanitarias, como se aprecia en la evolución de las propias normas constitucionales de la Unión y en aspectos prácticos, como regulación de los medicamentos, seguridad alimentaria y otros aspectos de salud pública, sanidad transfronteriza, evaluación de tecnologías... etc. La coordinación por la UEM de las políticas económicas, monetarias y fiscales, incrementada a resultas de la crisis económica, está teniendo un extraordinaria importancia para nuestro sector, porque las restricciones macroeconómicas fundamentales derivadas de dicha coordinación marcan con bastante rigor los grados de libertad disponibles para determinar la magnitud del gasto agregado en sanidad. Pero dentro de esta restricción macroeconómica de base, sigue siendo cierto que las decisiones y las opciones fundamentales de política sanitaria pertenecen a cada país. No todo, ni mucho menos, es decidido por las instituciones europeas en Bruselas.

La adopción de estas decisiones de política sanitaria está, pues, aun con las restricciones macro mencionadas, en manos nacionales. Para decidir las racionalmente habrá que contar con los instrumentos de planificación y presupuestación pertinentes. Es decir, con instrumentos de orientación más tecnificados y precisos que la vacilante dirección, genérica y ambigua, señalada por la confusa senda trazada por los jalones construidos con medias de la relación entre gasto y PIB observada en otros países.

¿Tiene entonces alguna utilidad *el PIB como orientación normativa* para determinar el nivel de gasto agregado en sanidad? Como ya acabamos de argumentar es paradójico que "un dato tan genérico y a la vez tan escasamente preciso como la proporción que representa el gasto sanitario respecto al producto interior bruto (PIB) sea utilizado como argumento para justificar la necesidad de aumentar el gasto público en sanidad y en algunos países que se sitúan por debajo de la media internacional..." (Puig-Junoy y Castellanos, 2004: 15). Sin embargo, es cierto que el PIB sintetiza la evolución de la economía nacional y que tomar su crecimiento anual como referente del crecimiento del gasto sanitario, tiene sentido en el seno de cada país para, en términos muy agregados, garantizar que el gasto sanitario, especialmente el público, no va a superarlo sistemáticamente, generando problemas de financiación imposibles

de resolver. Empero, un país podría decidir superar esa referencia conscientemente y de una manera planificada si quisiera que el sector sanitario creciera con respecto al conjunto de la economía, a costa de otros sectores y siempre que se asegurara que no se va a caer en un proceso de déficit y endeudamiento sistemático.

Por otro lado, una vez establecida la regla de que el gasto no ha de superar la evolución del PIB, por delante queda prácticamente todo por hacer en la tarea de asignar recursos a nivel macroeconómico, poniendo en marcha los instrumentos de planificación y presupuestación pertinentes. Hay que decidir la evolución de las retribuciones del conjunto del personal sanitario y sus diferentes categorías, el ritmo de incorporación de nuevas tecnologías, medicamentos, productos sanitarios y equipos, tras una labor de previsión y prospectiva tecnológica a corto, medio y largo plazo; la cuantía y destino de las inversiones; los procesos de desinversión, etcétera.

Como “no existe respuesta técnica a la cuestión de si el gasto sanitario público, en su actual estructura de provisión y financiación, es alto o bajo y si, suponiendo lo segundo, su crecimiento es sostenible en el futuro” (Puig-Junoy, 2004: 1), esos procesos de planificación y presupuestación son, al menos idealmente “resultado de una decisión... política. Ésta se toma a partir de las propuestas electorales presentadas en cada momento, los acuerdos de gobierno necesarios para el ejercicio del poder y la práctica cotidiana de la acción de gobierno que se materializa en el Consejo de Ministros y en la decisión presupuestaria a principios del año fiscal” (*Ibid.*: 1). En la práctica esta racionalidad presupuestaria se ve fuertemente “condicionada por la dificultad que tienen los votantes para identificar las alternativas electorales de financiación y gasto social pues, es común que los partidos apunten hacia principios bastante ambiguos” (*Ibid.*: 1) y por las inercias o “dependencia de senda” característicos de una organización tan grande y compleja como es un sistema sanitario y, desde luego, por la presión de grupos de interés y de presión del sector, cuyos ingresos dependen de los presupuestos de sanidad (A estos factores también se refiere Puig-Junoy, 2004).

5.4. PREVISIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO A CORTO PLAZO

Después de la contracción del gasto público sanitario ocurrida durante la crisis y su pequeña recuperación en 2014 y seguramente un alza significativa en 2015 (en la que no cabe descartar motivos electoralistas al ser éste último año de elecciones)¹ ¿cómo va a evolucionar en el futuro a corto plazo, esto es, en

¹ En los presupuestos agregados del conjunto de las CC.AA. para 2015 la función de sanidad se ve incrementada en un 2,4% en relación al ejercicio anterior (Gobierno de España, 2015).

el cuatrienio 2016-2019? La clave para contestar a esta pregunta la tenemos que encontrar en las decisiones que se acuerdan, después de negociaciones más o menos prolifas y tensas, entre el Gobierno español y los órganos de la Unión Europea sobre los presupuestos de la Administración del Estado y las comunidades autónomas. Es obvio que los presupuestos condicionan fundamentalmente la evolución futura del gasto. Por ello, no cabe duda de que las previsiones más importantes sobre la evolución del gasto sanitario a corto plazo son las que contienen los presupuestos públicos. Aunque son anuales, se enmarcan en una proyección a cuatro años dentro del Programa de Estabilidad y el Plan Presupuestario que las normas de la Unión Europea obligan a elaborar a nuestro Gobierno, como ya vimos en el capítulo III. Sus sucesivas actualizaciones anuales nos pueden servir de hilo conductor pues contienen previsiones del gasto público en sanidad que luego se desarrollan en los presupuestos españoles a todos los niveles de gobierno. Siempre habrá que tener en cuenta, sin embargo, que, por un lado, sanidad es un sector en el que los incumplimientos de los mandatos presupuestarios son muy frecuentes en todos los países y, por otro, los presupuestos son modificables en función de la coyuntura económica.

Las previsiones recientes aparecen en términos de peso relativo sobre el PIB, en los cuadros 5.6 y 5.7. Según el Programa de estabilidad 2016-2019 el gasto sanitario público, después de un repunte en 2015 (6,17%) disminuiría su participación relativa, leve, pero continuamente, desde 5,95% en 2016 hasta situarse en el 5,74% en 2019. Así, se produciría una caída de 0,21 puntos porcentuales en este cuatrienio. En el año récord 2009 el gasto sanitario público alcanzó el 6,8% del PIB según la OCDE y el 6,5% según la EGSP. La reducción hasta 2019 sería del 1,1% si tomamos como referencia a la OCDE. Si comparamos con la EGSP, que seguramente es lo más apropiado pues cabe suponer que los Programas de estabilidad y Planes presupuestarios siguen la metodología EGSP, el descenso del peso del gasto sanitario público sería del 0,8 del PIB.

Obsérvese también que las previsiones sobre el gasto público en sanidad han ido variando a lo largo del tiempo en el sentido de aumentar su peso ligeramente en el PIB: para 2016 se preveía el 5,6% en 2015; el 5,95 en abril de 2016 y el 6,1% en octubre de 2016. Para 2017 se preveía el 5,89 en abril de 2106 y el 6,0 en octubre.

Según estas previsiones gubernamentales el gasto público en su conjunto pasaría del 41,88% del PIB en 2016 al 40,07% en 2019, continuando la marcada caída desde 2012, cuando llegó al 47,95%. La reducción relativa del gasto público agregado sería de un 4,3% y la del gasto sanitario sería de un 3,5% en el cuatrienio. Si tomamos el periodo más largo 2012-2019 (es decir desde cuando empiezan los fuertes ajustes/recortes) las reducciones relativas serían del 16,4% para el total del gasto público y del 7,4% para el gasto en sanidad,

CUADRO 5.6

**ESTRUCTURA DEL GASTO PÚBLICO
ESPAÑA. PREVISIONES 2015-2019. (Porcentaje sobre el PIB)**

<i>Funciones</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Servicios públicos generales	6,46	6,10	5,93	5,78	5,66
Defensa	0,96	0,86	0,88	0,97	0,93
Orden público y seguridad	2,04	1,93	1,92	1,89	1,87
Asuntos económicos	4,21	4,14	4,07	3,92	3,95
Protección del medio ambiente	0,82	0,78	0,78	0,77	0,77
Vivienda y servicios comunitarios	0,48	0,45	0,45	0,45	0,45
Salud	6,17	5,95	5,89	5,81	5,74
Acts, recreativas, cultura y religión	1,11	1,08	1,07	1,06	1,06
Educación	4,03	3,89	3,86	3,81	3,76
Protección social	17,04	16,70	16,40	16,16	15,87
Gasto público total	43,32	41,88	41,24	40,61	40,07

Fuentes: INE, Ministerio de Economía y Competitividad, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Tomado de Gobierno de España (2016a), cuadro 9b.

CUADRO 5.7

**GASTO PÚBLICO EN SANIDAD. SUCESIVAS PREVISIONES 2015-2019
(Porcentajes sobre el PIB)**

<i>Funciones</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Plan presupuestario 2013-2014	--	--	--	--	--
Plan presupuestario 2015	5,7	--	--	--	--
Plan presupuestario 2015-2018	--	--	--	5,3	--
Plan presupuestario 2016	5,8	5,6	--	--	--
Plan presupuestario 2016-2019	6,17	5,95	5,89	5,81	5,74
Plan presupuestario 2017	--	6,1	6,0	--	--

Fuentes: MINHAP, (2012); Gobierno de España, (2014); Gobierno de España, (2015a); Gobierno de España, (2015b); Gobierno de España, (2016a); (Cuadro 9b); Gobierno de España, (2016b).

respectivamente (Gobierno de España, 2016a. Cuadro 9b). Es decir, éste reduciría su peso en el PIB la mitad que el conjunto del gasto público (lo que implica una preferencia relativa por el gasto sanitario).

¿Cómo interpretar estas previsiones a corto plazo?

- En primer lugar hay que decir que los fundamentos y la justificación desde el punto de vista de la planificación presupuestaria que se ofrece en estos documentos de las previsiones sobre gasto en sanidad es muy escasa y tampoco hacen remisiones a documentos más amplios y sólidos. Esto es cierto respecto de las actualizaciones anuales del Programa de Estabilidad y aún más del Plan Presupuestario anual. El documento más completo hasta ahora, el Plan de Estabilidad 2016-2019 (Gobierno de España, 2016a), ofrece los datos de estas previsiones en dos cuadros en un anexo sin ninguna explicación. Los textos relevantes de sus capítulos VI ("Sostenibilidad de las finanzas públicas", punto 6.2. "Estrategia", apartado sobre "Control del gasto sanitario y farmacéutico") y VII ("Calidad de las finanzas públicas", punto 7.1.2. "Revisión del gasto en el presupuesto de las CC.AA.", apartado "Sostenibilidad del gasto sanitario") en realidad no hacen más que pasar revista someramente y de forma acrítica, sin una evaluación sólida, a las medidas ya adoptadas en el pasado. Sorprende esta vista hacia atrás y el pobre tratamiento en documentos fundamentalmente orientados hacia el futuro, que son pilares del sistema de planificación presupuestaria, y sobre un componente del gasto público que supone el 14,5% del total. Las medidas referidas a medicamentos ocupan una parte sustancial de estos textos.
- La imagen general es de una contención e incluso declive del gasto público en sanidad, en términos de su peso sobre el PIB. Pasaría de representar un 6,5% del PIB en el año record 2009, a un 5,7 en 2019 (en términos EGSP). Esto supone prolongar la fractura de su tendencia secular al crecimiento que quebró la crisis. Esta tendencia secular, común a todos los países, refleja fenómenos muy profundos demográficos, tecnológicos y de la organización social que hacen muy difícil su reversión, aunque no es menos cierto que en diversos países y momentos también se quebró en el pasado. Los propios organismos internacionales consideran que los años de crisis han implicado un frenazo pasajero. Son, por tanto, previsiones muy difíciles de cumplir, aunque el conflicto entre continuidad de la tendencia secular y nuestros desequilibrios actuales, especialmente fiscales, es extraordinariamente agudo y resulta delicado despacharlas como imposibles o aún improbables.
- El gasto sanitario público, sin embargo, ganaría peso sobre el gasto público total pues éste se reduciría en términos relativos el doble que el gasto en sanidad.
- Que las previsiones hayan ido variando en el sentido de aumentar el peso del gasto público en sanidad en el PIB puede interpretarse como una expresión temprana de la dificultad de que estos pronósticos a corto plazo se cumplan o de que se verifiquen en su integridad.

- En cuarto lugar al estar calculadas las previsiones en forma relativa, de participación sobre el PIB, su significado depende de la evolución del propio PIB, es decir, del crecimiento económico pronosticado. En el capítulo II ya comprobamos que la previsión del Gobierno en el Programa de Estabilidad 2016-2019 (que es la general establecida por el Gobierno en su cuadro macroeconómico) es que en el cuatrienio se produzca un crecimiento sostenido, “significativamente superior al de la Zona Euro y uno de los más elevado entre las economías avanzadas” (Gobierno de España 2016a: 5). Tras una variación del PIB en 2015 de un 3,2% en términos reales, “se registraría una ligera ralentización hasta 2017 (2,7 y 2,4 en 2016 y 2017) y una suave aceleración en 2018 y el mantenimiento del ritmo de crecimiento en 2019” (2,5 % de crecimiento en ambos años) (Gobierno de España 2016a: 15). A lo largo de 2016 se han confirmado las expectativas optimistas sobre la evolución de la economía española. Sin embargo, anotábamos igualmente en el capítulo II la opinión generalizada sobre unos pronósticos de crecimiento más reducido en el medio plazo, la propia corrección a la baja del propio Gobierno y, sobre todo, los riesgos para el crecimiento y la vulnerabilidad de la economía española que condiciona su evolución a un precario balance de elementos favorables y desfavorables que puede desequilibrarse y comprometer nuestro retorno a una senda de progreso económico. En suma, ofrecíamos una visión un tanto escéptica acerca del crecimiento previsto por el Gobierno. A menor crecimiento económico menores posibilidades de crecimiento del gasto en sanidad.
- Si se mantienen las previsiones del Gobierno sobre el PIB y la contención e incluso el declive del gasto sanitario recién vistas y las estimaciones poblacionales se cumplen, el gasto sanitario aumentaría en términos absolutos y en términos “per cápita”, pues una reducción del gasto total en términos del PIB es compatible con un incremento del gasto real per cápita¹.

Es fundamental comprender que estas previsiones de gasto sanitario no tienen un carácter autónomo, es decir, no son resultado de una planificación de las necesidades sanitarias, de la incorporación de tecnologías o de reformas planificadas del sistema sanitario. Son, en cambio, cotas permisibles en función de la evolución macroeconómica prevista con ciertos modelos agregados en los que la variable más aproximada a las necesidades sanitarias es la población. Estas previsiones están fundamentalmente determinadas por su necesaria sujeción a las restricciones de la política económica general. Como exponemos en la introducción y en las conclusiones de este libro habrían existido y todavía existe la posibilidad de una política económica distinta, emprendida desde las instan-

¹ Con las penúltimas previsiones, una reducción del gasto sanitario de 0,4 puntos porcentuales en su peso sobre el PIB entre 2013 y 2016, vendría acompañada de un crecimiento del gasto per cápita del 1,5%. (Gobierno de España, 2015b: Cuadro 14).

cias españolas y europeas, que mantuviera los objetivos de consolidación fiscal, pero en un cuadro en el que habría de figurar prominentemente una política fiscal activa por la vía de los ingresos y de los gastos. ¿Permitiría dicha política económica distintas mayores holguras en la evolución de nuestro gasto sanitario a corto plazo? Sinceramente creemos que en una medida no muy grande, dadas las incertidumbres del crecimiento económico global a medio plazo y la vulnerabilidad de nuestra economía. El *leit motiv* debe ser por consiguiente, como tanto insistimos en este trabajo, no gastar más sino gastar mejor. Sobre estas cuestiones volvemos en la sección siguiente dedicada al largo plazo.

5.5. PREVISIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO A LARGO PLAZO

¿Cómo podría evolucionar el gasto sanitario en el futuro a largo plazo? ¿Continuará su crecimiento y se mantendrá la tendencia secular al alza observada en el último medio siglo y que vimos al principio de este capítulo? Para contestar a esta pregunta es necesario disponer de una teoría acerca de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario contrastada con los datos. Construir esta teoría ha sido uno de los esfuerzos fundamentales de la Economía de la Salud en las últimas décadas y hoy puede decirse que, en líneas generales, contamos con un cuerpo de doctrina bastante consistente en términos lógicos y en su contrastación empírica.

Parece normal que en los países en desarrollo el gasto en sanidad crezca a lo largo del tiempo a medida que se va mejorando la cobertura y la calidad del sistema sanitario. Pero los gastos en sanidad también aumentan en los países desarrollados y explicar por qué, cuáles son los factores determinantes o causales de dicho crecimiento, su importancia relativa y su magnitud, no es una cuestión ni mucho menos obvia. El cuadro 5.8 recoge los factores que parecen más plausibles y que han sido estudiados ampliamente en la literatura. En un resumen apresurado podemos decir que la respuesta ha sido concretada por la investigación en cuatro de estos factores: los cambios demográficos, el crecimiento de la renta, las nuevas tecnologías sanitarias, y las características institucionales de los sistemas de salud (véanse las dos revisiones fundamentales: Gerdtham y Jönsson, 2000; Chernew y Newhouse, 2012).

La hipótesis que defiende que el cambio demográfico fundamental que supone el *envejecimiento* de la población es el factor decisivo se basa en los datos contundentes que nos ofrece la demografía de muchos países desarrollados: las pirámides de población se ensanchan por arriba, el grupo de las personas mayores cada vez pesa más. Por otro lado, es una verdad de perogrullo como dice Casado (200), que el gasto sanitario de los mayores es, en un momento dado del tiempo, más elevado que el de los más jóvenes. En España

al principio del milenio el gasto sanitario medio de los mayores de 75 años era cuatro veces superior al de las personas entre 26 y 30 años y el gasto hospitalario en las edades más avanzadas multiplicada por ocho el de las personas en edades entre 1 y 25 años (Ahn, Herce y Alonso, 2003). Si se verifica la hipótesis pesimista de la "expansión de la morbilidad", que considera que lo más probable es que las personas mayores padezcan enfermedades crónicas costosas, la morbilidad aumentaría con los años y las ganancias en longevidad consistirían en años de mala salud (Gruenberg, 1977). Así, habría que esperar que el envejecimiento causara un fuerte crecimiento del gasto sanitario en el futuro.

Pero otra visión ha ganado mucho crédito en los últimos años entre expertos en salud pública, demógrafos, economistas y sociólogos: no es el envejecimiento el causante del gasto sanitario sino la proximidad a la muerte, pues se concentra intensamente en los últimos meses de la vida. El primero que avanzó y documentó esta hipótesis fue Víctor Fuchs en 1984. Zweifel, Felder y Meiers (1999) fundamentaron empíricamente con gran solidez esta visión. Justificaron que atribuir el crecimiento del gasto sanitario a la progresión del envejecimiento

CUADRO 5.8A

AUMENTO DEL GASTO SANITARIO A LARGO PLAZO. POSIBLES EXPLICACIONES DEL LADO DE LA DEMANDA

Los individuos demandan más servicios/bienes sanitarios y frecuentan más los servicios. ¿Por qué?

- LAS PREFERENCIAS de los ciudadanos privilegian la salud
- RENTA: A mayor renta, mayor demanda (elasticidad mayor que uno)
- FACTORES INSTITUCIONALES
 - ✓ Salud → bien tutelable ← Estado
 - ✓ Generalización de los seguros sanitarios privados y públicos
 - Europa: Seguridad Social, Sistemas nacionales de salud
 - EE.UU.: programas estatales desde 1965
- FACTORES POBLACIONALES
 - ✓ Aumento de población
 - ✓ Cambios en mortalidad y morbilidad
 - ✓ Enfermedades crónicas y degenerativas
 - ✓ Nuevas enfermedades (VIH, SARS, Gripe aviar, Gripe A...)
 - ✓ Longevidad/Envejecimiento
 - España: 40% del gasto → Mayores de 65 años
 - Cambios en la familia
- BENEFICIOS FISCALES

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 5.8B

AUMENTO DEL GASTO SANITARIO A LARGO PLAZO. POSIBLES EXPLICACIONES DEL LADO DE LA OFERTA

- El conjunto de bienes/servicios incorpora innovaciones y cambia en el tiempo. Innovación tecnológica
- La calidad puede mejorar. No sólo importan precios y cantidades
- “Estilos de ejercicio” de la medicina
- La especialización eleva salarios
- Intensidad de recursos por acto médico
- Inflación en el sector sanidad ¿mayor que la media?
- Estancamiento de la productividad: hipótesis de Baumol
- Intereses industriales

Fuente: Elaboración propia.

implica una confusión que deriva de que la etapa previa al fallecimiento implica altos costes a cualquier edad y de que la muerte sobreviene a edades cada vez más avanzadas, o que la proporción de individuos que se encuentran en el último año de vida aumenta rápidamente con la edad.

Las hipótesis optimistas del “envejecimiento saludable”, según la cual las ganancias de longevidad consisten en años de buena salud (Manton, 1982); la de la “compresión de la morbilidad”, según la cual las ganancias de longevidad son compatibles con una compresión del tiempo de enfermedad hacia el fin de la vida (Fries, 1980) y la hipótesis del “equilibrio dinámico” (más años de vida con morbilidad menos grave y menos incapacidad) serían complementos lógicos compatibles con destacar la proximidad a la muerte.

La confirmación empírica todavía no es completa. Hay estudios que apoyan las tres hipótesis, pero algunas investigaciones apuntalan fuertemente la compresión de la morbilidad y calidad de vida creciente de los mayores (Fries 2003, 2005). Cutler, Gosh y Landrum (2014), con muy firme apoyo empírico, prueban que la esperanza de vida libre de discapacidad aumenta a lo largo del tiempo, aunque si la medida utilizada es la supervivencia libre de enfermedad, la compresión de la morbilidad no es tan clara. Algunos estudios recientes en España concluyen que el envejecimiento ha supuesto un aumento del gasto por persona muy moderado: entre el 0,3% y el 0,5% anual. Es decir, un aumento de menos de 10 euros de cada 100 de incremento real del gasto. No habría evidencia de que el envejecimiento, por sí sólo y como factor exógeno o inevitable, constituya una amenaza para la sostenibilidad financiera de los sistemas sanita-

rios públicos. La tecnología y el aumento de la prestación real media serían más importantes (Casado, Puig-Junoy y Puig Peiró, 2009).

Sin embargo, más allá del comportamiento de este comportamiento de la morbilidad o “factor epidemiológico”, hay que tener en cuenta el “factor asistencial”, la respuesta que damos a los problemas de salud (Casado, 2000). “Su comportamiento futuro dependerá de cómo los sistemas sanitarios de los distintos países aborden la organización de sus servicios y, más concretamente, de cómo gestionen no sólo los nuevos tratamientos médicos que aparezcan en el futuro, sino también las opciones asistenciales ya existentes hoy en día” (*Ibid.*: 161). Ni la cuantía de los recursos destinados a los servicios sanitarios ni el modo en que se organicen están predeterminados por ninguna ley natural (*Ibid.*). Distintas políticas sanitarias pueden cambiarlos a lo largo del tiempo (Casado, 2000).

El crecimiento de *la renta*, es decir la mejora a lo largo del tiempo de los ingresos de las familias, principal resultado del crecimiento económico, es otro factor decisivo que explica el crecimiento del gasto sanitario. Newhouse ya en 1977, con un estudio trasversal de países muy simple, comprobó que el 92% de las variaciones en gasto sanitario son explicadas por las variaciones en el PIB. Además, proporcionó una muy plausible y elegante teoría para explicar por qué en los países desarrollados seguiríamos incrementando nuestro gasto en sanidad, incluso cuando ya no contribuye a mejorar la morbilidad ni la mortalidad: porque queremos recibir no sólo curación, sino también “cuidados” personales que pueden contribuir mucho a nuestra calidad de vida (aunque este término se acuñaría después). Más recientemente se ha comprobado que la renta explicaría una parte importante del crecimiento del gasto sanitario (29 al 43% – mayor que en otros estudios) (Smith, Newhouse y Freeland, 2009; Chernew y Newhouse, 2012).

También se ha hallado que *las características institucionales* diferenciales de los sistemas de salud influyen en el gasto sanitario. Entre ellas se han destacado las siguientes:

- Invertir a los médicos de atención primaria de autoridad como “guardianes” o “porteros” del acceso a los servicios sanitarios especializados (función de *gatekeeper* en inglés). Tienen atribuida esta función, por ejemplo, en el Reino Unido o en España pero no en Francia.
- Controlar la oferta de proveedores de servicios, por ejemplo planificando y restringiendo la educación universitaria y el acceso al ejercicio de la profesión médica.

- La remuneración de los servicios según la fórmula del “pago por acto”, característica tradicionalmente de la medicina privada y muy diferente en sus efectos sobre el gasto del pago “per cápita” o del pago por salario. El diseño de sistemas de pago óptimos es otra de las áreas que concentra muchos esfuerzos de investigación de la Economía de la salud.
- El “efecto Baumol” (1967), llamado así en honor del economista que lo describió, es decir, la dificultad de lograr ganancias de productividad debido a la naturaleza de servicio personal que tiene la atención sanitaria.

Sin embargo, el factor determinante por excelencia o el motor más potente del gasto sanitario es *la innovación tecnológica* en todos sus frentes. “Observamos que el gasto crece persistentemente. Ello exige que por lo menos una variable cambie continuamente y la variable más frecuentemente identificada como la que experimenta un cambio continuo es la tecnología médica definida en sentido amplio” (Chernew y Newhouse, 2012: 1). Los estudios sobre las causas del crecimiento del gasto son de dos tipos. Unos se basan en el método del residuo, que establece relaciones con otras variables que cambian en el tiempo y atribuye a la tecnología (no observable directamente) la parte de crecimiento del gasto que estas variables no explican. El método “afirmativo”, en cambio, analiza la contribución de tecnologías determinadas al gasto, en general considerando enfermedades concretas (Chernew y Newhouse, 2012). Por ambos métodos se llega a la misma conclusión: “...la tecnología médica, modulada por las condiciones del mercado, aparece, en una apreciación de conjunto, como el motor primordial del crecimiento del gasto sanitario” (Chernew y Newhouse, 2012: 25).

Newhouse en su estudio seminal de 1992 (que atribuye a la tecnología no observable el residuo del crecimiento del gasto no explicado por otros factores) concluyó que en el medio siglo precedente, la innovación tecnológica explicaba por lo menos la mitad del crecimiento del gasto sanitario y en los Estados Unidos aún más, hasta el 75% (Newhouse, 1992). Okunade y Murthy (2002) establecieron una relación a largo plazo entre renta disponible, progreso técnico (aproximado por el gasto en I+D) y gasto sanitario per cápita real y comprobaron que era estadísticamente significativa y robusta. Smith, Newhouse y Ffrench (2009), con nuevos datos sobre 23 países de la OCDE y métodos más avanzados, concluyeron que la innovación tecnológica explica del 27 al 48% del crecimiento del gasto sanitario desde 1960 (una contribución menor que la estimada anteriormente); la renta, como hemos visto más arriba, una cantidad similar (29 al 43%) –mayor que en otros estudios– y ambos factores se reforzarían mutuamente; el crecimiento de los precios de los servicios médicos supondría entre el cinco y el 19% mientras que los efectos demográficos sólo el 7%. En estudios de la OCDE sobre el periodo 1995-2009 se ha comprobado

que la renta explicaría el 42%, la demografía el 12% y la tecnología el 46% del crecimiento del gasto sanitario (De la Maisonneuve y Oliveira Martins, 2013).

La amplia revisión de Chernew y Newhouse (2012) concluye que, al menos para los países de renta alta “Las pruebas científicas sugieren que un determinante primordial del crecimiento del gasto es el desarrollo, la adopción y la difusión de nueva tecnología médica...” (*Ibid.*: 7)¹. La importantísima inferencia que inmediatamente podemos extraer de esta comprobación es que como la innovación tecnológica no tiene límite y seguirá progresando en el futuro, el gasto sanitario también tendrá una evolución creciente. En los años venideros el gasto sanitario seguirá aumentando porque por el lado de la demanda las personas estamos dispuestas a pagar por las innovaciones que curan enfermedades, o mejoran la calidad de vida, y por el lado de la oferta la innovación seguirá brindando aportaciones que satisfacen esas demandas. El problema, que en definitiva es el tema de este libro, es la restricción presupuestaria. “Aunque en los datos históricos no encontremos disminuciones persistentes de la velocidad de crecimiento del gasto sanitario, su tasa de crecimiento no puede superar indefinidamente la del crecimiento de la renta... En última instancia tendremos que desarrollar un sistema de financiación que sea sostenible en el largo plazo. Tal sistema, por su propia naturaleza, tendrá que alterar el proceso por el cual la innovación se incorpora al ejercicio de la medicina.” ¿Cómo será este sistema? “La respuesta dependerá... del impacto de las diferentes estrategias de crecimiento del gasto y su capacidad de preservar todo el acceso que sea posible a las innovaciones médicas más beneficiosas.” (Chernew y Newhouse, 2012: 37-38).

Sobre esta base teórica ¿qué previsiones se han calculado para la evolución del gasto sanitario a largo plazo? La Comisión Europea, en colaboración con el Comité de Política Económica, por mandato del Consejo de Ministros de Finanzas (ECOFIN), realiza periódicamente un informe sobre las consecuencias presupuestarias a largo plazo del proceso de envejecimiento de la población europea. Se ha publicado ya en cinco ocasiones, la primera en 2001 y la más reciente en 2015 (Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2015). Toma por base las proyecciones de población de Eurostat y cubre los siguientes campos: pensiones, asistencia sanitaria, atención a largo plazo, educación y prestaciones por desempleo. Incluye previsiones hasta 2060 para todos y cada uno de los Estados miembros, para la eurozona y para el conjunto de los 28 países de la Unión Europea. Además de las previsiones demográficas también sirven de base una serie de hipótesis sobre las variables macroeconómicas relevantes que permiten llegar a calcular una previsión de la evolución del Producto Interior Bruto hasta 2060 (Comisión Europea y Comité de Política Económica,

¹ Sin embargo otras investigaciones han encontrado que el envejecimiento es el primer factor: Dormont, Grignon y Huber, 2006.

2014). Aplicando modelos de simulación y teniendo en cuenta diversos escenarios se llegan a establecer las previsiones para los distintos capítulos de gastos mencionados. El informe resalta que los resultados no deberían tomarse como previsiones reales del gasto, sino como una herramienta analítica útil para crear conciencia sobre las posibles tendencias futuras del gasto en asistencia sanitaria, así como el papel que desempeñarán los mayores determinantes de dicho gasto y su impacto potencial en el largo plazo en la sostenibilidad de las finanzas públicas. Por lo tanto, los niveles de gasto de atención de salud proyectados deben interpretarse con prudencia (Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2012 y 2015).

Como hemos dicho, en la base de estos cálculos acerca de la evolución futura del gasto sanitario y los cuidados de larga duración están las proyecciones poblacionales. Se espera que Europa se torne "crecientemente gris" con un progresivo ensanchamiento por arriba de las pirámides de población, en respuesta a la evolución de la tasa de fertilidad, la prolongación de la esperanza de vida y los movimientos migratorios. La tasa de dependencia demográfica de los mayores (proporción de las personas de 65 años o más sobre la población entre 15 y 64 años) se prevé que se incremente del 27,8% al 50,1% en el conjunto de la Unión Europea, lo que implica pasar de cuatro personas en edad de trabajar a sólo dos, para cada persona mayor de 65 años. Para España se espera que entre 2013 y 2060 la tasa de fertilidad pase de 1,32 a 1,55; que la esperanza de vida al nacer pase para las mujeres de 85,2 a 90,0 años y para los hombres de 79,5 a 85,5. El saldo migratorio pasaría de menos 310,9 miles a más 275,0 miles. La población mayor de 65 años representaría el 17,9% en 2013 y el 30,0% del total en 2060.

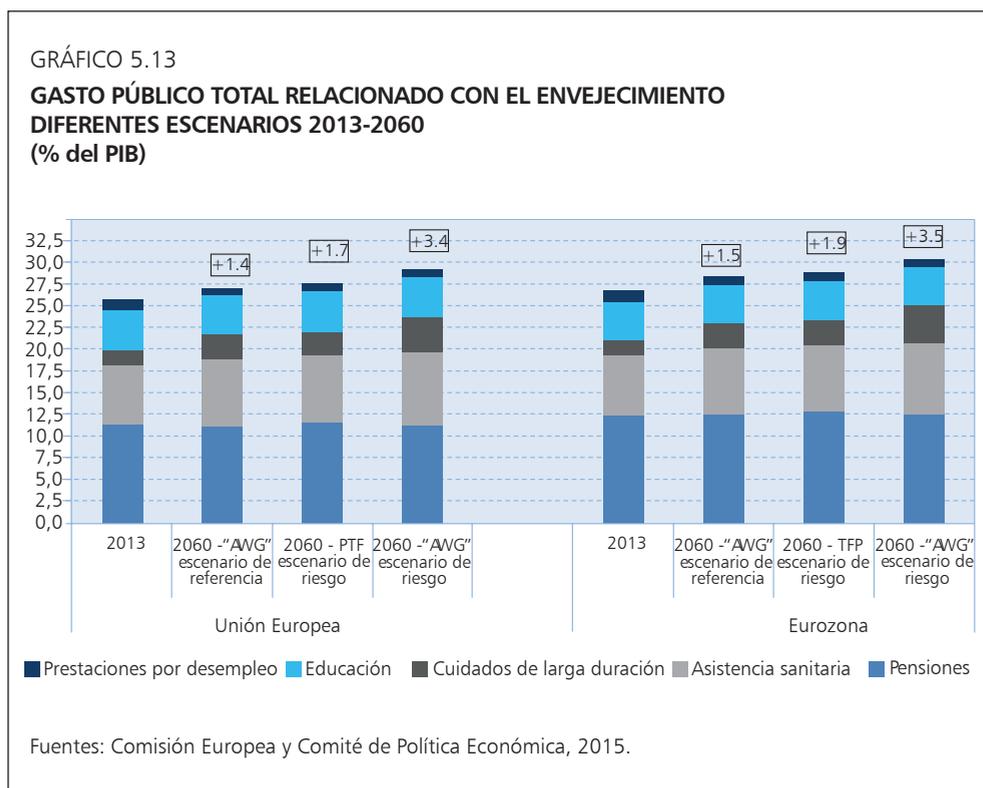
En cuanto a las variables macroeconómicas en el escenario base se prevé para el conjunto de la UE que la tasa de variación del PIB evolucione de una manera estable en el largo plazo, aunque menor que en las décadas pasadas. La fuerza de trabajo disminuiría a partir de 2023 y su contribución al crecimiento sería negativa a lo largo de todo el periodo. La productividad total de los factores convergería hacia un crecimiento del 1%, que es mayor que los bajos niveles recientes, y compensaría la reducción de la fuerza de trabajo. Así el PIB crecería a una tasa del 1,1% hasta 2020 y después al 1,4-1,5%. En la eurozona la evolución sería parecida.

El impacto fiscal agregado del envejecimiento sería alto para el conjunto de los Estados miembros. Se espera que en 2060 el gasto agregado relacionado estrictamente con el envejecimiento (sin tener en cuenta las prestaciones por desempleo) aumentaría casi dos puntos porcentuales sobre el PIB, (1,9 en la zona del euro).

Como las previsiones se ven afectadas por un alto nivel de incertidumbre el informe considera dos escenarios de riesgo. El primero recoge la posibilidad de que la productividad total de los factores crezca a un ritmo menor que en el caso base. El segundo, llamado "AWG risk scenario", recoge la posibilidad de que se mantengan en el futuro las tendencias observadas hasta la actualidad a la incorporación de progreso técnico que empujan al alza el gasto sanitario, así como la convergencia en cobertura y costes sanitarios hacia la media de la Unión Europea de los países que actualmente no la alcanzan.

El gráfico 5.13 recoge los distintos impactos del crecimiento del gasto relacionado con el envejecimiento de los tres escenarios mencionados. Como se ve en el escenario AWG, que supone una evolución sostenida de la innovación, el gasto total relacionado con el envejecimiento aumentaría en la eurozona en 3,5 puntos porcentuales sobre el PIB.

Las proyecciones específicas para asistencia sanitaria incluyen escenarios que tratan de reflejar la influencia de los distintos determinantes del gasto público de los que el informe hace un interesante resumen. En general no se



tienen en cuenta posibles cambios futuros de política sanitaria, sino sólo los efectos sobre el gasto de los niveles de necesidad resultantes de las diferentes hipótesis que caracterizan cada escenario. Los elementos comunes a todos son las proyecciones de población, la fuerza de trabajo y las variables macroeconómicas. Las simulaciones tratan de reflejar cambios en la estructura demográfica, la esperanza de vida y el estado de salud de la población, los costes al final de la vida, la elasticidad de la demanda de asistencia sanitaria respecto de la renta mayor que uno, pero convergiendo hacia uno al final del periodo, y diferentes patrones de costes unitarios y de la convergencia en costes. Los escenarios resultantes son doce que se describen someramente en el anexo a este capítulo.

Entre los escenarios que más nos interesan el primero es el de “determinantes no demográficos”, entendiéndolo por tales la renta monetaria, la tecnología y las instituciones. Éstos han sido los factores de crecimiento del gasto más dinámicos en el pasado y, como ya hemos dicho, hay que esperar que lo continúen siendo en el futuro, especialmente la innovación tecnológica. Pues bien, este escenario sería aquél en el que el gasto sanitario público crecería más. Alcanzaría el 6,5; 8,3% y 8,6% en 2020, 2040 y 2060, respectivamente. El escenario base es el llamado por el Informe “escenario de referencia del Comité de Política Económica”. Combina los supuestos de los escenarios “demográfico”, “salud constante” y “elasticidad renta”. Supone que la elasticidad de los gastos de asistencia sanitaria con respecto a la renta es 1,1 al comienzo y converge a uno al final del período y que la mitad del tiempo ganado en esperanza de vida discurrirá en buena salud. El “escenario de riesgo AWG” combina los dos anteriores. Mantiene este último supuesto y para no infravalorar los niveles futuros de gasto impulsados por variables no demográficas intenta tener en cuenta los cambios tecnológicos y los mecanismos institucionales que han estimulado el crecimiento del gasto en las últimas décadas¹.

Los resultados se recogen en los cuadros 5.9A y 5.9B. El escenario que parece más plausible, en función de los argumentos que hemos explicado en este capítulo, es el de “riesgo AWG”. El gasto sanitario público aumentaría medio punto ya en 2020, y en 2040 dos puntos, llegando al 7,8% del PIB, nivel en el que se mantendría hasta 2060. Esto significa en términos porcentuales un incremento del 33%.

EL gráfico 5.14 compara estas previsiones con las de otros países y la zona del euro. España sería el país en el que el gasto crecería más aceleradamente. Aumentaría 1,3 puntos hasta 2030 (la eurozona 0,8) y 1,9 hasta 2060 (frente a 1,5 de la eurozona), aunque quedaríamos 0,6 puntos porcentuales por debajo de los países del euro en ambos horizontes. También hemos recogido en los cuadros 5.9A y

¹ Utiliza una variable *proxy* de los costes no demográficos y el residuo resultante se traslada a una elasticidad media para toda la UE de 1,4 que converge a uno hasta el final del periodo. Esta elasticidad se añade al efecto del envejecimiento resultante del escenario demográfico.

CUADRO 5.9A

**INFORME SOBRE EL ENVEJECIMIENTO 2015. PROYECCIONES PRESUPUESTARIAS. 2013-2060
ESCENARIO BASE (% del PIB)**

	<i>España</i>				<i>Zona del euro</i>			
	<i>2013</i>	<i>2020</i>	<i>2040</i>	<i>2060</i>	<i>2013</i>	<i>2020</i>	<i>2040</i>	<i>2060</i>
Gasto público en asistencia sanitaria	5,9	6,2	7,0	7,0	7,0	7,2	7,7	7,7
Gasto público en cuidados de larga duración	1,0	1,2	1,6	2,4	1,7	1,9	2,4	3,0

Fuentes: Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2015.

CUADRO 5.9B

**INFORME SOBRE EL ENVEJECIMIENTO 2015. PROYECCIONES PRESUPUESTARIAS 2013-2060
ESCENARIO DE RIESGO "AWG" (INNOVACIÓN CRECIENTE)
(% del PIB)**

	<i>España</i>				<i>Zona del euro</i>			
	<i>2013</i>	<i>2020</i>	<i>2040</i>	<i>2060</i>	<i>2013</i>	<i>2020</i>	<i>2040</i>	<i>2060</i>
Gasto público en asistencia sanitaria	5,9	6,4	7,8	7,8	7,0	7,4	8,3	8,4
Gasto público en cuidados de larga duración	1,0	1,3	2,1	3,9	1,7	2,0	3,0	4,3

Fuentes: Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2015.

5.9B las previsiones para el gasto público en cuidados de larga duración. Tendrían un incremento importantísimo, prácticamente cuadruplicando su peso sobre el PIB.

Las previsiones anteriores pueden ser conservadoras y minusvalorar el crecimiento futuro del gasto sanitario público. Habría tres razones para fundamentar esta opinión. Primero, el crecimiento del gasto sobre el PIB fue más rápido en el pasado. Segundo, influyen las más recientes proyecciones de población de Eurostat que prevén una estabilización de la población española a largo plazo en torno a los 46 millones de personas, frente a proyecciones anteriores que contemplaban un crecimiento significativo. La corrección se debe a la disminución de la población inmigrante. Pero las previsiones demográficas se construyen bajo estrictos supuestos de continuidad de la situación concreta en que se efectúan y el momento elegido es precisamente cuando el crecimiento aún no había remontado. No parece aventurado conjeturar que si el crecimiento se mantiene, la inmigración y con ella la población española podrían tener una evolución más dinámica en el futuro. En tercer lugar también el momento temporal origen de las previsiones, 2013, afecta a la relación entre gasto sanitario

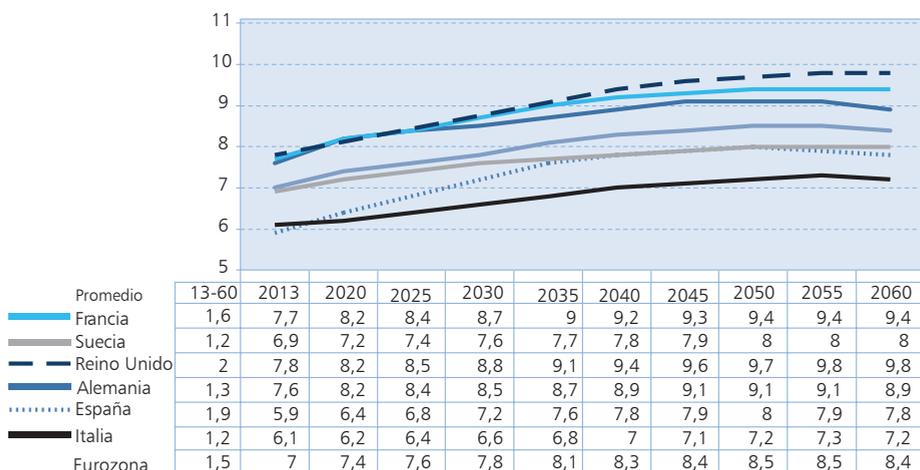
público y PIB, que ese año fue una de las más bajas en los tiempos recientes, como consecuencia de las estrictas políticas de ajuste y recortes.

Estas últimas son razones adicionales para suscribir las conclusiones del informe. "A pesar de la incertidumbre, todos los escenarios para casi todos los Estados Miembros apuntan a presiones continuas y considerables sobre el gasto público en asistencia sanitaria, incluso bajo hipótesis conservadoras" (p. 140). "El envejecimiento, así como los factores no demográficos que impulsan el gasto público en asistencia sanitaria seguirán comprometiendo la sostenibilidad de las finanzas públicas en el largo plazo. Equilibrar las necesidades de asistencia sanitaria de la población europea con los recursos disponibles, así como realizar esfuerzos continuos para incrementar la eficiencia y la calidad del suministro de servicios sanitarios continuarán siendo capítulos destacados del orden del día de las reformas políticas y económicas de los Estados Miembros" (p. 141).

El Programa de Estabilidad actualizado para 2015-2018 (Gobierno de España, 2015: 15-18) contiene proyecciones presupuestarias a largo plazo. Están basadas precisamente en las que acabamos de analizar del Informe de 2015 sobre el envejecimiento del Comité de Política Económica y de la Comisión Europea.

GRÁFICO 5.14

PREVISIONES DEL GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA. 2013-2060. ESCENARIO "AWG" DE RIESGO
(En % del PIB)



Fuentes: Comisión Europea y Comité de Política Económica 2015.

CUADRO 5.10

**PROYECCIONES 2013-2060 DEL GASTO PÚBLICO ASOCIADO AL ENVEJECIMIENTO
(% del PIB)**

	<i>Incremento 2013-2060</i>	<i>2013</i>	<i>2020</i>	<i>2030</i>	<i>2040</i>	<i>2050</i>	<i>2060</i>
Gasto total (1+2+3+4+5)	-0,8	25,4	25,0	23,5	24,2	25,7	24,6
1. Pensiones	-0,8	11,8	11,8	11,2	11,9	12,3	11,0
2. Sanidad	1,1	5,9	6,2	6,6	7,0	7,1	6,9
3. Cuidados larga duración	1,4	1,0	1,2	1,3	1,6	2,1	2,4
4. Educación	-0,8	4,6	4,1	3,4	3,1	3,6	3,7
5. Desempleo	-1,7	2,2	1,7	1	0,6	0,6	0,5

Fuentes: Informe sobre el envejecimiento 2015. Tomado de Gobierno de España. Actualización del Programa de Estabilidad 2015-2017 (2015).

Como se aprecia si comparamos los cuadros 5.6 y 5.10 el escenario considerado es el escenario base, que ya hemos argumentado que es una previsión muy conservadora. Por lo menos se deberían haber recogido las previsiones del escenario de riesgo que da protagonismo a la innovación tecnológica. Esta observación tiene la mayor importancia pues demuestra que las previsiones a largo plazo sobre gasto sanitario de nuestro Gobierno y su encaje macroeconómico no son realistas y cabe vaticinar que serán superadas por la realidad.

5.6. SÍNTESIS

El crecimiento del PIB dedicado a la asistencia sanitaria es una de las transformaciones más notables de las economías desarrolladas en las últimas décadas. Es clara y universal la *tendencia secular al crecimiento del gasto sanitario nacional*, aunque ha habido épocas en que se contiene o incluso disminuye. En 1970 en los países europeos más grandes suponía entre el 4% y el 6% del PIB. En 2015 entre el 9% y 11%. La misma tendencia al crecimiento secular se observa en el gasto sanitario público, aunque con mayores oscilaciones. Ha pasado en dichos países del rango 2,5-4,0% al 6,5-8,5%. En España, el gasto público en sanidad entre 1970 y 2015 se multiplicó por más de 2,5 en términos reales.

La crisis internacional desencadenada en 2007-2008 afectó profundamente a nuestro sector sanitario:

- En España, en 2009-2013, el gasto público total en sanidad (corriente), a precios constantes, se redujo un 13,1%.

- En valores “per cápita” nominales (precios y PPP corrientes) en 2013 ascendía a 2.093 dólares USA (1.410 euros), frente a 2.219 dólares USA (1.575 euros) en 2.009.
- La participación del gasto sanitario público corriente en el PIB también disminuyó: desde el 6,8% de 2.009 hasta el 6,4% en 2013 y el 6,3% en 2014 (la reducción fue superior a la del PIB).
- La gravedad de la crisis se aprecia si consideramos que las administraciones públicas en España disminuyeron su gasto por persona en sanidad de 1.575 euros en 2009 a 1.410 euros en 2013, mientras que Alemania (prácticamente sin crisis), lo aumentó de 2.804 a 3.221 euros en dichos años (euros corrientes).
- Cuando el gasto sanitario público per cápita en España toca fondo en 2013, su nivel de 1.408 euros (precios de 2014), era aproximadamente el mismo que el de 2006, siete años antes. (Todos los datos anteriores son de OCDE, 2016a).
- La disminución se concretó en reducciones salariales y de efectivos en las categorías profesionales inferiores, de precios de los medicamentos y en la práctica eliminación de las inversiones y fue especialmente intensa en los servicios primarios de salud.

Antes de la crisis nos contábamos entre los países con mayor gasto público farmacéutico “per cápita” del mundo, por encima de la media de la zona del euro. Pero su ajuste, principalmente vía precios, fue muy intenso y explica en buena parte la reducción del gasto sanitario total. Entre 2009-2013 el gasto en farmacia extrahospitalaria descendió un 22,4, aunque en varios países de la OCDE disminuyó aún más. La fenomenal expansión previa a la crisis de las compras de medicamentos por los hospitales también se consiguió contener, pero desde 2014 ha vuelto a dispararse por efecto sobre todo de los medicamentos contra la hepatitis C.

Esta fuerte contracción del gasto sanitario una vez iniciada la crisis debe ser vista en perspectiva, aunque las *matizaciones* que siguen ni niegan los grandes problemas resultantes, ni convalidan la política de recortes lineales seguida.

- Primero, la contracción sucede a un periodo de fortísimo crecimiento. El gasto público en sanidad entre 2000 y 2009 se multiplicó por un espectacular factor de más de 1,85, creciendo en este periodo a una tasa media anual del 5,5%, frente al 4,2% de la OCDE en su conjunto. Así, se incrementó en 4,4 veces con relación al PIB real (en la OCDE 2,2 veces). El gasto

nacional y el gasto público en sanidad españoles alcanzaron ambos un máximo histórico en 2009 representando sobre el PIB el 9% el primero y el 6,8% el segundo.

- El total de empleados del sistema sanitario público entre 2006 y 2011 aumentó un 22,9 %.
- Segundo, la caída en España, es inferior a la observada en otros países de la UE parcial o totalmente rescatados. En gasto por persona la posición de España entre los países miembros del euro se ha mantenido: era la décima en 2009 antes de los recortes y es la décima en 2013 (datos de la OCDE).
- Tercero, la observación fundamental, que se desarrolla en mucho puntos de este libro, es que el nivel de gasto no determina por sí solo el nivel de salud de la población, ni la calidad del sistema sanitario.

La pregunta fundamental es si esta muy importante contracción del gasto ha afectado a la salud de los ciudadanos. ¿La crisis mata? ¿Los recortes en sanidad matan? Son dos preguntas distintas. Para darles respuesta todavía es pronto y las dificultades metodológicas implicadas son muchas. Las revisiones más solventes de la literatura científica –como la de González López-Valcárcel y Barber, antes citada– aprecian que los resultados obtenidos no parecen concluyentes. No se han identificado efectos sistemáticos negativos sobre la salud de la población general y no se ha detectado con claridad un deterioro de la salud de los inmigrantes. Sin embargo, se ha comprobado que ha empeorado la salud mental, aunque atribuible antes al desempleo que a los recortes en sanidad; que las poblaciones más vulnerables (niños, personas desahuciadas de sus viviendas) se han visto más afectadas por la crisis; que se ha exacerbado la desigualdad y que las listas de espera han empeorado significativamente. Estas precisiones son muy útiles para corregir el tiro de las críticas y, sobre todo, orientar políticas alternativas, no necesariamente sanitarias sino multisectoriales, que deberían enfocarse hacia los desempleados, los vulnerables y la lucha contra la desigualdad en salud. En todo caso, estas consecuencias demostradas por los estudios con base empírica son tan negativas que la experiencia debería convencernos a todos –también al sector sanitario– de que debemos poner todos los medios para superar las vulnerabilidades de la economía española y evitar nuevas crisis macroeconómicas en el futuro.

¿Cómo afecta a sanidad la recuperación iniciada en 2014? La opinión común de los organismos internacionales y los expertos espera que la moderación del crecimiento del gasto, impuesta por la crisis económica, sea transitoria. En España, el gasto público total en sanidad ya ha repuntado ligeramente en 2014 y con mayor fuerza en 2015. Antes de examinar las previsiones acerca de su evolución a corto y largo plazo conviene detenerse un momento y volver la vista atrás, a la forma en que se afrontó la crisis en nuestro país.

Tras los argumentos y los datos vistos hasta aquí *el balance que podemos hacer de la política sanitaria española desde el comienzo de la crisis* es bastante desolador. No negamos la necesidad que la crisis impuso de reducir el gasto sanitario. Nuestro problema no es qué se hizo, sino cómo se hizo. Es impensable, como ya dijimos en la introducción, que el sector sanitario, por su dimensión y su capacidad generadora de gasto y déficit y la dificultad de su gestión, de una forma o de otra no sea objetivo de las políticas de consolidación fiscal. Sin embargo, éstas no tienen por qué consistir simplemente en recortes lineales del gasto, como ha sido el caso en nuestro país. Pueden afectar relativamente menos a sanidad que a otras áreas; afectar más a precios que a cantidades (reducir precios de insumos –como productos farmacéuticos u otros– o a salarios, frente a mantener el volumen de prestaciones; lo que equivale a repartir desigualmente los recortes o ajustes entre los distintos agentes (suministradores, personal o los pacientes); y, sobre todo, podrían orientarse preferentemente hacia ganancias de eficiencia más que a reducciones de gasto, mediante reformas estructurales.

Una disminución del gasto acompañada de reformas estructurales podría haber dado lugar a resultados aceptables y progresivos. Si los recortes consistentes en reducciones de precios de los factores (por ejemplo, salarios del personal y precios de los medicamentos y otros insumos), se hubieran aplicado en el marco de unas instituciones prestigiosas y de un proyecto compartido de progreso y sostenibilidad del sistema en beneficio de los pacientes presentes y futuros que, además, contribuiría a consolidar la economía nacional podrían haber sido mejor aceptados por los agentes que los han sufrido. Si los recortes en cantidades van unidos a mejoras de eficiencia, que limitan o eliminan reducciones del servicio y de calidad, sin perjuicios notables para los pacientes, todo ello encuadrado en una reforma profunda, el impacto de la crisis y la consolidación sucesiva podrían haber dado, al cabo de los años, un balance positivo

El endeudamiento público rampante y en torno al 100% del PIB es la debilidad fundamental de nuestra economía y su solución es compleja, como hemos visto en capítulos anteriores. Pero acabamos de subrayar en las páginas precedentes que, sistemáticamente, desde los años 80 el sistema sanitario público ha gastado más que lo establecido en el presupuesto, contribuyendo al déficit público de manera notable. La insuficiencia financiera no es un fantasma sino una realidad bien palpable. Ahora las deudas afloran a la luz, pero su financiación se traslada al prestamista en última instancia, el Banco Central Europeo quien compra buen parte de la deuda española. Este proceso de sustitución de acreedores y deudores ha sido muy facilitado por su política monetaria súperlaxa y los tipos de interés nulos o negativos subsiguientes. Pero estas condiciones excepcionales no podemos esperar que se eternicen. La brecha presupuestaria hace de la sanidad un generador impulsor al alza de la deuda pública, cuya magnitud, como hemos visto en capítulos anteriores, puede desestabilizar

nuestros equilibrios macroeconómicos y, por tanto, nuestra senda hacia el crecimiento económico sostenido. El SNS pagaría otra vez muy cara otra crisis.

¿Es cierta la frecuente observación de que nuestro gasto sanitario en relación con el PIB es inferior al de otros países avanzados? Se dice que dedicamos menos recursos a sanidad que los países que podrían ser nuestro modelo, ¿Debemos entonces gastar más? Esta posición muchas veces es defendida por los grupos de interés que más se benefician del aumento. Además, el acento se pone en cuánto se gasta, no en cómo se gasta, es decir en la eficiencia. La inferioridad, en estos términos simples, es más cierta respecto del gasto público que respecto del gasto nacional (incluido el privado). Pero las cosas no son tan sencillas como parecen. Los trabajos más arriba citados de López-Casasnovas y colaboradores lo han puesto brillantemente de manifiesto.

Primero, no vale compararnos con cualquier país. Es mejor compararnos con los que tienen un sistema nacional de salud universal y financiado con impuestos (“estilo Beveridge”) similar al nuestro. Segundo, se deben tener en cuenta y ponderar las diferencias de tamaño en población y en PIB. Tercero, el nivel de gasto se debe relacionar con otras características, por lo menos con el nivel de renta. Cuarto, los análisis más finos, con modelos econométricos de variables explicativas que tratan de captar las características sanitarias y socioeconómicas concluyen que nuestro gasto en sanidad público en términos “per cápita” y con ponderación por población, estaría por encima de lo que nos “correspondería” por nuestras características, al menos en algunos años. Por consiguiente, los estudios más completos “contradicen la proposición tan a menudo avanzada de que los patrones comparativos justifican aumentar el gasto público en sanidad en España... Los datos españoles en general están bastante por encima de lo que resultaría acorde con nuestras características” (López-Casasnovas, Maynou-Pujorás y Sáez, 2015).

Nos debemos preguntar si *debe ser el gasto de los demás países la guía a seguir*. Claramente no es suficiente. Hay disparidades notables en cuanto al “proyecto de país” deseado, las opciones sobre el sector sanitario, ritmos de la política sanitaria, coyuntura económica y fiscal, condiciones y estilos de vida. En realidad, el PIB como orientación normativa tiene un valor muy limitado. Es sensato garantizar que el gasto sanitario, especialmente el público, no va a superarlo sistemáticamente, generando problemas de financiación imposibles de resolver. Pero, un país podría decidir aumentar el gasto sanitario a costa de otros sectores valorados como menos prioritarios. Por otro lado, marcada la referencia del PIB queda todo por delante en la tarea de planificar y presupuestar.

¿Cómo se prevé desde las instituciones europeas y españolas que evolucione en el corto plazo el gasto en sanidad público en España? Las previsiones

aparecen en los programas de estabilidad y en los planes presupuestarios que se acuerdan entre el Gobierno español y la Unión Europea. Desgraciadamente la justificación que en ellos se ofrece es muy escasa y poco fundamentada. La imagen general es de una contención e incluso de declive. El gasto en sanidad público pasaría de un 6,5% del PIB en el año record 2009, a un 5,7% en 2019 (en términos EGSP), aunque ganaría peso sobre el gasto público total. La previsión supone prolongar la fractura de la tendencia secular al crecimiento que quebró la crisis. Son, por tanto, previsiones muy difíciles de cumplir. Que en el inmediato pasado hayan sido aumentadas sucesivamente refleja dicha dificultad. Al estar calculadas las previsiones en forma relativa, de participación sobre el PIB, su significado depende de la evolución del propio PIB. Como se espera que este crezca, el gasto sanitario aumentaría en términos absolutos y en términos "per cápita".

¿Y a largo plazo qué nos dicen las proyecciones solventes que puede ocurrir? Los factores que explican mejor el crecimiento del gasto sanitario son: los cambios demográficos, el crecimiento de la renta, las nuevas tecnologías sanitarias, y las características institucionales de los sistemas de salud. La importancia del envejecimiento ha sido muy matizada por la investigación que ha examinado distintas hipótesis sobre la evolución de la morbilidad en la senectud y la proximidad a la muerte como motor del gasto sanitario. En cambio, tras una amplia evolución de la literatura científica es una opinión generalizada entre los economistas de la salud que un determinante primordial del crecimiento del gasto es la innovación tecnológica, una de las principales motivaciones de este libro. Sin embargo, más allá de estos factores epidemiológicos, e incluso de los tecnológicos, hay que tener en cuenta el "factor asistencial", la respuesta que demos a los problemas de salud. Ni la cuantía de los recursos destinados a los servicios sanitarios ni el modo en que se organicen están predeterminados por ninguna ley natural. Distintas políticas sanitarias pueden cambiarlos a lo largo del tiempo (Casado, 2000).

Sobre esta base teórica, el Informe sobre el envejecimiento de la Unión Europea de 2015, partiendo de las proyecciones de población de Eurostat y ciertas hipótesis macroeconómicas, formula una previsión de la evolución del PIB hasta 2060 y aplica modelos de simulación a doce escenarios distintos, calculando finalmente las correspondientes proyecciones del gasto público en sanidad hasta dicho horizonte. Los escenarios que parecen más interesantes y realistas son dos. El escenario "determinantes no demográficos" recoge la influencia de las variables más dinámicas: renta monetaria, tecnología e instituciones y calcula que el gasto sanitario público alcanzaría el 6,5% 8,3% y 8,6% en 2020, 2040 y 2060 (las cotas más altas de todos los escenarios). El escenario de "riesgo AWG" combina el escenario anterior con el escenario base. En él las previsiones son inferiores: el gasto sanitario público aumentaría medio punto

en 2020, y en 2040 dos puntos, llegando al 7,8% del PIB, nivel en el que se mantendría hasta 2060. Esto significa en términos porcentuales un incremento del 33%. España sería el país en el que el gasto crecería más aceleradamente. Aumentaría 1,9 puntos hasta 2060, frente a 1,5 la eurozona, aunque quedaríamos 0,6 puntos porcentuales por debajo de ésta. Los cuidados de larga duración, que se prevén separadamente, tendrían un incremento importantísimo. En este último escenario 0,3 puntos en 2020, y duplicarían en 2040 y cuadruplicarían en 2060 su peso sobre el PIB. Estas previsiones pueden minusvalorar el crecimiento futuro del gasto sanitario público por tres razones: fue más rápido en el pasado; las previsiones demográficas se construyen bajo estrictos supuestos de continuidad y en 2013, origen de las previsiones, la relación entre gasto sanitario público y PIB fue una de las más bajas de los tiempos recientes.

En cualquier caso todas las previsiones apuntan a presiones continuas y considerables sobre el gasto público en asistencia sanitaria, por lo que, como dice el informe europeo, es vital equilibrar las necesidades de asistencia sanitaria con los recursos disponibles, así como realizar esfuerzos continuos para incrementar la eficiencia y la calidad.

Como conclusión final enfatizamos que el nivel de gasto seguramente no es el principal problema de nuestro sistema sanitario, sino las deficiencias estructurales y la falta de dirección estratégica y de visión a largo plazo. Estas preocupantes realidades son las que tratamos de abordar a continuación. Trataremos en sucesivos capítulos de definir si es posible aligerar la carga del SNS a través de estrategias de salud pública, los problemas más relevantes que desestabilizan al sistema y ciertas reformas que contribuirían a resolverlos, para concluir con un examen detenido de posibles opciones que permitan afrontar la financiación de las innovaciones disruptivas, especialmente en el caso de los medicamentos.

ANEXO AL CAPÍTULO V LOS ESCENARIOS DEL INFORME SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DE LA COMISIÓN EUROPEA Y COMITÉ DE POLÍTICA ECONÓMICA

A continuación explicamos brevemente los escenarios de previsión del gasto en asistencia sanitaria considerados en el informe (Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2012 y 2015):

- *Escenario demográfico*: intenta aislar el efecto “puro” del envejecimiento de la población sobre el gasto en salud. Supone que las tasas de morbilidad específicas por edad no cambian con el tiempo. Esto implica que el gasto sanitario público per cápita de las distintas cohortes de edad (considerado como una aproximación a la tasa de morbilidad) se mantiene constante en términos reales durante el período de proyección. Sigue la hipótesis de la expansión de la morbilidad, pues supone que todas las ganancias en esperanza de vida discurren con mala salud. También supone que el gasto “per cápita” evoluciona en línea con el PIB “per cápita”.
- *Escenario de elevada esperanza de vida*: asume que la esperanza de vida al nacer es en 2060 mayor en un año que la utilizada en el escenario demográfico.
- *Escenario de salud constante*: supone que el número de años de mala salud se mantiene constante durante todo el período de proyección, es decir, todos los futuros aumentos de la esperanza de vida transcurren en buena salud.
- *Escenario de costes relacionados con la muerte*: para proyectar el gasto en asistencia sanitaria, considera un aplazamiento probable en el gasto como consecuencia de la evolución de las tasas de mortalidad y las pruebas empíricas que muestran que gran parte del gasto total sanitario se concentra en los años finales de la vida.
- *Escenario elasticidad renta*: este escenario es idéntico al demográfico, excepto que la elasticidad de la demanda respecto de la renta es igual a 1,1 en el año base y converge a 1 al llegar al horizonte 2060.
- *Escenario de convergencia de costes en la UE28*: este escenario intenta capturar el posible efecto de una convergencia en los niveles de vida (que surgen de los supuestos macroeconómicos) sobre el gasto en sanidad. Supone que los países que están por debajo de la media de la UE en gasto público “per cápita” la alcanzan en el periodo estimado.

- *Escenario de intensidad del trabajo*: es un intento de estimar la evolución de los gastos en el supuesto de que los costes unitarios son impulsados por los cambios en la productividad del trabajo, en lugar del crecimiento en el ingreso nacional, dado que el sector sanitario requiere de mucha mano de obra.
- *Escenario de indexación compuesta específica del sector*: tiene como objetivo capturar la importancia relativa y diferentes tendencias pasadas de los motores más importantes del gasto sanitario: salarios, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y equipos, prevención, así como un factor residual.
- *Escenario de determinantes no demográficos*: intenta estimar el impacto de los determinantes no demográficos en el gasto sanitario: renta monetaria, tecnología e instituciones. No tener en cuenta estos factores sería como suponer que en el futuro desaparecen las repercusiones que hemos visto que estos factores han tenido en el pasado.
- *Escenario de referencia del Comité de Política Económica*: es el escenario base y combina los supuestos de los siguientes escenarios: demográfico, salud constante y elasticidad ingreso. Entre otras cosas, supone que la mitad de las ganancias futuras en la esperanza de vida discurrirán en buena salud, tomando así una posición intermedia entre escenario demográfico y el de salud constantes. Además, supone que la elasticidad de los gastos de asistencia sanitaria con respecto a la renta es 1,1 al comienzo y converge a 1, al final del período.
- *Escenario de riesgo "AWG"*: mantiene el supuesto de que la mitad de los aumentos futuros de la esperanza de vida transcurrirán en buena salud, pero para no infravalorar los niveles futuros de gasto impulsados por variables no demográficas intenta tener en cuenta los cambios tecnológicos y los mecanismos institucionales que han estimulado el crecimiento del gasto en las últimas décadas. Se utiliza una variable *proxy* de los costes no demográficos y el residuo resultante se traslada a una elasticidad media para toda la UE de 1,4 que converge a uno hasta el final del periodo. Esta elasticidad se añade al efecto del envejecimiento resultante del escenario demográfico.
- *Escenario de la productividad total de los factores*: explora la posibilidad de que la PTF descienda por debajo de lo supuesto en el escenario de referencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO V

AHN, N.; HERCE SAN MIGUEL, J. A., y J. ALONSO (2003), "Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España", Fundación BBVA, *Documentos de trabajo* 7/2003. Disponible en: (http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2003_07.pdf).

ARENAS, C. A.; MASES, J., y A. LÓPEZ DEL VAL (2013), *Financiación sanitaria y crisis económica en España*, Sedisa Siglo XXI. Disponible en: (<http://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article451>).

AYALA, L., y J. RUIZ HUERTA (2015), *El Informe sobre la desigualdad en España*, Fundación Alternativas, Los Libros de la Catarata, Madrid. Disponible en: (<http://www.fundacionalternativas.org/las-publicaciones/informes/2o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-2015>).

BANCO MUNDIAL (2016), *Crecimiento del PIB per cápita (% anual)*, Datos, Banco Mundial. Disponible en: (<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.KD.ZG>). Consultado el 13-10-2016.

BANDRÉS, E., y R. GONZÁLEZ (2015), "La reducción del gasto en sanidad durante la crisis", *Cuadernos de Información Económica*, nº 248, septiembre – octubre. Disponible en: (<http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/10/la-reduccion-del-gasto-sanitario-en-espana-durante-la-crisis.pdf>).

BAUMOL, W. (1967), "Macroeconomics of unbalanced growth", *American Economic Review*, Vol. 57., No. 3: 415-426. Disponible en: (<http://piketty.pse.ens.fr/files/Baumol1967.pdf>).

BELLES-OSBRERO, C.; JIMÉNEZ-MARTÍN, S., y J. VALL-CASTELLÓ (2016), "Bad times, slimmer children?", *Health Economics*, 25(Suppl. 2): 93-112, DOI: 10.1002/hec.3442. Disponible en: (<http://documentos.fedea.net/pubs/dt/2015/dt-2015-10.pdf>).

CASADO, D. (2000), "Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades", *Gaceta Sanitaria*, 15 (2):154-163. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715361>).

CASADO, D.; PUIG-JUNOY, J., y R. PUIG (2009), *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CC.AA*, Centre de Recerca en Economia i Salut, CRES, Fundación Pfizer. Disponible en: ([http://www.elmedicointeractivo.com/media/elmedicointeractivo/files/2011/08/29/1314607949450ESTUDIO%20PDF%20\(DEF\).pdf](http://www.elmedicointeractivo.com/media/elmedicointeractivo/files/2011/08/29/1314607949450ESTUDIO%20PDF%20(DEF).pdf)).

CHERNEW, M., y J. NEWHOUSE (2012), "Health Care Spending Growth", en PAULY, McGUIRE y BARROS. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/handbooks/15740064>).

COMISIÓN EUROPEA y COMITÉ DE POLÍTICA ECONÓMICA (2012), "The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)", *European Economy* 2/2012, Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros, Comisión Europea, Bruselas.

Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf).

— (2014), "2015 Ageing Report: Underlying assumptions and projection methodologies", *European Economy* 8/2014, Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros, Comisión Europea. Bruselas, Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/).

— (2015), "The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)", *European Economy*, 3/2015. Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros, Comisión Europea. Bruselas. Disponible en: (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/).

CORTÉS-FRANCH, I., y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL (2014), Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas Informe SESPAS 2014, *Gaceta Sanitaria*, 28-1. Disponible en: (<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.011>).

COVENEY, M.; GARCÍA-GÓMEZ, P.; VAN DOORSLAER, E., y T. VAN OURTI (2016), "Health disparities by income in Spain before and after the economic crisis", *Health Economics*, 25(Suppl. 2): 141–158), DOI: 10.1002/hec.3375. Disponible en: (<https://papers.tinbergen.nl/15130.pdf>).

CULYER, A., y J. NEWHOUSE (eds.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Nueva York. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/handbooks/15740064>).

CUTLER, D. M.; GOSH, K., y M. B. LANDRUM (2014), Evidence for significant compression of morbidity in the elderly U.S. population, *NBER Working Paper*, 19268. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w19268.pdf>. En WISE, D. (editor), *Discoveries in the Economics of aging*, National Bureau of Economic Research Conference Report, University of Chicago Press: 21-50. Disponible en: (<http://www.nber.org/chapters/c13754.pdf>).

DE LA MAISONNEUVE, C., y J. OLIVEIRA (2013), "Public spending on health and long-term care: A new set of projections", *OCDE Economic Policy Papers*, No. 06, OCDE Publishing, Paris. Disponible en: (<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jwwr9x-en>) o en (<https://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>).

DORMONT, B.; GRIGNON, M., y H. HUBER (2006), "Health expenditure growth: Reassessing the threat of ageing", *Health Economics*, Vol. 15, No. 9. Disponible en: (<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00181605/document>).

EVANS, R.; MCGRAIL, K. M.; MORGAN, S. G., et al. (2001), "Apocalypse no: Population aging and the future of health care systems", *Canadian Journal on Aging*, 20 Supplement 1: 160-191. Disponible en: (<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap59.pdf>).

FARMAINDUSTRIA (2015), *Memorias anuales 2004-2015*, Farmaindustria. Disponible en: (<http://www.farmaindustria.es/web/documentos/memorias/>). Consultado el 22-10-2016.

FRIES, J. F. (1980), "Ageing, natural death, and the compression of morbidity", *New England Journal of Medicine*, Vol. 303, No. 3: 130-135. Disponible en: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7383070>).

FRIES J. K. (2003), "Measuring and monitoring success in compressing morbidity", *Annals of Internal Medicine*, 139: 455-459. Disponible en: (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.820.393&rep=rep1&type=pdf>).

— (2005), "Frailty, heart disease, and stroke. The compression morbidity paradigm", *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5, suppl. 1): 164-168.

FUCHS, V. (1984), "Though much is taken. Reflections on aging, health and medical care", *The Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Vol. 62, No. 2, (Spring): 143-166. Disponible en: (<https://core.ac.uk/download/pdf/6708483.pdf>).

FUNDAMED (2016), *Think Tank Grupo de alto nivel. Análisis de la inversión pública para sanidad en España*, Fundación de Ciencias del Medicamento y los Productos Sanitarios. Disponible en: (<http://www.contenidosfiles.com/Pdf/fundacionFundamed/InformeThinkTank.pdf>). Consultado el 30-10-2016.

GARCÍA GÓMEZ, P.; JIMÉNEZ-MARTÍN, S., y J. M. LABEAGA (2016), "Foreword. Consequences of the economic crisis on health and health care systems", *Health Economics*, 25(Suppl. 2): 3-5, DOI: 10.1002/hec.3442.

GERDTHAM, U., y B. JONSSON (2000), "International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis", en CULYER y NEWHOUSE (eds.).

GOBIERNO DE ESPAÑA (2014). Plan presupuestario 2015. Reino de España, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid. 15 de octubre. Disponible en: (http://www.minhfp.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Varios/P_PRESUPUESTARIO_2015_ES.pdf).

— (2015a), Actualización del Plan de Estabilidad 2015-2018, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid. Disponible en: (http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Varios/PE%202015-18%2030_04_2015.pdf).

— (2015b), Plan presupuestario 2016. Reino de España, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Madrid. Disponible en: (<http://www.minhfp.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Varios/11-09-15%20%20PLAN%20PRESUPUESTARIO%202016%20-%20VF.pdf>).

— (2016a), Actualización del Programa de Estabilidad 2016-2019. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, Madrid, abril. Disponible en: (www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/160509_np_estabilidad.pdf).

— (2016b), Plan presupuestario 2016. Informe de acción efectiva, Reino de España, Madrid. 14-10-2016.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B., y P. BARBER (2015), "Economic crisis, austerity policies, health and fairness: Lessons learned in Spain", *Applied Health Economics and Health Policy*: 1-9.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; PUIG-JUNOY, J., y S. RODRÍGUEZ FEIJÓO (2016), "Copagos sanitarios. Revisión de experiencias internacionales y propuestas de diseño", *Fedea Policy Papers* - 2016/04, Madrid. Disponible en: (<http://www.fedea.net/fedea-policy-paper-copagos-sanitarios-revision-de-experiencias-internacionales-y-propuestas-de-diseno/>). Consultado el 23-7-2016.

GRUENBERG, E. (1977), "The failure of success", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 55: 3-24. Disponible en: (http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/2785433736/Gruenberg_1977_MMFAQ.pdf).

GRUPO DE TRABAJO SOBRE GASTO SANITARIO (2007), Informe 2007, septiembre. Disponible en: (<http://www.minhafp.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/Grupo%20de%20Trabajo%20Gasto%20Sanitario.pdf>). Consultado en varias fechas.

INE (2016a), *Cifras de población y censos demográficos: Series detalladas desde 2002*. Disponible en: (<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9663&L=0>). Consultado el 22-10-2016.

— (2016b), *Contabilidad nacional anual de España. Base 2010. Principales resultados 1995-2015*. Disponible en: (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft35%2Fp008&file=inebase&L=0>). Consultado el 15-12-2016.

JIMÉNEZ-MARTÍN, S., y A. A. VIOLA, (2014), *El Sistema de salud en España en perspectiva comparada*, Observatorio de Sanidad Fedea. Disponible en: (<http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>).

LOBO, F. (2013), *La intervención de precios de los medicamentos en España. Panorama de la regulación y los estudios empíricos*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (<http://hdl.handle.net/10016/21688>).

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2004), "Gasto sanitario en España: análisis de los factores determinantes del nivel de gasto sanitario en España y en el conjunto de los países de la OCDE", en PUIG-JUNOY, J. (dir), LÓPEZ-CASASNOVAS, G. y ORTÚN, V., *¿Más recursos para la salud?*, Masson, Barcelona: 43-92.

— (2010), "Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones", *Gestión Clínica y Sanitaria* 12(1), primavera: 27-29. Disponible en: (<https://www.upf.edu/documents/2911971/2940259/GSC43.pdf/2ba4f96d-4ad7-4110-b50a-7273c5ef1572>).

LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; MAYNOU-PUJORÀS, L., y M. SÁEZ (2015), "Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators", *Social Indicators Research*, 121: 149-175, doi:10.1007/s11205-014-0628-4.

MAISONNEUVE, C., y J. OLIVEIRA, (2013), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections", *OCDE Economic Policy Paper Series*, nº 6, OCDE, París. Disponible en: (<https://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>).

MANTON, K. (1982), "Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 60: 183-244. Disponible en: (http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/2016650217/Manton_1982_MMFQ.pdf).

MINHAP, MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (2012), Plan presupuestario 2013-2014, Madrid 3 de agosto. Disponible en: (<http://www.minhafp.gob.es/Documentacion/Publico/Estadisticas%20e%20Informes/20120803%20Plan%20presupuestario%202013-2014.pdf>). Consultado el 6 de octubre de 2106.

— (2016a), *Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario 2014-2016*. Disponible en: (<http://www.minhap.gob.es/esES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmacéutico-y-Sanitario.aspx>). Consultado el 03-11-2016.

— (2016b), *Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. Registro Central de Personal: Enero 2016*, Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Disponible en: http://www.seap.minhap.gob.es/dms/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/Periodicas/parrafo/Boletin_Estadis_Personal/BEPSAP_30052016.pdf. Consultado el 10-11-2016.

MORGAN, D., y R. ASTOLFI (2014), "Health spending continues to stagnate in many OCDE Countries", *OCDE Health Working Paper*, No. 68, OCDE Publishing, Paris. Disponible en: (<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en> o en [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2014\)1&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2014)1&docLanguage=En)).

MSPSI, MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2010), *Diferentes series de gasto sanitario*. Disponible en: (msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeries-GastoSanitario.pdf). Consultado el 23-9-2016.

MSSSI, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014), *Metodología. Estadística del gasto sanitario público*. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspMetodologiaGeneral.pdf>). Consultado el 19-9-2016.

— (2016), *Facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud 2004-2016*. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>). Consultado el 22-10-2016.

MSSSI-EGSP, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015), *Estadística del gasto sanitario público 2013. Principales resultados*, abril. Disponible en: ([https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/egspPrincipalesResultados\(1\).pdf](https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/egspPrincipalesResultados(1).pdf)).

— (2016a), *Estadística del gasto sanitario público 2014. Principales resultados*, mayo. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>).

— (2016b), *Estadística del gasto sanitario público (EGSP): serie 2002-2014*. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>). Consultado el 22-10-2016.

MSSSI-SCS, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015), *Principales resultados. Sistema de cuentas de salud 2013*.

— (2016a), *Principales resultados. Sistema de cuentas de salud 2014*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>. Consultado el 14-9-2016.

— (2016b), *Sistema de cuentas de salud. Serie histórica 2003-2014*. Disponible en: (www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSdatosEstadisticos.pdf). Consultado el 14-9-2016.

NAVARRO V., y C. MUNTANER (editores) (2014), *The financial and economic crises and their impact on health and social well-being*, Amityville, New York, Aywood Pub. Co. Inc.

NEWHOUSE, J. P. (1992), "Medical care costs: How much welfare loss?", *The Journal of Economic Perspectives*, Vol 6.3: 3-21. Disponible en: (http://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture10/newhouse_medical_costs.pdf).

OCDE, (2008), *Pharmaceutical pricing policies in a global market*, París. Disponible en: (apps.who.int/medicinedocs/documents/s19834en/s19834en.pdf).

— (2014), *Health at a glance: Europe 2014*, París. Disponible en: (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/health_glance_2014_en.pdf).

— (2015a), *Health at a glance 2015*, París. Disponible en: (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en).

— (2015b), *Health at a glance 2015 ¿Cómo compara España?*, París. Disponible en: (<https://www.oecd.org/spain/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-SPAIN-In-Spanish.pdf>).

— (2015d), *Fiscal sustainability of health systems. Bridging health and finance perspectives*, OCDE Publishing, Paris. Disponible en: (<https://www.oecd.org/gov/budgeting/Fiscal-Sustainability-of-Health-Systems-Policy-Brief-ENG.pdf>). Consultado en septiembre de 2016.

— (2016a), *OCDE Health Statistics, 2016*. Disponible en: (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>). Consultado el 14-10-2016.

— (2016b), *National Accounts: Gross Domestic Product (GDP)*. Disponible en: (<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=60702>). Consultado el 24-10-2016.

OKUNADE, A. A., y V. N. R. MURTHY (2002), "Technology as a 'major driver' of health care costs: A cointegration analysis of the Newhouse conjecture", *Journal of Health Economics*, 21.1, enero: 147-159. Disponible en: (https://www.researchgate.net/profile/Albert_Okunade/publication/11508466_Technology_as_a_'major_driver'_of_health_care_costs_a_cointegration_analysis_of_the_Newhouse_conjecture/links/00b7d52f72d0fe335b000000.pdf).

PAULY, M.; MCGUIRE, T., y P. BARROS (eds.) (2012), *Handbook of Health Economics*, Vol. 2., Elsevier-North Holland, Oxford y Waltham, MA.

PUIG-JUNOY, J. (Director) (2004), *¿Más recursos para la salud?*, Colección de Economía de la salud y gestión sanitaria, Masson, Barcelona.

— (2004), "Resumen ejecutivo", en: PUIG-JUNOY, J., *¿Más recursos para la salud?*, Colección de Economía de la salud y gestión sanitaria, Masson, Barcelona: 1-12.

PUIG-JUNOY, J., y A. CASTELLANOS (2004), "Resultados y recursos en el sistema sanitario español: el contexto del sistema comparado", en PUIG-JUNOY, J., *¿Más recursos para la salud?*, Colección de Economía de la salud y gestión sanitaria, Masson, Barcelona: 15-42.

PUIG-JUNOY, J.; CASTELLANOS, A., e I. PLANAS (2004), "Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013", en PUIG-JUNOY, J., *¿Más recursos para la salud?*, Colección de Economía de la salud y gestión sanitaria, Masson, Barcelona.

PUIG-JUNOY, J.; GARCÍA-GÓMEZ, P., y D. CASADO-MARÍN (2016), "Free medicines thanks to retirement: impact of coinsurance exemption on pharmaceutical expenditures and hospitalization offsets in a National Health Service", *Health Economics*, 25(6), junio: 750-767. Disponible en: (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3182/abstract>).

PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEIJÓO, S., y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL (2014), "Paying for formerly free medicines in Spain after one year of co-payment: changes in the number of dispensed prescriptions", *Applied Health Economics & Health Policy*, 12(3): 279-87.

PWC, PRICE WATERHOUSE COOPERS (2012), *Diez temas candentes de la sanidad española para el 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas*. Disponible en: (<https://www.pwc.es/es/publicaciones/sector-publico/assets/diez-temas-candentes-sanidad-2012.pdf>).

REPULLO, J. R. (2012), "La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas", en PRESNO, M. A., *Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables*, Procuradora General del Principado, Universidad de Oviedo. Oviedo.

RHUM, C. (2016), "Health effects of economic crisis", *Health Economics*, 25(Suppl. 2): 6-24, DOI: 10.1002/hec.3442.

SCHEFFLER, R. (2015), "Financing integration and payment for quality", Conferencia 22-06-2015, Fundación Ramón Areces, Madrid.

SESPAS, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA (2014), "Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas, Informe SESPAS 2014, dirigido por CORTÉS-FRANCH, I. y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, *Gaceta Sanitaria*. 28 (S1).

SEVILLANO, E. G. (2015), "El gasto farmacéutico no podrá crecer más que el PIB", *El País*, 09-04-2015. Disponible en: (http://politica.elpais.com/politica/2015/04/09/actualidad/1428608952_892122.html).

SMITH, S. D.; NEWHOUSE. J. P., y M. S. FREELAND (2009), "Income, insurance and technology: Why does health spending outpace economic growth?", *Health Affairs*, 28(5): 1.276-1.284. Disponible en: (<http://content.healthaffairs.org/content/28/5/1276.full>).

STUCKLER, D., y S. BASU (2013), *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*, Taurus, Madrid.

TAPIA GRANADOS, J. A. (2011), "La mejora de la salud durante las crisis económicas: Un fenómeno contraintuitivo", *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 113: 121-138. Disponible en: (https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/113/mejora_de_la_salud_durante_crisis_J.%20A._TAPIA.pdf).

URBANOS, R., y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL (2015), "Salud y sanidad", en AYALA CAÑÓN y RUIZ HUERTA. Disponible en: (<http://www.fundacionalternativas.org/las-publicaciones/informes/2o-informe-sobre-la-desigualdad-en-espana-2015>).

— (2015), "The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain", *European Journal of Health Economics*, 16(2): 175-84. DOI:10.1007/s10198-014-0563-y.

URBANOS, R., y J. PUIG-JUNOY (2014), Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios, en "SESPAS, 2014", *Gaceta Sanitaria*, 28 (S1): 81-88. Disponible en: (<http://www.gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911114000739/S300/>).

ZWEIFEL, P.; FELDER, S., y M. MEIER (1999), "Ageing of population and health care expenditure; A red herring?", *Health Economics*, 1999 Sep-8 (6): 485-496.

**VI. CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA:
¿PODEMOS DISMINUIR LA CARGA
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?**

Hasta ahora, hemos revisado las perspectivas de crecimiento de la economía española y los desequilibrios macroeconómicos que España ha de corregir, así como las notables restricciones que su interrelación proyecta sobre la política fiscal general y la de las CC.AA. en particular. Estas fuerzas contrapuestas condicionan las posibilidades de financiación del gasto sanitario y las previsiones de su evolución. Todo lo anterior enmarca los retos esenciales de la sostenibilidad del sistema desde el lado de la oferta de los servicios sanitarios. Pero, ¿se podrían generar ahorros desde el lado de la demanda, es decir, a partir de los individuos y la sociedad, disminuyendo su vulnerabilidad a las dolencias y mejorando el estado de salud de la población, de modo que no aumentara o incluso disminuyera la carga de las enfermedades y con ella el gasto sanitario?

Hace tiempo que con una perspectiva epidemiológica o poblacional se trabaja en los conceptos de condiciones o estilos de vida como condicionantes del estado de salud. Entre los factores de este tipo que afectan a la salud generalmente se mencionan los siguientes:

- Consumo de sustancias tóxicas como tabaco, alcohol y otras drogas.
- Condiciones laborales peligrosas, insalubres o estresantes. El paro, especialmente el prolongado.
- Vivienda y medio urbano insalubres.
- Sedentarismo, falta de ejercicio.
- Dieta excesiva o desequilibrada.
- Contaminación medioambiental.
- Insomnio y horas de sueño insuficientes.

- Estrés.
- Relaciones familiares, interpersonales y sociales escasas o inadecuadas.
- Insuficientes actividades de ocio o carecer de aficiones.

En su mejor versión esta perspectiva hace referencia tanto al contexto social (situación socioeconómica, condiciones laborales y familiares, contaminación medioambiental, disponibilidad de servicios y equipamientos públicos...), como a las conductas individuales relacionadas con la salud, interrelacionando funciones del Estado y políticas públicas con responsabilidad individual.

En efecto, los estilos de vida, que se suponen elegidos con libertad por cada individuo, no son el único determinante de su estado de salud. Las condiciones de vida exógenas también influyen. Así lo dejó plasmado en 2011 la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en un comunicado, que surgió como respuesta a las políticas de ajuste fiscal llevadas a cabo en dicho año en España: la salud también depende de las políticas económicas, sociales y laborales y las condiciones socioeconómicas desfavorables tienen consecuencias perjudiciales sobre la salud de las personas y las poblaciones (SESPAS, 2011). Igualmente considera que, en contextos de la crisis económica, es fundamental avanzar en las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS para mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir y analizar las desigualdades sociales en salud (OMS, 2009). La OMS basa las mejoras de las condiciones de vida en los siguientes puntos:

- Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres y las condiciones en que nacen los niños.
- Favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas fomentando la equidad desde el principio.
- Entornos salubres para una población sana.
- Protección social a lo largo de la vida.
- Atención universal a la salud.
- Crear las condiciones que permitan envejecer bien (OMS, 2009).

Cada vez hay mayores pruebas científicas de que condiciones y estilos de vida están relacionados con las enfermedades y la mortalidad. Se ha estimado

que las muertes prematuras en Estados Unidos se deben en un 40% a factores de comportamiento, un 30% a predisposición genética; un 20% a factores medioambientales y sociales y un 10% a deficiencias de la asistencia sanitaria (McGinnis, Williams-Russo y Knickman, 2002). Un metaanálisis que incluyó 21 estudios (18 cohortes) y 531.804 personas, observadas de media durante 13,24 años, concluyó que los riesgos relativos disminuyen proporcionalmente para todas las causas de mortalidad al aumentar los factores de estilo de vida saludables. Una combinación de al menos cuatro factores de estilo de vida saludable reduce el riesgo de mortalidad, por cualquier causa, en un 66% (Loef y Walach, 2012). Por recordar otro estudio epidemiológico, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (2008) demostró que actividad física y deporte son fundamentales para el mantenimiento y la mejora de nuestra salud y calidad de vida (Activity Guidelines Advisory Committee, 2008).

Le Grand (2008), en su famosa conferencia conmemorativa de los 65 años del *Informe Beveridge*, explica que los principales problemas de salud de hoy en día ya no son las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, el cólera, la fiebre tifoidea o difteria, es decir, las enfermedades de la pobreza. Más bien, son, en sus palabras, las “enfermedades del exceso” (cáncer, enfermedades del corazón y cerebrovasculares y la diabetes), en muchos casos provocadas por excesos de consumo: “de tabaco, de alimentos altos en calorías, grasa y azúcar, de alcohol y las drogas ilegales y de actividades sedentarias como ver televisión, jugar a juegos de ordenador y conducir automóviles”. Uno de los principales obstáculos para afrontar estos problemas es que los costes de las actividades insalubres afloran en el futuro, mientras que sus beneficios acrecen en el presente. Por ello, las personas, que somos típicamente miopes para establecer nuestras preferencias intertemporales porque infravaloramos el futuro, tenemos dificultades para evitar o abandonar estos comportamientos. Por razones también de “rentabilidad electoral” los responsables públicos prefieren las medidas que producen beneficios en el corto plazo a las que los producen a largo plazo. Por lo tanto, se deben diseñar e implementar políticas que aproximen los costes de las actividades no saludables (o los beneficios de las sanas) desde el futuro hacia el presente, o reducir los beneficios actuales de las actividades no saludables (o reducir los costes de las actividades sanas) en el presente (Le Grand, 2008). Todo ello no es tarea fácil.

Para considerar la situación en la que nos encontramos en España podemos seleccionar, entre todos los problemas a los que nos estamos refiriendo, el tabaquismo y la obesidad. “*El consumo de tabaco* constituye uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, siendo responsable del fallecimiento de unos seis millones de personas cada año, de las cuales, más de un tercio a causa de algún tipo de cáncer. Se estima que el 40% de los fumadores morirá prematuramente por el consumo de tabaco si no dejan de fumar.

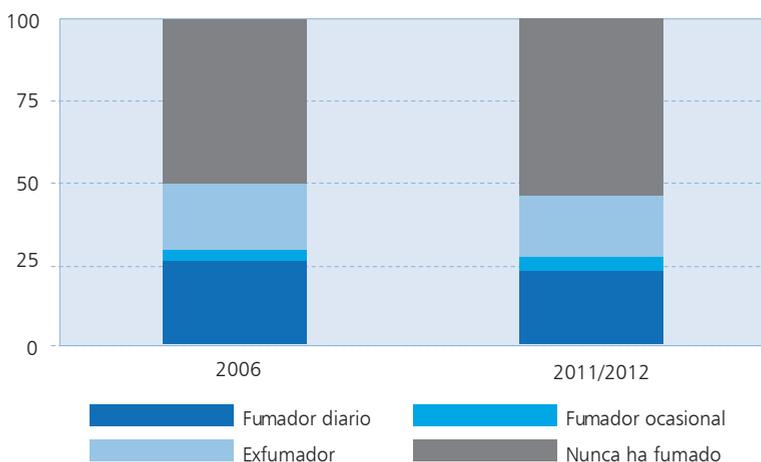
La mitad de esas muertes se producen en personas de 35 a 70 años, siendo por tanto prematuras, originando una gran cantidad de años potenciales de vida perdidos. Se estima que en el año 2020 el tabaco provocará el 18% de las muertes en los países desarrollados y el 11% en los países en vías de desarrollo. El consumo de tabaco se relaciona con más de 25 enfermedades y es responsable del 30% de todos los cánceres (pulmón –85% de los casos–, cavidad oral, laringe, faringe, esófago, vejiga y riñón), enfermedades respiratorias (75% de bronquitis crónica, enfisema y asma) y enfermedades cardiovasculares (25% de cardiopatías isquémicas)” (Gutiérrez Abejón, 2014).

En España, la prevalencia del hábito tabáquico sigue siendo alta pero ha mejorado en los últimos años. Con datos de la *Encuesta Nacional de Salud* el gráfico 6.1 muestra que el porcentaje de fumadores a diario ha pasado del 26% en 2006 al 24% en 2011-2012. A la mejora han contribuido la legislación restrictiva y mayores niveles de información y educación. Sigue siendo muy preocupante el aumento de las tasas femeninas y la incorporación temprana de adolescentes al colectivo fumador.

El tabaquismo genera costes externos y costes privados para el fumador. Una completa taxonomía y un cálculo muy solvente de los mismos para Estados Unidos son proporcionados por Sloan *et al.* (2004), estudio que segui-

GRÁFICO 6.1

CONSUMO DE TABACO. ESPAÑA. 2006 Y 2011-2012
(% sobre la población total)



Fuentes: INE, *Encuesta Nacional de Salud. 2011-2012*. Tomado de Jiménez-Martín y Viola, 2014.

mos según el excelente resumen y comentarios de López Nicolás y Viudes de Velasco (2009). Los costes externos son los derivados del perjuicio para la salud que el humo genera a fumadores pasivos, además de daños por incendios, suciedad, olores.... Se concretan en bajas laborales, costes médicos, impuestos sobre la renta perdidos y pérdidas de productividad. Además también resultan externalidades financieras o fiscales (por no ajustar las primas de riesgo o impuestos financiadores de los sistemas de sanidad y seguros sociales al mayor riesgo resultante del tabaco): pagos netos a seguros de vida (coste), así como "beneficios" (por menor longevidad no compensada con menores primas) cifrados en pagos netos a seguridad social y planes de pensiones. Los resultados de los cálculos, con el balance neto fiscal de 6.201 dólares del año 2000, resultante de tener en cuenta los impuestos sobre los cigarrillos pagados, son recogidos por el cuadro 6.1. El coste externo neto por cajetilla consumida ascendería a 1,44 dólares. Los costes privados que se infligen a sí mismos los propios fumadores se desglosan en coste de los cigarrillos, años de vida perdidos, años de vida con discapacidad, costes médicos privados, pagos netos a seguridad social y planes de pensiones, pérdida de ingresos y pagos netos a planes de seguros de vida. Su cuantía asciende a 141.179 dólares de 2.000. Por cajetilla serían 32,78 dólares durante todo el ciclo vital del fumador.

En España un importante estudio ha calculado el coste privado de la mortalidad asociada al consumo de tabaco en España (Cobacho, López Nicolás, y Ramos, 2010). Presta atención al más importante de los costes que recaen sobre el propio fumador, que suelen recibir menos atención que los costes externos que recaen sobre la sociedad. Para ello utilizan el concepto de Valor Estadístico de la Vida (VEV), de modo que el coste de la mortalidad asociada al tabaquismo sería el número esperado de años de vida perdidos por fumar multiplicado por el VEV. Lo aplican específicamente a la población de fumadores, a partir del intercambio riesgo mortal – salario revelado función del riesgo ocupacional, (enfoque de salarios hedónicos). Obtienen un VEV para fumadores y no fumadores de 3,8 y 2,1 millones de euros respectivamente (éste menor por el mayor peso entre los no fumadores de las mujeres con salarios menores). El coste de la mortalidad por cajetilla consumida a lo largo de la vida en euros del año 2000 es de 78,9 euros para hombres y 54,7 euros para mujeres, equivalentes a 104,1 euros y 72,2 euros de 2010.

Hay que pensar, como hacen los autores, que estos costes tan altos no se incurren porque el placer de fumar obtenido los compense, sino porque no son bien conocidos por los fumadores, ya que se producen diferidos en el lejano futuro (que es difícil de incorporar a nuestras decisiones presentes, dada la característica miopía que tenemos para adelantar los acontecimientos por venir) y porque, en todo caso, abandonar el tabaco es difícil ya que la adicción vence incluso a fuertes voluntades. Estos costes tan altos, mucho mayores que

los costes externos, justifican sobradamente políticas de prevención y control del tabaquismo, que producirían los importantes beneficios sociales derivados de evitarlos¹.

El tabaquismo, en términos agregados, supone un elevado coste para la sociedad al igual que para el individuo. En EE.UU. es el responsable de unas pérdidas netas de al menos 200.000 millones de dólares al año. De éstos, 96.000 millones de dólares en costes directos y 97.000 millones, por pérdida de productividad. (Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Gutiérrez Abejón, 2014). En la Unión Europea, el coste anual del tabaco se estima en torno a los 98 y 130 billones de euros (ASPECT Consortium, 2004). En España, los costes sanitarios directos, generados por el consumo de tabaco en cinco enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares), ascendería a 7.695 millones de euros anuales en 2008. Para las empresas el coste del tabaquismo ascendería en dicho año a 8.782 millones de euros por absentismo laboral debido a enfermedades relacionadas, pérdida de productividad por el consumo de tabaco en el lugar de trabajo y costes adicionales de limpieza y conservación (López Nicolás y Pinilla, 2009). Esta última cifra equivaldría al 92% del presupuesto inicial para sanidad en dicho año de Andalucía y al 96% del de Cataluña, las de mayor presupuesto de España. Sumadas las dos rúbricas de costes menciona-

CUADRO 6.1

**COSTES/BENEFICIOS EXTERNOS GENERADOS POR UN FUMADOR
(Dólares EE.UU. de 2000)**

Bajas laborales	3.277
Costes médicos	2.064
Pagos netos a SS y planes de pensiones	-9.048
Impuestos sobre la renta	4.440
Pagos netos a planes de seguro de vida	7.702
Pérdidas de productividad	1.007
Total costes externos	9.442
Impuestos sobre los cigarrillos	-3.241
Total costes externos netos	6.201

Fuente: Adaptada de Sloan *et al.* (2004). Tomado de (López Nicolás y Viudes, 2009).

¹ Este enfoque supone rechazar la teoría de la adicción racional basada en la microeconomía tradicional y admitir que la soberanía del consumidor está fuertemente recortada.

CUADRO 6.2

**COSTES PRIVADOS GENERADOS POR UN FUMADOR
(Dólares EE.UU. de 2000)**

Coste de los cigarrillos	13.338
Años de vida perdidos	87.378
Años de vida con discapacidad	14.621
Costes médicos privados	1.041
Pagos netos a SS y planes de pensiones	10.301
Pérdida de ingresos	22.202
Pagos netos a planes de seguro de vida	-7.702
Total costes privados	141.179

Fuente: Adaptada de Sloan *et al.* (2004). Tomado de (López Nicolás y Viudes, 2009).

das (que no incluyen todos los costes) darían 16.477 millones, equivalentes al 29,2% del presupuesto inicial agregado de todas las comunidades autónomas de España (MSSSI, 2015).

En cuanto a *la obesidad* en España, el porcentaje de personas obesas, en los últimos veinte años casi se ha duplicado, de modo que la prevalencia de esta epidemia es de las más altas de Europa. Entre los niños varones de 6 a 9 años el sobrepeso es cercano al 50% y la obesidad alcanza el 20%, datos extremadamente preocupantes (gráficos 6.2 y 6.3). No es fácil medir la morbimortalidad atribuible a la obesidad. "Sin embargo, parece claro que los obesos tienen una esperanza de vida reducida y que requieren la utilización de recursos sanitarios con mayor frecuencia y más intensidad que las personas no obesas"... "En el caso de España, cada año son atribuibles al exceso de peso... el 8,5% de todas las muertes ocurridas..." "Asimismo, diversos estudios apuntan a que las personas obesas, en especial las mujeres, presentan una calidad de vida significativamente menor que las personas con normopeso. Por tanto, el impacto sobre la salud no sólo consiste en una menor esperanza de vida sino en una peor calidad en los años vividos" (Oliva-Moreno, *et al.*, 2008: 510). Con datos de la *Encuesta de salud de Cataluña* se ha comprobado que incluso controlando el estatus socioeconómico y variables objetivas sobre estado de salud, el peso excesivo tiene un efecto significativo negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud (Oliva-Moreno y Gil-Lacruz, 2013).

La obesidad depende no sólo de las nutrición sino también del ejercicio y la actividad física que se desarrolle. Debido al progreso técnico y al cambio

de las condiciones socioeconómicas, la reducción de las calorías consumidas por menor actividad física en el trabajo, en el hogar y en el transporte ha sido fenomenal en los últimos 25 años. Aunque el concepto de actividad física es mucho más amplio, parece que estamos mejorando en la práctica regular de los deportes. Según el *Eurobarómetro* España se sitúa en lo alto de la tabla de las personas encuestadas que hacen ejercicio o practican un deporte de forma regular (al menos cinco veces a la semana) con un 15%, (por debajo de Irlanda, 16%) y compartiendo puesto con Suecia, Hungría, Eslovenia y Lituania (Comisión Europea, 2014).

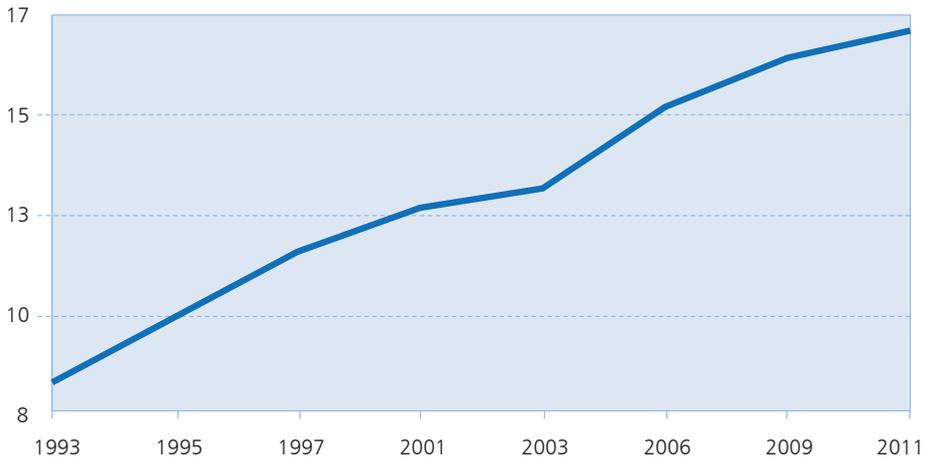
Las dificultades de medición de la morbimortalidad recién mencionadas hacen que también sea difícil medir los costes que genera la obesidad. Los costes directos de la obesidad y el sobrepeso incluyen asistencia ambulatoria y hospitalaria, rehabilitación y costes no sanitarios. Los costes indirectos son muy grandes y de amplio espectro: bajas laborales, retiro anticipado y mortalidad prematura, entre otros” (Oliva-Moreno y Gil-Lacruz, 2013: 95). “El aumento de la obesidad en los Estados Unidos ha sido responsable del 27% del incremento del gasto sanitario real per cápita entre 1987 y 2001. A la diabetes se atribuye el 38%, a la hiperlipemia el 22% y a la enfermedad cardiovascular el 41%. La obesidad por sí misma, es decir como factor de riesgo independiente, sería responsable del 12% del aumento del gasto sanitario del periodo” (Thorpe *et al.*, cit. por Rodríguez Caro y González, 2009: 27). El cuadro 6.3 ofrece datos macroeconómicos del coste de la obesidad en diversos países en términos absolutos y en porcentaje del gasto total en salud. Como se aprecia su magnitud es de una extraordinaria importancia. En España se estimaron, ya hace años, para 1999, los costes sanitarios en el 7% del gasto del Sistema Nacional de Salud, pero se trata seguramente de una valoración excesiva (Instituto Bernard Krief, 1999).

También podemos contemplar los costes generados por la obesidad desde una perspectiva individual. “Los estudios que emplean una metodología *bottom-up*, contando con bases de datos longitudinales, llegan a la conclusión de que las personas con sobrepeso u obesidad en su juventud y madurez requieren mayores recursos sanitarios cuando superan los 65 años de edad, comparados con individuos con normopeso (Oliva-Moreno *et al.*, 2008: 508).

Al comenzar este capítulo nos hemos preguntado si existe margen para reducir la presión sobre los costes sanitarios disminuyendo la morbimortalidad mediante mejoras del estado de salud de la población a través de progresos en las condiciones o estilos de vida que lo condicionan. La respuesta parece rotundamente positiva. Hemos examinado los casos del tabaco y de la obesidad y en ambos existe una evidencia abrumadora acerca de los costes que generan y que serían potencialmente evitables, aunque las medidas políticas a adoptar y los cambios de conductas que serían necesarios presentan dificultades notables.

GRÁFICO 6.2

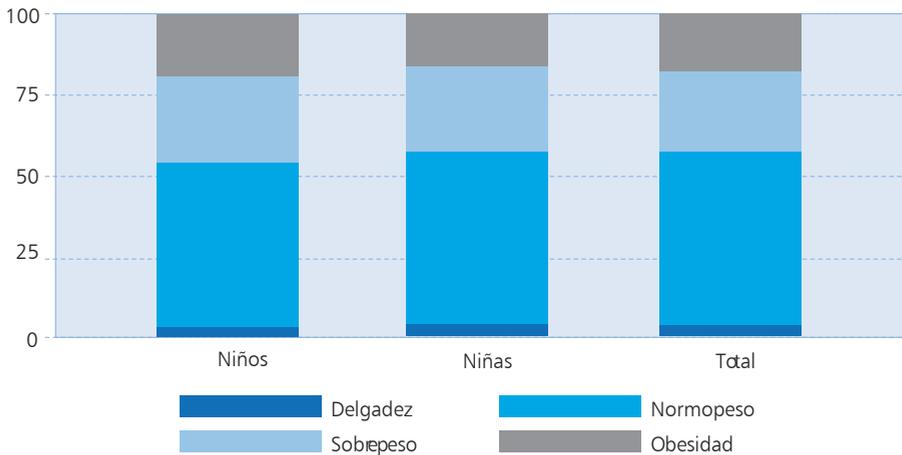
PORCENTAJE DE PERSONAS OBESAS SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN ESPAÑA. 1993-2011



Fuente: OCDE. Tomado de Jiménez-Martín y Viola, 2014.

GRÁFICO 6.3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL (DE 6 A 9 AÑOS) EN FUNCIÓN DE SU PESO ESPAÑA. 2011 (En %)



Fuente: AESAN. Tomado de Jiménez-Martín y Viola, 2014.

CUADRO 6.3

EL COSTE MACROECONÓMICO DE LA OBESIDAD

<i>País (Año)</i>	<i>Coste total de la obesidad</i>	<i>Coste en porcentaje del gasto total en salud</i>	<i>Observaciones</i>
Canadá (1977)	1,8 MM \$	2,4	IMC ≥ 27
Nueva Zelanda (1991)	135 M\$ NZ	2,5	IMC ≥ 30
Australia (1989)	395 M \$ australianos	2	IMC ≥ 30
Francia (1992) (29)	11,89 MM francos	2	IMC ≥ 27
Holanda	1 MM florines	4	IMC ≥ 25
Reino Unido (2002)	3,23 MM libras 66.737 muertes	4,6 7,3 total de muertes	IMC ≥ 25 IMC ≥ 25
Estados Unidos (1998)	78,5 MM \$ 47,5 MM \$	9,1 5,50	IMC ≥ 25 IMC ≥ 30
China continental (2003)	2,74 MM \$		IMC ≥ 24
Canadá (2004)	6.881-9.927 muertos		IMC ≥ 30
Brasil (2001)	Coste total de hospitalización: 841.273.181\$ 462.918.784\$ Hombres + 378.354.397\$ Mujeres	% del coste total de hospitalización: 3,02 (1,94 + 1,08) hombres 5,83 (2,76 + 3,07) mujeres	IMC ≥ 25 Datos entre paréntesis para sobrepeso (IMC ≥ 25) y obesidad (IMC ≥ 30)
Suiza (2001)	2.691 M francos suizos	2,9	IMC ≥ 25
Suecia	390 M Euros	1,9	

Notas: M millones. MM miles de millones. Donde la fuente dice billones hemos sustituido por MM, por entender que se refiere a "billions" americanos que son miles de millones (10 elevado a 9).

Fuente: Tomado de Rodríguez Caro y González, 2009.

Está claro que para lograrlo serían ineludibles políticas sanitarias de muy amplio aliento, con un decidido liderazgo por parte de las autoridades sanitarias, que incorporaran la idea de que la salud está plurideterminada y no depende sólo de la asistencia y del sistema sanitario y visiones como la de "salud en todas las políticas", así como la participación y colaboración de todo el tejido social y muy en particular de los profesionales sanitarios y las sociedades científicas. A este respecto podríamos tener una cierta confianza en la posibilidad de alcanzar tales objetivos con base en los logros de los últimos años en nuestro país. La reducción de los accidentes en carretera y las mejoras en el hábito tabáquico demuestran que una regulación adecuada, en unión de otros factores, pueden ser muy efectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO VI

ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE (2008), *2008 Physical activity guidelines for americans*, Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Activity Guidelines Advisory Committee. Rockville. Disponible en: (<https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>).

AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN (AESAN) (2013), *Estudio Aladino. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2011*, Madrid. Disponible en: (http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es/docs/docs/documentos/estudio_ALADINO.pdf).

ASPECT CONSORTIUM (2004), *Tobacco or health in the European Union: Past, present and future*, Directorate-General for Health and Consumer Protection. Disponible en: (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/tobacco_fr_en.pdf).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2014), *Best practices for comprehensive tobacco control programs*, Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. Disponible en: (https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf).

COBACHO TORNEL, M. B.; LOPEZ NICOLÁS, A., y J. M. RAMOS (2010), "El coste de mortalidad asociado al consumo de tabaco en España", *Revista Española de Salud Pública*, 84 (3): 271-280. Disponible en: (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272010000300005).

COMISIÓN EUROPEA (2014), *Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity*, Comisión Europea, Bruselas. Disponible en: (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/ebs_412_en.pdf).

GABINETE DE ESTUDIOS BERNARD KRIEF (1999), *Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas*, Madrid.

GUTIÉRREZ ABEJÓN, E. (2014), *Efectos del tabaquismo sobre la salud*, Utilización de recursos sanitarios y sus costes económicos en España en el año 2012. Tesina de fin de Master: Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía), Universidad Carlos III de Madrid, Getafe.

JIMÉNEZ-MARTÍN, S., y A. A. VIOLA (2014), *El Sistema de salud en España en perspectiva comparada*, Observatorio de Sanidad Fedea. Disponible en: <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>

LEGRAND, J. (2008), "The giants of excess: a challenge to the nation's health", *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 171 (4): 843-856. Disponible en: (<http://www.jstor.org/stable/30130783>).

LIM, S.S.; VOS, T.; FLAXMAN, A. D., et al. (2012), A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet*, 380 (9859): 2224-2260. Disponible en: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156511/>).

LOEF, M., y H. WALACH (2012), "The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis", *Preventive Medicine*, 55 (3): 163-170. Disponible en: (https://www.researchgate.net/publication/228069952_The_combined_effects_of_healthy_lifestyle_behaviors_on_all_cause_mortality_A_systematic_review_and_meta-analysis).

LÓPEZ NICOLÁS, A., y J. PINILLA (2009), *Evaluación del control del tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios*, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Madrid. Disponible en: (http://www.cnpt.es/doc_pdf/Informe_fiscalidad_01.pdf).

LOPEZ NICOLÁS, A., y A. VIJES DE VELASCO (2009), "El control del tabaquismo desde la perspectiva de la economía", *Revista Española de Salud Pública*, 83 (1): 9-23. Disponible en: (<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n1/colaboracion1.pdf>).

MCGINNIS, J. M.; WILLIAMS-RUSSO, P., y J. R. Knickman (2002), "The case for more active policy attention to health promotion", *Health Affairs (Millwood)*, 21 (2): 78-93. Disponible en: (<http://content.healthaffairs.org/content/21/2/78.full>).

MSSSI (2015), *Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>). Consultado el 13-10-2015.

OLIVA-MORENO, J., y A. GIL-LACRUZ (2013), "Body weight and health-related quality of life in Catalonia, Spain", *European Journal of Health Economics*, 14 (1): 95-105. Disponible en: (<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-011-0343-x>).

OLIVA-MORENO, J.; GONZÁLEZ, L.; LABEAGA, J. M., y C. ÁLVAREZ DARDÉ (2008), "Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo", *Gaceta Sanitaria*, 22 (6): 507-510. Disponible en: (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600001).

OMS (2009), *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Comisión sobre determinantes de salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/).

RODRÍGUEZ CARO, A., y B. GONZÁLEZ LOPEZ-VALCÁRCEL (2009), "El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad", *Revista Española de Salud Pública*, 83 (1): 25-41. Disponible en: (<http://www.redalyc.org/pdf/170/17083103.pdf>).

SESPAS (2011), El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. Comunicado SESPAS 03-11-2011, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Barcelona, España. Disponible en: (http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/V09_Crisis_economica_y_salud_SESPAS%20_3_X.pdf).

SLOAN, F. A.; OSTERMANN, J.; PICONE, G.; CONOVER, C., y D. H. J. TAYLOR (2004), *The price of smoking*, MIT Press. Disponible en: (<https://mitpress.mit.edu/books/price-smoking>).

THORPE, K. E.; FLORENCE, C. S.; HOWARD, D. H., y P. JOSKI (2004), "The impact of obesity on rising medical spending", *Health Affairs (Millwood) Suppl Web Exclusives*, W4-480-486. Disponible en: (<http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/20/hlthaff.w4.480.long>).

VII. ALGUNOS PROBLEMAS QUE EXIGEN REFORMAS ESTRUCTURALES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En este capítulo analizaremos los que creemos son los retos actuales fundamentales a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud de España (SNS). Exigen reformas estructurales necesarias para mejorar su eficiencia.

7.1. ¿TENEMOS MARGEN PARA LOGRAR GANANCIAS DE EFICIENCIA EN EL SNS ESPAÑOL? LAS REFORMAS ESTRUCTURALES

Existe un acuerdo bastante general acerca de las amplias posibilidades que tienen los sistemas sanitarios de todo tipo para incrementar su eficiencia si aplicaran las mejores (más eficientes) reformas organizativas y de incentivos, procedimientos, tratamientos y tecnologías de los que se tiene conocimiento.

La Organización Mundial de la Salud en 2010 alertó de que entre el 20% y el 40% del gasto en los países se pierde por la ineficiencia del sistema y señaló diez áreas específicas en las que unas políticas y prácticas más adecuadas podrían aumentar el impacto de los gastos, a veces de manera espectacular. Los principales problemas que destaca son la inadecuada utilización de los sistemas hospitalarios, el exceso de pruebas médicas y el excesivo gasto en fármacos (OMS, 2010). La propia Dra. Margaret Chan, directora general de la OMS ha dicho en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*: “En un momento en el que el dinero escasea, mi consejo para los países es el siguiente: antes que buscar dónde recortar el gasto de asistencia sanitaria hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia”. Este informe calcula que entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia (OMS, 2010).

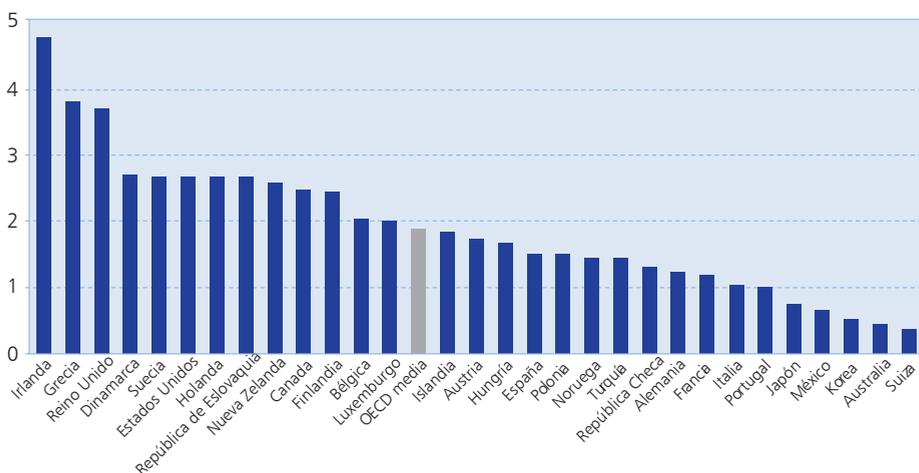
Según la OCDE (2010) hay espacio en todos los países encuestados para mejorar la eficiencia. La esperanza de vida podría aumentar más de dos años, manteniendo el gasto sanitario, si todos los países de la OCDE fueran tan eficientes como los mejores. Suponiendo que no hubiera reforma, un aumento del 10% del gasto sanitario aumentaría la esperanza de vida en sólo tres o cuatro meses. Al mejorar la eficiencia el ahorro del gasto público sería grande, cercano al 2% del PIB en promedio en la OCDE.

En España son también muchos y autorizados los que piensan que existe margen para la eficiencia. "... tenemos margen de mejorar ya que las bolsas de ineficiencia del sistema relacionadas con pruebas diagnósticas innecesarias e incluso tratamientos innecesarios se estima entre el 15-35% de los actos médicos" (Arenas Díaz *et al.*, s.f. 2014?). Un breve pero importante documento de miembros de la Asociación Española de Economía de la Salud reclamaba "apurar los márgenes de mejora de la eficiencia del sistema que se conocen y reclaman desde hace tiempo" (Bernal Delgado *et al.*, 2011). El presidente de dicha asociación Profesor Oliva mencionó en una entrevista para el diario *El País* que "Lo que hay que hacer es gastar mejor el dinero que hay, racionalizarlo". "Los servicios sanitarios viven inmersos en la cultura del despilfarro y se prioriza la construcción de hospitales, se abusa del uso de pruebas médicas y nuevas tecnologías, olvidando los auténticos determinantes de la salud: las condiciones de vida" (Sahuquillo, 2011).

La búsqueda de la eficiencia debe ser, una obsesión, porque permite proporcionar más y mejores cuidados de salud, absorbiendo los menores recursos posibles y, por tanto, sin comprometer la sostenibilidad o viabilidad financiera a largo plazo del sistema, siempre dentro de la restricción presupuestaria correspondiente. La crisis económica desencadenada en 2008 y la violenta contracción subsiguiente de los recursos disponibles en muchos países, desde luego en el nuestro, ha redoblado la necesidad de trabajar por la eficiencia.

GRÁFICO 7.1

GASTO PÚBLICO SANITARIO: POSIBLES AHORROS POR GANANCIAS DE EFICIENCIA. 2010
(% sobre el PIB)



Nota: N.B: El ahorro potencial representa la diferencia entre un contexto de no-reforma y un contexto donde los países serían tan eficientes como los países más avanzados.

Fuente: OCDE, 2010.

Podemos concebir dos grandes líneas de actuación: la primera línea es la que hemos expuesto en el capítulo VI: gastar menos, pero no a través de recortes en las prestaciones o en la disponibilidad de recursos, sino logrando que disminuya la incidencia y prevalencia de las enfermedades mediante actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se trata de aplicar a la salud una perspectiva poblacional y no meramente individual. Promover la salud y prevenir las enfermedades (gastar menos), es ahora aún más necesario que nunca, para disminuir la presión sobre sistemas sanitarios que han pasado de tratar enfermedades agudas a crónicas, con costosos tratamientos y un gasto farmacéutico en aumento a lo largo de periodos muy prolongados para cada enfermo.

La segunda línea de trabajo es gastar de mejor manera, aumentando la eficiencia del gasto. Para lograrlo hay que resolver, por lo menos, cuatro tipos de problemas que nos parece que son los fundamentales en el Sistema Nacional de Salud de España, aunque ciertamente hay muchos otros que merecerían nuestra atención si no quisiéramos hacer este informe interminable:

- Un problema de actitudes ciudadanas y de la opinión pública española, que se traduce en una particular cultura sobre el Estado de bienestar y el gasto público, con repercusiones sobre el “contrato social”, fundamento de la convivencia y la cohesión social.
- Un problema organizativo principal y de gran complejidad, la desintegración de la atención primaria y la atención especializada.
- Problemas de recursos humanos e incentivos.
- Falta de aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias con carácter normativo.

La naturaleza y las dificultades de las políticas de eficiencia aparecen bien expresadas en las siguientes palabras de un cirujano español:

“... la eficiencia es un asunto mucho más complejo y requiere un gran compromiso político a largo plazo. Los recortes en medicamentos, material fungible, contratos u otros gastos corrientes pueden hacerse con rapidez, su repercusión en el gasto es inmediata y tiene un reflejo mediático casi instantáneo. El ahorro necesita un plan global, involucrar a los actores principales, modificar conductas muy arraigadas, cambiar protocolos y guías clínicas, hacer una contabilidad de costes (en nuestro hospital no existe la contabilidad analítica, es decir, no sabemos cuánto cuesta una apendicitis), planificar la introducción de nuevas tecnologías e inversiones etc...”.

“... El ahorro como plan global necesita mucho tiempo para que dé frutos, requiere soluciones imaginativas, incentivos a los profesionales, tener en cuenta los criterios de los médicos y enfermeras, pactar protocolos de atención, de consultas, de exploraciones complementarias por procesos, en resumen: refundar la manera de practicar la medicina y de organizar los servicios y unidades ¿Quién coge el toro por los cuernos?”.

“Es más fácil despedir a los interinos, no comprar nuevos materiales, no permitir la introducción de nuevos medicamentos, quitarte la comida de la guardia, restringir los botellines de agua a los pacientes y otras medidas de ahorro tipo el chocolate del loro”. “Los que trabajamos en los hospitales sabemos que el margen para el ahorro es muy grande, pero parece que a nadie le interesa como iniciativa a largo plazo, las medidas cortoplacistas son las que se pueden vender en los medios” (Herrera, 2011).

En el mismo sentido se expresan Herrera *et al.* (2011): “La mayor parte de las propuestas que se plantean para controlar el gasto sanitario son, en esencia, un conjunto de medidas encaminadas a limitar el acceso de la población a los servicios sanitarios, bien introduciendo esquemas de copago, disminuyendo la actividad, cerrando servicios o limitando la cobertura. Estas medidas son sólo un camino fácil que evita enfrentarnos con el problema de fondo: la sanidad necesita una transformación profunda de su gestión para aumentar su eficiencia y disminuir los desperdicios” (p. 14).

Para lograr esta transformación podrían aplicarse filosofías de gestión innovadoras como el *lean thinking* o “pensamiento ajustado o sin desperdicio”, el cual pretende eliminar todo lo que no añade valor al producto o servicio pero consume recursos, actuando sobre las causas de la variabilidad y de la inflexibilidad...” “Las medidas se encaminan a eliminar de la actividad asistencial procesos burocráticos mal diseñados, realización de exploraciones innecesarias, falta de estandarización, tiempos excesivos, tratamientos inadecuados, recursos no coordinados. En Estados Unidos se ha calculado que se podría ahorrar así hasta 700.000 millones” (Herrera *et al.*, 2011: 28).

En esta línea de pensamiento, y antes de entrar a examinar los problemas del SNS que hemos seleccionado como fundamentales, hay que indicar que son problemas estructurales, que también requieren de reformas estructurales, es decir, que han de ir a la raíz de las cosas y que pueden afectar a la sociedad en su conjunto, o a los intereses de agentes sociales de gran peso, que pueden resistirse y oponerse a ellas y combatirlas con denuedo. Requieren, por tanto, de explicaciones amplias, detalladas, fundamentadas en la investigación de servicios sanitarios y las pruebas científicas y bien difundidas a lo largo y a lo ancho de toda la comunidad.

Se ha dicho, con razón, que en estos últimos años las exposiciones de catálogos, más o menos acertados, de reformas para el Sistema Nacional de Salud

CUADRO 7.1

PROBLEMAS Y POLÍTICAS PARA UN CAMBIO ESTRUCTURAL DEL SNS SEGÚN REPULLO

<i>MACRO</i> <i>Problemas sistémicos de Gobernabilidad Sanitaria</i>	<i>MESO</i> <i>Problemas de gobierno y gestión en centros sanitarios públicos</i>	<i>MICRO</i> <i>Problemas de gobierno clínico en centros sanitarios públicos</i>
<p>REGLAS DE FINANCIACIÓN QUE NO FOMENTEN CONDUCTAS IRRESPONSABLES</p> <p>Plan plurianual de refinanciación del déficit, y revisión del modelo de financiación para la sanidad</p>	<p>RACIONALIDAD EN NUEVOS CENTROS E INVERSIONES</p> <p>Planificación técnica, limitación de uso de PFI, y estudios de modelos de control vía cofinanciación de inversiones en el SNS</p>	<p>DEFUNCIONARIZAR Y REPROFESIONALIZAR</p> <p>Reformar el marco estatutario para más gestión local y mejor adaptación funcional</p> <p>Gestión clínica en hospital, y autonomía y papel gestor para los equipos de atención primaria</p>
<p>INSTITUCIONALIZAR EL SNS</p> <p>Marco legal actualizado, refundido y funcional y Agencia del SNS</p>	<p>PROFESIONALIZACIÓN DE LOS DIRECTIVOS SANITARIOS</p> <p>Concursos con concurrencia competitiva, abierta y evaluación periódica</p>	<p>PERMEABILIZAR ESPECIALIDADES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA</p> <p>Menos rigidez, más departamentalización, para más funcionalidad, y orientación a procesos y pacientes</p>
<p>INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO</p> <p>Creación de un Hispa-Nice y que la información se abra al público sin restricciones</p>	<p>INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA GESTIÓN CONTRACTUAL</p> <p>Marco común de indicadores para ensanchar e intensificar la comparación dentro del SNS</p>	<p>REDISEÑO PARA LA CRONICIDAD Y PROCESOS</p> <p>Estrategias para crónicos, frágiles y terminales.</p> <p>El hospital abierto a redes. La primaria copilotando la perspectiva poblacional.</p>
<p>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD</p> <p>Desarrollar políticas de protección de salud en todos los sectores y evaluar efectividad y seguridad de prácticas preventivas</p>	<p>INSTRUMENTOS DE GESTIÓN Y NO SÓLO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Incorporar herramientas de derecho público y privado para la buena gestión de los centros públicos tradicionales</p>	<p>CAMBIO DE LA CULTURA PROFESIONAL</p> <p>Redescubrir el papel de la ética y el profesionalismo.</p> <p>Invertir en cambiar la cultura de la nueva generación de profesionales sanitarios</p>
<p>ÉTICA Y EJEMPLARIDAD</p> <p>Exigir incompatibilidad de altos cargos, cumplimiento de las obligaciones contractuales de todos, y códigos de transparencia y conflictos de interés</p>	<p>ÓRGANOS COLEGIADOS DE GOBIERNO</p> <p>Consejos de administración o gobierno para control próximo de la gestión descentralizada transparente y la despolitización de la gestión</p>	<p>PACIENTES INFORMADOS DE ACUERDO A EVIDENCIA Y RESULTADOS</p> <p>Pacientes y sus médicos de familia tienen derecho a conocer efectividad, seguridad y calidad, y elegir si se someten a intervenciones o procedimientos</p>

Fuente: Repullo, 2012.

han llegado a constituir un auténtico “género literario” (Repullo, 2012). Afortunadamente, algunas son de gran peso intelectual y rigor técnico, de modo que puede decirse que el diagnóstico de los males que aquejan a nuestro SNS está sobradamente formulado y detallado.

Una excelente exposición de este tipo es la del mismo Repullo (2012), de la que reproducimos la tabla resumen de problemas y políticas para un cambio estructural del SNS, que, como se ve, recoge, si no exactamente sí aproximadamente las cuestiones que hemos seleccionado en este estudio.

7.2. BOLSAS DE INEFICIENCIA: EJEMPLOS

Para ilustrar los problemas estructurales de derroche de recursos que aquejan al SNS exponemos a continuación ejemplos de “bolsas de ineficiencia” y de soluciones ya adoptadas. Entre aquéllas las dos primeras que recogemos son ineficientes por inefectivas. La tercera por decisiones organizativas erróneas y la cuarta por insuficiencias en la educación y el seguimiento del paciente.

– *Bolsas de ineficiencia, ejemplo 1: estatinas para la prevención primaria de la enfermedad coronaria.* (Tomado de Repullo, 2012).

“El hecho de que la gran mayoría de estas moléculas hayan bajado de precio por expirar la patente, ha reavivado el debate sobre su uso generalizado en personas con factores de riesgo cardiovascular; sin embargo, la estrecha efectividad atribuible, y las incertidumbre sobre riesgos en muchos años de ingesta, llevan a desaconsejar esta indicación (aunque ahora sean baratas)” (Repullo, 2012: 133).

– *Bolsas de ineficiencia, ejemplo 2: radiografías inútiles* (Tomado de Redacción Médicos y Pacientes, 2012).

El Dr. Valdés (Presidente de la Sección de Gestión y Calidad de la Sociedad Española de Radiología Médica, en el XXXI Congreso Nacional de esta sociedad científica, en Granada) estimó que entre un 20% y un 40% de las pruebas radiológicas que se realizan en España no aportan una información relevante al proceso clínico del paciente, en el marco del XXXI Congreso Nacional de esta sociedad científica, en Granada 2012. Recomendó no realizar pruebas innecesarias “porque suponen un riesgo inútil para el paciente” y consumen recursos públicos, “en detrimento de otras posibles actuaciones que podrían ser más beneficiosas para la salud del paciente”. El radiólogo tiene que velar por optimizar el uso de este tipo de pruebas. “Hemos de aumentar el trabajo conjunto con los médicos peticionarios, con el fin de asesorarles sobre la mejor opción diagnóstica y, en su caso, terapéutica, en la atención al paciente”. “Existe una obligación moral de hacer un uso adecuado de unos recursos finitos

para proporcionar al paciente el mayor beneficio posible en términos de salud", concluyó (*Redacción Médicos y Pacientes*, 2012). "Otro ejemplo de candidata a desinversión por inefectiva, es la realización rutinaria de una radiografía de tórax en los estudios preoperatorios de pacientes sin datos relevantes en historia y exploración (ver, por ejemplo las recomendaciones actualizadas del Colegio Americano de Radiología)" (Repullo, 2012: 133).

– *Bolsas de ineficiencia, ejemplo 3: la atención continuada en el sistema catalán de salud* (Tomado de Serra, 2013, médico de CATSALUT).

"La atención continuada fue pensada para ubicarse en los Centros de Atención Primaria (CAP) y supuso una innovación apreciada por los pacientes y por los responsables políticos. La estrategia consistía en ofrecer asistencia 24 horas al día, fuera de la asistencia programada. Pero no se establecieron los criterios de inclusión: qué pacientes podrían acceder, esto es, pacientes cuya asistencia no puede demorarse. No hubo restricciones y las demandas se dispararon de forma exponencial".

"En nuestro CAP, hace unos años la atención continuada se organizaba en turnos de mañana rotatorios repartidos entre siete médicos que debíamos atender unas 2-3 asistencias de media (entre ellas alguna verdadera "urgencia"). Por la tarde se dispuso de un médico externo a la plantilla que se encargaba de lo mismo pero en ese horario. ... Las demandas se dispararon de forma exponencial... 40 visitas en un horario similar al de las mañanas".

"¿Qué había sucedido?... el factor restrictivo de obligar a desatender la atención programada de un médico de mañana, se había quebrado... un servicio *full time*, donde sin criterios de entrada, se admitía por la tarde cualquier demanda de curación, aunque no cumpliera con la definición de urgencia, la saturación estaba garantizada...". "¿Se había vuelto más insalubre la población desde esa innovación? En absoluto. Ni siquiera había crecido en habitantes por médico. Se había producido... la "McDonalización" de la asistencia" (Serra, 2013).

– *Bolsas de ineficiencia, ejemplo 4: incumplimiento de los tratamientos medicamentosos* (Tomado de Calvo y Pinar, 2011).

La eficacia del tratamiento con un medicamento depende de:

- Que el paciente se tome bien la medicación (adherencia o cumplimiento).
- Que persista tomándola el tiempo prescrito (persistencia).

Estos estudiosos cruzaron las bases de datos de historias clínicas (OMI-AP), y facturación de farmacia (Farm@drid) de la Comunidad de Madrid para analizar

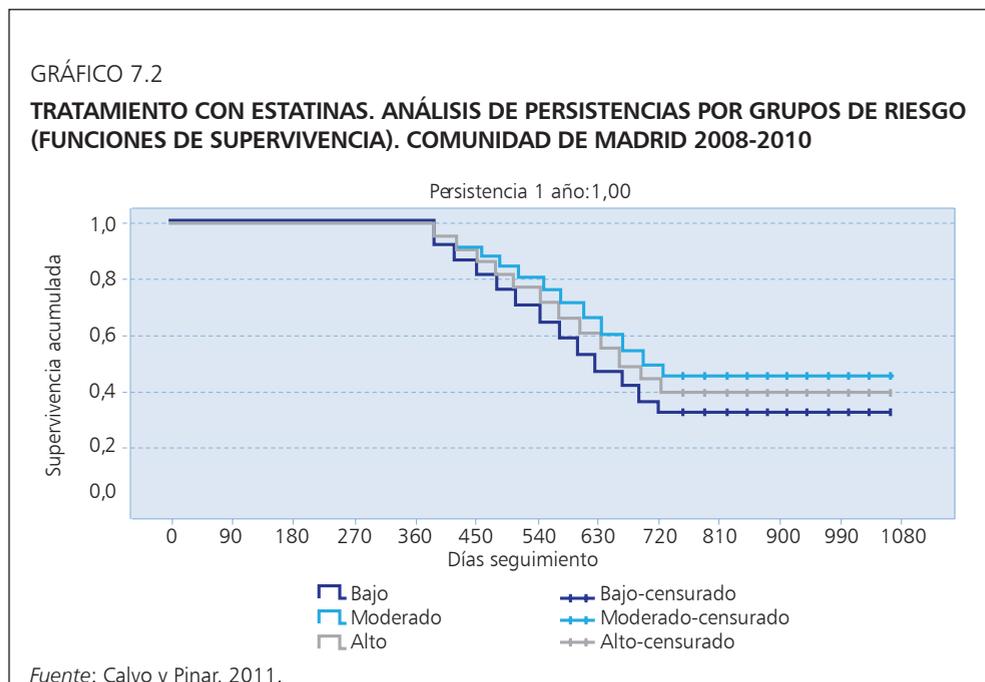
cumplimiento y persistencia y los resultados en salud de los distintos comportamientos de los pacientes. Estudiaron 17.808 pacientes que iniciaron tratamiento con estatinas entre enero de 2008 y diciembre de 2009. Hallaron que los pacientes más persistentes eran los de riesgo medio, seguidos de los de riesgo alto (74,8%). Pero al segundo año la probabilidad de continuar observando el tratamiento no llega al 50% en ninguno de los grupos. Los pacientes con LDL dentro del objetivo terapéutico tienen una tasa de posesión de la medicación (MPR) al año mayor. El 61% de los eventos cardiovasculares (188 eventos de un total de 308) ocurrieron en pacientes con MPR<80%. Concluyen que la persistencia y adherencia con estatinas es baja lo que se asocia con peores resultados en términos de salud.

A continuación proporcionamos dos ejemplos de intervenciones de carácter organizativo que mejoran la eficiencia.

– *Eficiencia, ejemplo 1: área de cirugía en el Complejo Hospitalario de Navarra* (Tomado de Herrera, cirujano de dicho hospital, 2011).

En el área de cirugía se tomaron medidas de ahorro “simples y eficaces”:

- Protocolizar el estudio preoperatorio por cada patología.



- Kit de material para cada tipo de procedimiento con máximos de uso de material fungible.
- Protocolo de revisiones en consulta y de exploraciones en el seguimiento, basados en la mejor evidencia disponible y avalados por la empresa.

– *Eficiencia, ejemplo 2: cambios en la cadena de distribución de medicamentos y productos sanitarios.*

El Servicio de Farmacia del Hospital Gregorio Marañón de Madrid ha instalado una máquina dispensadora automática de medicamentos para los actos de dispensación ya pautados que no requieren más atención al paciente en ese momento de la entrega del producto. Enrique Soler, jefe de Servicio de Farmacia en el Hospital Arnau de Vilanova, en Valencia, valora positivamente este dispositivo: "No sustituye al farmacéutico, simplemente automatizan un proceso. Los pacientes en dispensación de repetición, que no han tenido ningún problema, que están estables, que no presentan ningún efecto adverso y que acuden a la consulta a recoger la medicación cada tres meses, ahora lo harán de forma automatizada" (Sevilla, 2013).

GRÁFICO 7.3

**SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN DE MADRID.
MÁQUINA DISPENSADORA AUTOMÁTICA DE MEDICAMENTOS. 2013**



Fuente: correofarmacéutico.com, 2013.

El Proyecto AKASA pretende hacer más eficiente la cadena de distribución de los pañales absorbentes para adultos en la Comunidad Valenciana (según Decreto-Ley 2/2013 de dicha Comunidad). Comprende:

- Estudio piloto. H. Arnau de Vilanova.
- Concurso público de adquisición por central de compras.
- Almacenamiento en locales propios.
- Reparto a domicilio por una empresa contratada.

El objetivo es lograr mayor eficiencia y menor impacto presupuestario “en prestación farmacéutica en la Conselleria de Sanitat, minimizando los costes de adquisición de dos grupos de productos, dietoterápicos y absorbentes, a la vez que añade dos servicios de calidad asistenciales al ciudadano: desplazar los envases voluminosos y pesados de absorbentes y dietoterápicos a domicilios y residencias de tercera edad, y mantener *on-line* un *call-center* tanto para la coordinación de la distribución y entrega de los productos, como la asistencia sobre la utilización y mejor manejo de los productos referenciados”. En términos de procesos, el programa AKASA se caracteriza por:

- Un control exhaustivo de los tratamientos ya que la prescripción la realiza un médico de la Conselleria de Sanitat y es visada por un inspector médico de la Inspección de los Servicios Sanitarios (similar a la situación actual).
- Integración de sistemas informáticos: los envases a dispensar a los ciudadanos, así como la dirección de destino, se transfiere automáticamente al sistema logístico. El sistema logístico, una vez entregado el producto al ciudadano, vuelca la información automáticamente en Abucasis, con lo que se dispone de toda la información por parte de los profesionales sanitarios. Adicionalmente, y de una forma automática, el sistema solicita el material al programa de logística de la Consejería de Sanidad (Orion Logis) para abastecer el almacén de AKASA.
- El paciente recibe el producto farmacéutico en su domicilio y el operador pasa la tarjeta SIP en un dispositivo como conformidad de entrega.
- El paciente ve reducida la cantidad de copago.
- Los trámites burocráticos, del programa AKASA, están prácticamente automatizados para el paciente y para la Consejería de Sanidad.

- No se ve afectado el nivel de trabajo del personal de los centros sanitarios... que continúan con la labor de sus funciones (Generalitat Valenciana, 2013).

El programa espera conseguir mejoras de eficiencia por economías de escala en compras de gran volumen y reducir los intermediarios en la cadena de distribución (farmacias). Prevé un ahorro de 18 millones de euros por año e incurrir en 5 millones de euros de gastos logísticos. El proyecto ha merecido las críticas de farmacias y distribuidores quienes alegan disminuciones en la calidad de los productos y en la puntualidad en la disponibilidad de los productos por los pacientes.

A continuación, explicaremos algunos obstáculos que dificultan llevar a cabo las reformas estructurales necesarias para mejorar la eficiencia del sistema sanitario en España. Como ya hemos dicho, hemos seleccionado los siguientes: problemas culturales, no integración de la atención primaria y especializada, problemas de recursos humanos e incentivos, y falta de evaluación sistemática de las tecnologías sanitarias.

7.3. LA CULTURA PREVALENTE EN ESPAÑA SOBRE EL ESTADO DE BIENESTAR Y EL GASTO PÚBLICO: EL CONTRATO SOCIAL

Con relación a la asistencia sanitaria en España se ha hablado de un contrato social “sólido” entre los ciudadanos y sus representantes y entre los médicos y pacientes (AES, 2014: 11). En general, la mayoría de los españoles son favorables a un amplio protagonismo del Estado y de un Estado de bienestar fuerte. Los españoles que consideran que el Estado debe tener la responsabilidad principal a la hora de asegurar que todos los ciudadanos puedan gozar de un nivel de vida digno es del 74,1%, frente al 54,5% en diez países europeos encuestados en un estudio de 2013 (Fundación BBVA, 2013). Además, el 80,5% de los ciudadanos españoles (frente al 66,2% de media de los países de la UE) creen que es preferible un amplio sistema de seguridad social, aunque ello suponga pagar impuestos altos, antes que uno reducido con impuestos más bajos. También los españoles destacan claramente por atribuir al Estado mucha responsabilidad a la hora de proporcionar cobertura sanitaria a todos los ciudadanos: el 85,8% frente al 65% de los demás países. Ciertamente, la opinión pública española es, aún más que las de otros países, abrumadoramente partidaria de dar prioridad al gasto público en salud, entre las distintas alternativas de utilización de los impuestos que pagan. El mismo estudio ha comprobado que el 77,5% en España, frente al 67,3% de los demás países de la UE considerados, es partidario de aumentar el gasto público en sanidad. Prácticamente todo el resto de la población es partidario de por lo menos mantenerlo (21,7% y 29,4%, respectivamente).

Además, y esto es una peculiaridad española, un 69,6% de los españoles encuestados por el *Barómetro Sanitario* prefieren una sanidad pública gestionada por la Administración Pública, en lugar de por empresas privadas, apreciación que aumenta en tres puntos porcentuales respecto del año 2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Estas preferencias ciudadanas, perfectamente legítimas, se combinan, a nuestro juicio, con otros rasgos independientes de ellas. En la sociedad española se dan muy fuertes resistencias a los cambios que representan reordenación de los recursos sanitarios y una opinión muy extendida de que como “la salud no tiene precio”, cualquier actuación en favor de la salud o en favor de mayores recursos para sanidad, (incluso aunque no esté clara su efectividad) debe ser siempre puesta en marcha o mantenida, sin considerar los costes, es decir, sin atender a criterios de eficiencia. A esta mentalidad contribuyen activamente en ocasiones los medios de comunicación. Cerrar camas en verano es negativo, aunque no haya enfermos y los helicópteros de transporte sanitario deben tener bases por doquier, con independencia de su altísimo coste y cuál sea su aportación efectiva a la salud de los ciudadanos. Las llamadas a la eficiencia se tachan de “economicismo”. La reacción negativa ante posibles cambios de cualquier componente del sistema público en España está, pues, muy arraigada en la sociedad y constituye una grave dificultad para emprender reformas, como si no existieran despilfarros e ineficiencias.

¿Qué razones explican estas actitudes? A nuestro juicio, cabe destacar seis. En primer lugar, la irresponsabilidad de ciertos políticos, que se abonan a las causas populistas y rechazan un intenso debate social porque estiman que otro comportamiento impactaría negativamente en sus resultados electorales. Segundo, la incompetente gestión, en muchas ocasiones, por los responsables públicos, de la sanidad y de las reformas sanitarias, que han llevado a la población a desconfiar de ellas. Tercero, la presión y la propaganda de los grupos de interés cuyo desempeño económico está ligado a la sanidad y también de los profesionales que pueden verse perjudicados por las reformas. Recuérdese la “Operación Primavera” contra el Ministro Lluç y la Ley General de Sanidad en los años ochenta (Lluç, 1998). O la movilización de los grupos de interés ligados al vino y las bebidas alcohólicas contra un proyecto de ley restrictivo en 2007 (MSC, 2007). Respecto de profesionales y otros trabajadores ha quedado como lapidaria la frase de López-Casnovas (2015). “No es lo mismo el Estado de Bienestar de los trabajadores que el bienestar de los trabajadores del Estado”. En realidad deberíamos dar a este factor, las resistencias de los grupos de intereses, una consideración independiente y extensa dada su importancia, en España y en cualquier otro país, como explicación de la resistencia a las reformas.

Cuarto, graves problemas de mal gobierno de la sanidad, como son la falta de estudio, explicación y debate público de las medidas de reforma, la ocupación de cargos de gestión que exigen formación, conocimientos y experiencia por anteriores responsables políticos carentes de ellos, o la corrupción, todo lo cual genera nuevamente desconfianza y desapego. Quinto, la falta de apertura de oportunidades para la participación ciudadana, siendo así que, como pone de manifiesto la Comisión de las Comunidades Europeas (2001) y AES (2014), la participación colectiva e individual, como principio básico de la pluralidad democrática y del buen gobierno, fortalece la aceptabilidad social de la acción política y promueve la eficiencia de los servicios públicos. La participación ciudadana en las decisiones sanitarias, en sus distintos niveles, requiere la existencia de una amplia posibilidad de elección dentro de la sanidad y una cultura organizativa y profesional en la cual el ciudadano tenga en todo momento la información que necesita para tomar sus propias decisiones y ejercer el control de todo aquello que atañe a la atención de su salud (AES, 2014).

Sexto, el desconocimiento o la desconfianza por parte de la sociedad y de las administraciones públicas hacia la investigación científica y la necesidad de fundar las políticas públicas en las pruebas y los estudios empíricos (en este caso sobre servicios de salud), que lleva a ignorar o despreciar resultados y propuestas sobre los que, sin embargo, puede haber ya un amplio consenso científico consolidado.

En un contexto en el que las consecuencias de la crisis económica están lejos de superarse y el crecimiento económico no está por principio garantizado en el largo plazo, es necesario realizar esfuerzos, educativos y de información y dar pasos decididos hacia el buen gobierno de la sanidad para conseguir la comprensión y el apoyo de la ciudadanía y la opinión pública en favor de reformas que se orienten hacia la eficiencia con el objetivo de proporcionar más y mejor salud y a más ciudadanos.

7.4. DESINTEGRACIÓN CLÍNICA Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La integración de los servicios de salud supone superar los perjuicios que para los pacientes originan la división de los servicios y las fronteras entre atención primaria y atención especializada y hospitalaria. Con la integración clínica se pretende dar respuesta a las necesidades actuales, determinadas por las enfermedades crónicas y degenerativas y no por episodios de enfermedad aguda, con el objetivo de lograr cotas superiores de calidad y eficiencia. En ocasiones la integración va acompañada de una financiación comprensiva de los servicios de salud, es decir, fórmulas de financiación que cubran la totalidad de los servicios de salud y generen incentivos a la eficiencia. En particular, siste-

mas de pago capitolativo. También de nuevas fórmulas organizativas. En España existen algunos ejemplos de integración de servicios, tanto públicos (Badalona; Serveis de Salut Integrats Baix Empordá), como de colaboración sector público-privado (p.ej. Departamento de La Ribera de la Comunidad Valenciana).

En un excelente texto que puede servirnos de hilo conductor, Ricard Meneu (2006) afirma que la integración clínica es el objetivo básico de la reforma del diseño de las organizaciones sanitarias. Sus elementos nucleares serían la identificación y el cribado de pacientes, su evaluación, la planificación asistencial, su implementación, la monitorización y la revisión (Meneu, 2006: 29). El concepto de integración puede abarcar la integración financiera, la integración organizativa y la integración de la práctica clínica. Las dos primeras tendrían un carácter instrumental respecto de la tercera, que es la que realmente se traduce en resultados de salud, pero si no se actúa sobre las dos primeras, la tercera puede verse comprometida o dificultada.

La situación actual de desintegración o fragmentación en nuestro SNS es descrita así por Meneu: "Un paciente hospitalizado típico suele haber peregrinado previamente a través de su centro de salud, el ambulatorio reconvertido en consultas externas, generalmente como prelude de la visita a éstas, un laboratorio y, a menudo, un centro de diagnóstico por la imagen. Su travesía culmina, con demasiada frecuencia, en las arenas de las puertas de urgencias. Para recorrer las estaciones de esta búsqueda del nivel con mayor capacidad resolutoria, el paciente gestiona demoradas citas con los distintos especialistas para los que su médico de familia, el facultativo que tiene atribuida la continuidad longitudinal de su asistencia, le provee de los oportunos salvoconductos. También le proporciona periódicamente los cupones con los que retirar su medicación de cualquiera de las farmacias funcionantes. Además, ante ciertas dolencias debe recurrir a servicios prestados por entidades municipales o asociativas, como es el caso de muchos centros de rehabilitación, residencias o centros de día, los mismos servicios sociales o las prestaciones del voluntariado, sin apenas relación con el sistema sanitario. Aunque la financiación de casi todos estos servicios procede de la misma bolsa y la propiedad o gestión de la mayor parte de ellos está encomendada a las mismas administraciones, sus particulares objetivos no parecen estar alineados en un mismo sentido, ya que cada uno de ellos responde de manera dispar a los diversos incentivos presentes y a sus peculiares condiciones organizativas y culturales" (p. 3).

La multiplicidad de proveedores, la descoordinación de servicios, la desatención a las preferencias de los pacientes, la escasa medición de resultados relevantes y la falta de incentivos orientados hacia la prestación de una asistencia integral –"la causa eficiente" de la situación– serían los motivos que explican esta situación (Meneu, 2006).

Los criterios de Leatt *et al.* (2000, cit. por Meneu 2006), para la evaluación por parte de un paciente del grado de integración de un sistema sanitario son:

- No tener que repetir su historia clínica en cada visita.
- No someterse a repeticiones inútiles de exámenes y pruebas.
- No ser la única fuente de información sobre su historia de utilización de servicios, procedimientos y medicamentos.
- No quedar en un nivel de atención inadecuado por incapacidad de acceder puntualmente a otro nivel.
- Acceso continuo a un proveedor de servicios vinculado a la Atención Primaria.
- Información clara y precisa sobre la calidad de la asistencia y resultados esperables de las distintas opciones terapéuticas y elegir en consecuencia.
- Acceso fácil y oportuno a los diversos exámenes y profesionales.
- Tiempo suficiente en las consultas del primer nivel asistencial.
- Recibir educación para prevenir complicaciones de problemas crónicos.
- Apoyo domiciliario y formación a los pacientes en autocuidados que maximicen su autonomía.

Las experiencias más importantes con instrumentos de integración tienen su origen en el *managed care* estadounidense: los programas de gestión de enfermedades (PGE) y los programas de gestión de casos (PGC). Los programas de gestión de enfermedades constituyen un enfoque poblacional sistemático para identificar personas en riesgo, intervenir mediante programas asistenciales específicos y medir resultados, tanto clínicos como de otra naturaleza (Epstein y Sherwood, 1996, cit. por Meneu, 2006). “Los PEG suponen una orientación multidisciplinar de la asistencia sanitaria basada en la identificación proactiva de poblaciones con una determinada condición clínica o riesgo importante o inminente de padecerla, los cuidados integrados y la continuidad asistencial” (Hunter y Fairfield, 1997, cit. por Meneu, 2006).

Los seis componentes básicos de los PGE son entonces:

- Procesos de identificación de la población diana.
- Guías de ejercicio de la medicina basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Modelos colaborativos de ejercicio de la medicina que integran proveedores médicos y de otras disciplinas de apoyo.
- Educación y capacitación de los pacientes en el automanejo de sus procesos.
- Medición de los procesos y resultados, evaluación y gestión.
- Informes rutinarios y retroinformación, que puede incluir comunicación con el paciente, los médicos, o el conjunto del dispositivo asistencial.

Los programas de gestión de casos (PGC) se orientan al paciente y no tanto a la enfermedad específica. No existe un modelo universal de gestión de casos. Pero sus principales características podrían resumirse así: identificación, cribado y recluta de pacientes, evaluación global, planificación asistencial, organización y vinculación de los servicios, monitorización, red de evaluación y en general la intercesión por sus prestaciones (Ferguson y Weinberger, 1998, cit. por Meneu, 2006). Meneu destaca la coordinación de los cuidados y servicios recibidos por pacientes especialmente vulnerables y la importancia de los gestores de casos. Es importante reseñar que mientras que los responsables de los PGE pueden ser médicos generalistas o especialistas, los PGC son generalmente confiados a enfermeras o trabajadores sociales.

Según los gestores del muy discutido “Modelo Alzira”, las ventajas de la integración de la asistencia ambulatoria son:

- Permite la redistribución de la actividad de las consultas de atención especializada y evita la competencia entre niveles, la duplicidad de consultas y pruebas.
- Proporciona una atención más resolutive y cercana al paciente.
- Evita en una gran parte de los casos el desplazamiento al hospital, y
- Mejora la accesibilidad y la calidad.

Las ventajas de la integración de la asistencia urgente se manifiestan en que:

- Mejora la coordinación y la continuidad asistencial (equipamientos y sistemas de información).
- Mejora la competencia profesional (intercambios y formación).
- Mejora la eficiencia en la gestión.
- Permite el análisis de datos para la planificación y gestión de los recursos.
- Mejora la resolución de los problemas de salud urgentes en el punto más cercano de atención.
- Aumenta la confianza de los pacientes en el departamento de salud.
- Descenso de los pacientes que acuden directamente al hospital.
- Aumento de los pacientes que siguen las instrucciones recibidas en urgencias extrahospitalarias.
- Mejora de la derivación desde urgencias extrahospitalarias hacia el hospital.
- Permite redistribuir los recursos, y
- Mejora la accesibilidad.

Entre las ventajas de la integración asistencial se encuentran:

- Disminución de la variabilidad clínica.
- Mejora la seguridad.
- Mejora la calidad asistencial.
- Mejora de los resultados asistenciales.
- Aumenta la satisfacción de los pacientes.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales; y
- Mejora la eficacia y eficiencia del sistema (Espinosa *et al.*, 2010).

¿Qué nos dicen los estudios científicos y las revisiones sobre los resultados de estos programas? En opinión de Meneu no se ha podido llegar hasta ahora a conclusiones claras. No es posible identificar los componentes de los diferentes modelos que contribuyen de manera efectiva a los resultados obtenidos, ni tampoco establecer conclusiones definitivas sobre las formas más eficaces de prestación. Mayor incertidumbre aún rodean las cuestiones relativas a su eficiencia (Meneu, 2006: 22 y 23). Las opciones distan de ser inequívocas (p. 32).

Así que conviene ser cauto. Meneu defiende un equilibrio en la integración asistencial para un sistema como el español. La experiencia de los PGE y los PGC puede proporcionar enseñanzas. Pero con aseguramiento de toda la población y con una potente estructura de atención primaria que debe responsabilizarse de la longitudinalidad de la asistencia, no parece aconsejable la adopción de modelos excéntricos de prestación de servicios de integración, sino más bien incorporar a los modos de práctica usual el instrumental de eficacia más probada (p. 29).

Para nuestro SNS se defiende actuar sobre el conjunto del sistema y huir de actuaciones parciales que pueden ser más nocivas que beneficiosas. En el nivel de la macrogestión hay que introducir incentivos adecuados, promover ensayos evaluables y disponer de una guía o marco básico de actuación. En el contexto de la mesogestión también los incentivos deben ser establecidos o retocados. La financiación capitativa, la carrera profesional, las mejoras retributivas, la medición de resultados y los sistemas de información compartida serían otros elementos a reorganizar a este nivel. En el ámbito de la microgestión o gestión clínica serían decisivos el liderazgo clínico, el empleo de guías, el rediseño e implantación de procesos integrados y los sistemas integrados de información (*ibid.*).

7.5. PROBLEMAS DE RECURSOS HUMANOS E INCENTIVOS

En el sector sanitario el factor productivo fundamental es el conocimiento, es decir, los profesionales y científicos adecuadamente formados y con capacidad para prestar unos servicios y una atención que en muchas ocasiones son complejos y de alta tecnología. Por ello, los problemas de recursos humanos y de incentivos son una cuestión clave en todos los sistemas sanitarios. No podemos tratarlos aquí más que muy someramente y habrá que dejar de lado numerosos aspectos por importantes que sean como la planificación de personal, la formación universitaria y continua, las especialidades médicas y su distribución o la carrera profesional. Sí trataremos algunos otros problemas cuyas soluciones implican auténticas reformas

estructurales que nos parecen decisivas para lograr mejoras de eficiencia y calidad en el sistema español

7.5.1. Algunas cifras sobre gasto de personal, efectivos y repercusiones de la crisis

En primer lugar recordemos brevemente que en España, como en otros países, casi el 50% del gasto en salud se dedica a remuneraciones de personal. En 2014 exactamente el 45% según la *Estadística del gasto sanitario público* (MSSSI, 2016).

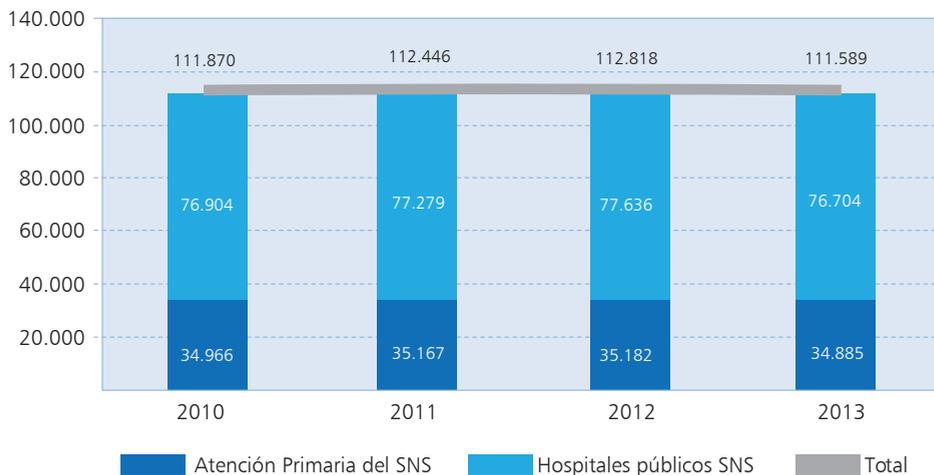
En segundo término reparemos también en que el número, distribución entre especialidades y servicios y planificación de efectivos de personal (médicos, enfermeros...) es otro tema fundamental. Hasta 2011, ya bien entrada la crisis económica, la cifra relativa de médicos en España se recuperaba, desde mediados de los 90, hasta alcanzar en los últimos años uno de los primeros puestos, muy por encima del promedio de la UE y sólo por detrás de las cifras de Italia. Lo mismo cabe decir del número de profesionales de la enfermería, cuyo avance era aún más acusado, de modo que España presentaba cifras similares a las de Francia y Alemania y convergía con el promedio de la UE. Como los profesionales del sector privado son una cifra marginal con respecto al total lo mismo podría decirse con referencia al sector público (estas apreciaciones y cifras son de García-Armesto, *et al.*, 2011: 146 y 147).

“Con la crisis económica el empleo en el sector sanitario ha sufrido, pero ha sufrido relativamente menos que el de otros sectores económicos. De hecho, el empleo en el sector sólo empezó a caer a partir de 2011, coincidiendo con la segunda recesión” (Jiménez Martín y Viola 2014). En el SNS se ha contenido el crecimiento e incluso han disminuido los efectivos de personal a partir de 2012, como se ve en los gráficos 7.4 y 7.5. Esta disminución ha sido particularmente notable en el caso del personal de enfermería. Como dice el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud correspondiente a 2013: “La tendencia que se venía produciendo de incremento progresivo del número de profesionales de enfermería en el Sistema Nacional de Salud se ha truncado en los últimos años, con un cambio de la tendencia, produciéndose, fundamentalmente entre 2011 y 2012, una disminución de los efectivos esencialmente en el ámbito de atención especializada” (MSSSI, 2014: 93).

Aunque países como Noruega y los Países Bajos presentan una ratio relativa de médicos similar a la de España, muestran cifras muy superiores del personal de enfermería, ya que el sistema español sigue estando más centrado en

GRÁFICO 7.4

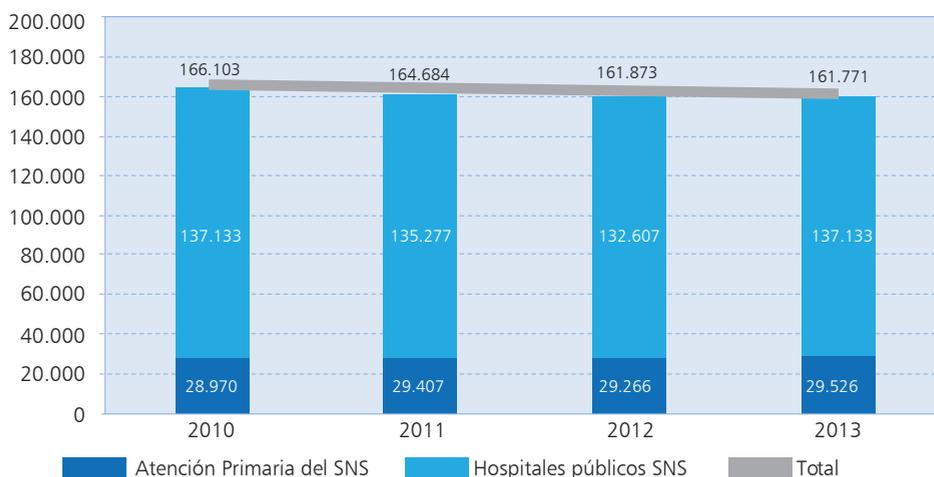
NÚMERO DE MÉDICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN. ESPAÑA 2010-2013



Fuente: MSSSI, 2014. Sistemas de información de atención primaria y atención especializada. 2013 provisional.

GRÁFICO 7.5

NÚMERO DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ESPAÑA 2010-2013



Fuente: MSSSI, 2014. Sistemas de información de atención primaria y atención especializada. 2013 provisional.

los médicos que el de otros países. (García Armesto, *et al.*, 2011: 146 y 147). En efecto, en 2012 la ratio de enfermeras/médico en España era de 1,3, frente a 2,4 en Francia, 3,0 en Alemania, 2,9 en Holanda y 3,7 en el Reino Unido (OECD, 2012 cit. por Scheffler, 2013).

Con los matices dichos, las consecuencias de la crisis y la consolidación fiscal han sido más que apreciables. El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2010 describía eufemísticamente, bajo el epígrafe “8.3 Mejoras en la gestión de recursos humanos”, las medidas de contención del gasto sanitario o recortes en materia de personal: “La principal contención en el gasto en recursos humanos durante el año 2010 se produjo por la reducción salarial de los empleados públicos. En algunas comunidades autónomas esta medida se vio complementada por la suspensión del reconocimiento del ascenso de grado en la carrera profesional o al menos de sus efectos económicos. Además, todos los servicios de salud profundizaron en las medidas para el control del absentismo, la disminución de contratos de sustituciones, la no cobertura de vacantes, la restricción en la concesión de permisos y licencias, la disminución de los contratos por acumulación de tareas o no contemplados en la plantilla orgánica. La amortización de vacantes y suspensión de las ofertas de empleo público, así como la disminución de la productividad variable y la retribución de jornadas extraordinarias, han sido otras medidas adoptadas para el control del gasto del capítulo I. La disminución salarial en algunas ocasiones se ha trasladado a los centros y servicios concertados, a través de la reducción de precios que han tenido lugar en varias comunidades” (MSPSI, 2012: 186).

Estas medidas y la contención del gasto en salud entre 2010 y 2014, como ya dijimos en el capítulo cinco, deben ser puestas en perspectiva. Durante los años anteriores a la crisis los efectivos de personal y los salarios del sistema aumentaron intensamente y explican una parte decisiva del crecimiento del gasto en esos años. Ambas variables crecieron por encima del 20% durante el periodo 2002-2009 (Ventura y González, 2012; Puig-Junoy, 2011).

7.5.2. Modelo de relaciones laborales

Como es sabido, a lo largo de los años sesenta del pasado siglo, el gestor de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el INP, creó una red de ambulatorios y hospitales con un régimen contractual específico, semifuncionario, el del “personal estatutario”, para sus trabajadores y profesionales, que persiste en lo fundamental en la actualidad, con algunas modificaciones introducidas por la Administración Central y las CC.AA.

Este modelo funcionarial-estatutario de contratación de personal ha sido frecuentemente criticado, con razón, por muy diversos analistas, por su rigidez

y las dificultades que ofrece para una gestión eficiente. Sus problemas básicos son llevar la estabilidad en el empleo mucho más allá de lo razonable (plazas en propiedad), impidiendo el despido excepto por vía sancionatoria y restringir la movilidad en los puestos de trabajo. A ello se añade la rigidez para la adaptación de horarios y dedicaciones a las necesidades asistenciales y las limitaciones para la diferenciación del reconocimiento del mérito individual y colectivo (PWC, 2012).

Las plazas “en propiedad” “no existe(n) en los servicios públicos sanitarios de ningún país homólogo”. “... Constituyen en muchos casos una hipoteca estructural añadida para obtener y sostener un rendimiento adecuado en los puestos de trabajo.... Por otra parte, éstas resultan accesibles a un número cada vez menor de profesionales, tras soportar durante períodos de tiempo, en muchos casos muy prolongados, situaciones precarias (contratos eventuales, temporales de duración mínima, y otras muchas modalidades). Estimaciones recientes, indican que esas situaciones afectan a cerca del 50% del personal médico del SNS, y a proporciones similares del restante personal del mismo” (Rey del Castillo, 2015).

“El debate entre laboralización o funcionarización ocupó una década (los 1990), durante la cual se fueron paralizando los concursos y se acumularon y enquistaron situaciones de interinidad y contrataciones eventuales y precarias insostenibles. Esto llevó a sacar una gran convocatoria de plazas estatutarias (vía OPE –Oferta Pública de Empleo– extraordinaria de la Ley 16/2001), que tuvo el efecto de consolidar dicho modelo de vinculación..., lo que fue... recogido en el tardío... Estatuto Marco... (Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud), cuyas holguras han sido reinterpretadas a nivel central y autonómico en clave <funcionarizante>” (Repullo, 2012).

Tras la Ley 55/2003 “el marco disponible es rígido y acarrea dificultades para la movilidad del personal... Esta rigidez y la centralización de la regulación de las relaciones laborales atribuye protagonismo a los políticos y los sindicatos... Las políticas de recursos humanos se han orientado hacia el corto plazo y las presiones políticas del día a día” (Durán, Lara y van Waveren, 2006: 109). “En la práctica, todas las formas de contratación intentadas en España desde los años 80 han tenido como asunto central la estabilidad del personal sanitario y cualquier otra consideración ha quedado subordinada” (Durán, Lara y van Waveren, 2006: 110).

Abellán y Sánchez (2013) proporcionan una interesante argumentación, basada en datos del conocido estudio de IASIST sobre la eficiencia y calidad de los hospitales españoles, acerca de las ventajas de un marco jurídico más flexible

que podría proporcionar menores costes de personal¹. El de 2010 (IASIST, 2010), analiza 41 hospitales del SNS de gestión directa y personal estatutario (hospitales de gestión directa administrativa, todos públicos) y un segundo grupo de 37 hospitales (públicos y privados) con distintas fórmulas organizativas y personal laboral. El estudio concluye que estos últimos hospitales gestionan mejor las camas y son más intensivos en el uso de tratamientos ambulatorios, al tiempo que sus costes por unidad de producción (alta hospitalaria ajustada por la complejidad de la actividad asistencial) son un 30% inferiores a la de los hospitales de gestión directa administrativa. “Las diferencias más claras entre los dos grupos de hospitales son... las que tienen que ver con la productividad de los recursos humanos y el coste. Puesto que el régimen laboral estatutario laboral es, en definitiva, el criterio de clasificación de los hospitales (en el estudio IASIST) es lógico que sea en el ámbito de la productividad de los recursos humanos donde se concentra el poder explicativo de las diferencias que se atribuyen al modelo de gestión (un 48% de la varianza)” (Abellán y Sánchez, 2013).

Hoy se considera que una de las reformas estructurales básicas del Sistema Nacional de Salud pasa por acabar con este modelo y establecer un sistema moderno, flexible y eficiente de relaciones laborales, en particular para los médicos. Así, Repullo (2012) propone “desfuncionarizar” y “reprofesionalizar”. También la Asociación de Economía de la Salud, casi con las mismas palabras, propone “desfuncionarizar para profesionalizar”: “La red pública necesita dotarse de instrumentos de gestión de recursos humanos que le den flexibilidad y adaptabilidad a las necesidades. Por ello debería iniciarse un proceso no traumático y gradual de desfuncionarización de los profesionales sanitarios, en particular de los médicos” (Bernal *et al.*, 2011). Una gran consultora sugiere igualmente evolucionar hacia formas de contratación laboral (PWC, 2012). Y un documento de trabajo de la Fundación Alternativas, próxima al PSOE, plantea “Derogar... el actual Estatuto Marco del SNS, y promover un nuevo estatuto que establezca la relación laboral del personal del SNS que acceda a partir de ahora al desempeño de plazas en el mismo, así como los mecanismos transitorios para el acceso a las nuevas plazas por quienes vengan desempeñando hasta ahora plazas “en propiedad” en el propio SNS” (Rey del Castillo, 2015: 48).

Esta reforma exige una prudente gradualidad y la implicación de los profesionales con la introducción de elementos de diferenciación y reconocimiento del mérito individual y colectivo, incluyendo sistemas de retribución variable y por resultados, para estimular el compromiso con el sistema y la atracción y la

¹ La serie de estudios anuales de IASIST tiene importantes limitaciones, como la no representatividad de la muestra. Desde luego no proporciona bases para atribuir ventajas a la provisión (suministro) de servicios por empresas privadas sobre la provisión pública, interpretación errónea que se hace frecuentemente.

retención de talento (PWC, 2012). El modelo habría de evolucionar para las futuras incorporaciones hacia formas de contratación laboral “normales”, con mantenimiento y negociación de los derechos adquiridos.

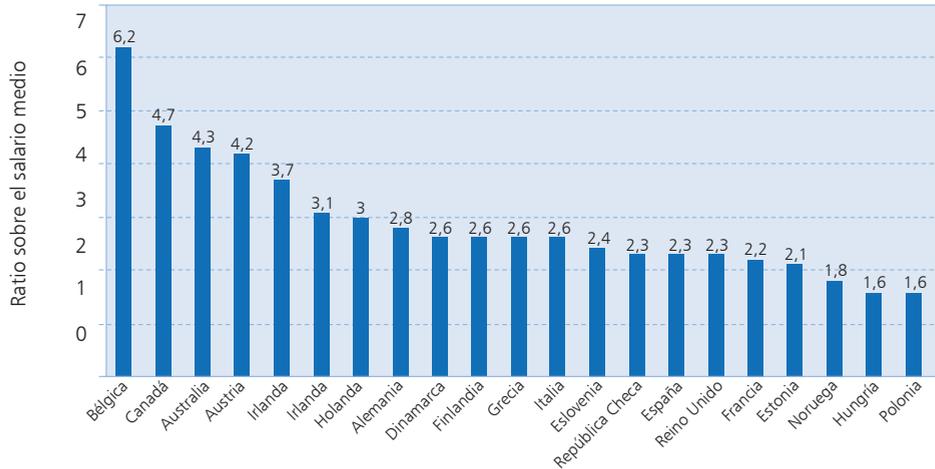
7.5.3. Retribuciones

El sistema de retribuciones y los niveles que éstas alcancen son elementos fundamentales de la organización de los recursos humanos en cualquier empresa o institución y por tanto también lo son para nuestro sistema sanitario. Una peculiaridad española desde hace mucho tiempo es que *los médicos han sido, en general, retribuidos por salario*, y que *los componentes variables dependientes de la productividad han tenido muy poca importancia*. Este diseño se implantó en épocas tempranas, muy anteriores a la Ley General de Sanidad de 1986. Los médicos de hospital, organizados en servicios jerarquizados, eran retribuidos por salario. Sin embargo, los profesionales extrahospitalarios (generalistas, practicantes y especialistas) eran retribuidos por un sistema pseudo-capitativo (por cartilla de asegurado) (Repulllo, 2012). Cuando en los años 90 del pasado siglo se implantó la red de atención primaria y demás reformas subsiguientes a la LGS 1986 el salario se generalizó como sistema retributivo.

Un problema del sistema de retribuciones en el SNS es su *complejidad* derivada en parte de que se aproxima al esquema de los funcionarios públicos. En 2013 en un hospital de Madrid los componentes de la retribución de un médico eran nueve: retribuciones básicas, pagas extraordinarias, complemento de destino, complemento específico (puesto de trabajo y singular), complemento de atención continuada, complemento de productividad, retribuciones por categoría, complementos personales y transitorios y complemento de carrera profesional (Rodríguez Sánchez, 2013).

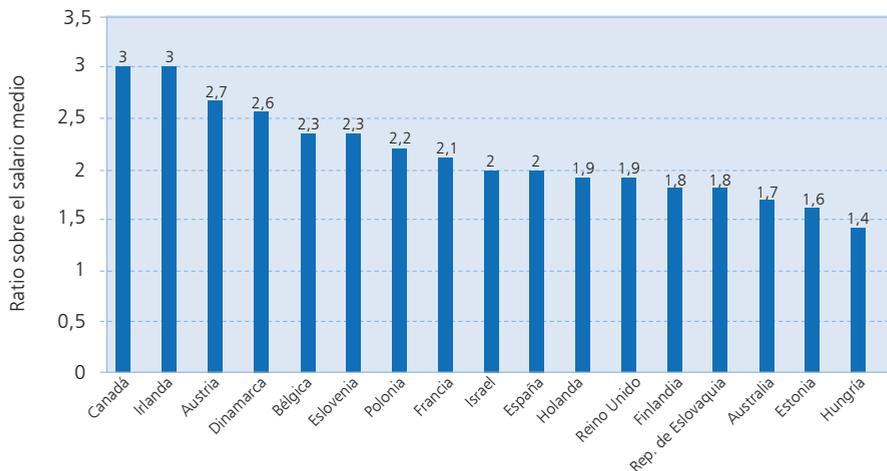
En general se estima que los *niveles salariales* de los profesionales sanitarios españoles son inferiores a los de otros países europeos comparables. En cuanto a los niveles relativos y comparando con nuestro propio país hacia 2005 la renta bruta per cápita disponible del personal facultativo y de enfermería se sitúa entre 3 y 3,1 y entre 1,8 y 1,9 veces por encima de otros sectores respectivamente (Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE, 2005; Gil *et al.*, 2010). Según la OCDE hacia 2011 el nivel relativo de las remuneraciones de los especialistas y los médicos generalistas tampoco sería alto por comparación con otros países. Los especialistas ganarían 2,3 veces el salario medio (frente a 2,9 de media de la OCDE) y los médicos generales dos veces el salario medio español, que también es relativamente bajo (frente a 2,1 de media de la OCDE) (véanse gráficos 7.6 y 7.7). En cuanto al personal de enfermería la comparación con otros países de su salario relativo le sitúa en un nivel alto. En 2011 ganarían 1,2 veces el salario medio, entre las ratios más altas de la OCDE (gráfico 7.8).

GRÁFICO 7.6

REMUNERACIONES DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN RELACIÓN CON EL SALARIO MEDIO. ESPAÑA, 2011


Fuente: OCDE. Tomado de Scheffler, 2015.

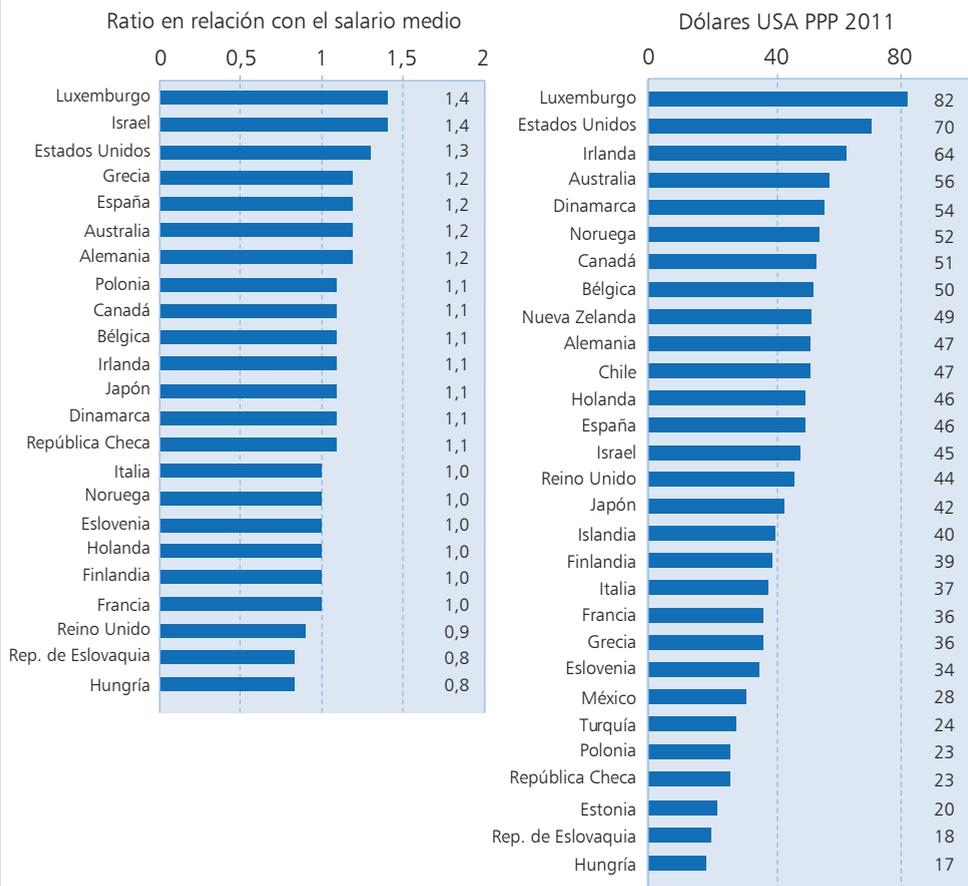
GRÁFICO 7.7

REMUNERACIONES DE LOS MÉDICOS GENERALES EN RELACIÓN CON EL SALARIO MEDIO. ESPAÑA, 2011


Fuente: OCDE. Tomado de Scheffler, 2015.

GRÁFICO 7.8

**REMUNERACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALARIO.
PAÍSES DE LA OCDE 2011**



Fuente: OCDE, 2013.

En la *evolución* de las remuneraciones en nuestro SNS es importante destacar que “las mejoras generalizadas en las condiciones de trabajo se explican en cierta medida por el *comportamiento emulador de las comunidades autónomas*, que tratan de alcanzar a aquéllas que encabezan la

carrera por las mejoras” (Ventura y González, 2012). El informe de 2006 del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud sobre España indicaba que “La ronda final de transferencias a las regiones en 2002 disparó un proceso de negociación entre políticos y sindicalistas que provocó un incremento de costes de personal similar al que ocurrió en la primera ronda...” (p. 109) En el informe se proporcionan interesantes datos sobre los incrementos salariales, los aumentos de efectivos, la disminución de la jornada a 35 horas semanales y la disminución de cartillas sanitarias (Durán, Lara y van Waveren, 2006).

En nuestro SNS la *modulación* de las remuneraciones a los niveles de *productividad*, individuales o por unidades, para estimular el rendimiento, incentivar a los mejores y desalentar los comportamientos negativos de quienes se desentienden de los fines de la organización, no se ha desarrollado ni correcta ni suficientemente. El mismo informe de 2006 sobre España del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud destacaba que en la evolución de las condiciones laborales desde el fin de las transferencias a las CC.AA. en 2002 “lo más preocupante es que la mayor parte de los aumentos de remuneración afectaron a los componentes fijos... por comparación con los ingresos relacionados con un mejor desempeño” (Durán, Lara y van Waveren, 2006: 110).

Un ejemplo es el llamado complemento de productividad, teóricamente de carácter variable, pero tratado, casi siempre, como parte fija del sueldo, ya que, sea cual sea la actividad realizada, se recibe el mismo importe. Otro ejemplo claro de error de diseño de la estructura de las remuneraciones son las “peonadas”, una remuneración variable, una especie de “pago por acto”, por servicios prestados fuera de la jornada laboral ordinaria, por la tarde o el fin de semana, introducidas como un medio extraordinario para reducir las listas de espera. Fueron eliminadas en 2012 a consecuencia de la crisis económica. Suponían un incentivo “perverso”, pues estimulaban reducir la actividad en el horario normal por la mañana y desplazarla a la tarde para cobrarlas. “En la medida de lo posible, habría que evitar el pago por acto, máxime cuando quien recibe esa retribución extra es un profesional asalariado. La práctica de las “peonadas” supone un coste adicional para el sistema, incentiva la pérdida de productividad en horario regular y tiende a incrementar el número de pacientes sometidos a intervenciones innecesarias” (Bernal *et al.*, 2011: 3).

Por todo ello, son numerosas las voces que se han alzado pidiendo mejoras en el sistema de pago a los profesionales sanitarios. El documento redactado por miembros destacados de AES con directrices para superar la crisis económica defendía que “retribuir según resultados y esfuerzos es justo y motivador”.

“La red asistencial pública debería vincular la forma y fórmula de pago a los profesionales sanitarios con los objetivos de salud del sistema o, en su defecto, con el esfuerzo para conseguirlos. Una parte de las retribuciones debería tender a quedar fuera de las negociaciones colectivas y basarse en una evaluación de esfuerzo y rendimiento. Por otra parte, la retribución variable vinculada a objetivos debería aumentar en relación con la retribución fija. (Bernal *et al.* 2011: 3). En otro documento de posición de AES (2014), se reclamaba “vincular estas mejoras a la evaluación del rendimiento”. También el informe de McKinsey y FEDEA (Beltrán *et al.*, 2009), se pronuncia en favor de fomentar la autonomía de gestión y reforzar los esquemas de incentivos a los centros y a sus profesionales.

La crisis económica y los *recortes salariales* subsiguientes para lograr la consolidación fiscal han ido parejos a los de los empleados públicos en general. Para apreciar su magnitud podemos considerar el caso de los médicos especialistas de un hospital público de tamaño medio de la Comunidad de Madrid. En 2008 la remuneración media era de 66.856 euros y la de 2012 era de 57.804 euros, lo que supone una reducción del 13,5% en cinco años.

CUADRO 7.2

**EVOLUCIÓN DE LAS REMUNERACIONES MEDIAS DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE, 2008-2013 (EUROS CORRIENTES)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Retribución bruta básica	45.932	44.782	43.321	41.845	40.238	41.845
Carrera profesional	910	910	910	864	864	864
Guardias	20.014	19.476	19.476	18.502	16.702	16.302
Incremento de jefe de sección	551	559	523	505	487	468
Incremento de jefe de servicio	1.111	1.120	1.050	1.015	978	940
Número de jefes de sección	82	86	84	84	81	75
Número de jefes de servicio	39	39	39	39	39	39
“Peonadas”	3.856	3.760	3.640	3.520	3.392	0
Jornada de tarde	2.184	2.128	2.064	1.992	1.920	0
Número de jefes de sección	82	86	84	84	81	75
Número de jefes de servicio	39	39	39	39	39	39

Fuente: Rodríguez Sánchez, 2013.

7.5.4. Problemas de productividad y rendimiento

En el sistema sanitario español existen problemas de productividad y rendimiento importantes derivados de una deficiente organización y gestión. “La baja productividad no es un problema individual, ni debe culparse a los distintos colectivos profesionales, sino que es el resultado de un modelo organizativo y un marco de relaciones laborales complejo” (Gil *et al.*, 2010).

Para empezar, la jornada media anual en el sector público español, en el que se incluye el personal sanitario, era en 2010 de 1.589 horas anuales (32 semanales), frente a 1.738 en el sector privado. Esta jornada se redujo entre 2000 y 2008. También sería una jornada inferior a la de los países de nuestro entorno (Gil *et al.*, 2010). Motivado por la crisis económica, el Gobierno de la nación elevó la jornada de todos los empleados públicos, incluidos los estatutarios del SNS, a 37,5 horas semanales de media (Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, que en este punto tiene carácter básico, en términos constitucionales, es decir, prevalece sobre la regulación que pueda establecer cualquier otra administración).

En un documento de 2010 se decía que “Aunque no existen datos ni estudios publicados sobre la productividad en el sector sanitario, Antares Consulting ha analizado en diversas ocasiones la productividad y el rendimiento de centros hospitalarios de distinto tamaño, misión, modelo jurídico y comunidad autónoma, constatando:

- Las tasas de absentismo laboral en el sector sanitario público oscilan entre un 9% y un 12%, mientras que la media española fue del 5,3% en 2009.
- Las horas de actividad asistencial directa (horas dedicadas a la atención al paciente) respecto de las horas totales contratadas (horas de actividad asistencial directa más horas dedicadas a docencia, investigación, gestión o IT) se sitúan en proporciones de alrededor del 50-57%.
- El rendimiento de horas dedicadas a la actividad asistencial directa se sitúa en cifras alrededor del 60% (sobre ese 50-57% de horas de atención directa). Por lo tanto, existe una capacidad de mejora del rendimiento del 40% sobre las horas de atención directa o, lo que es lo mismo, de un 23% sobre el total de horas trabajadas (40% de no rendimiento sobre 57% de atención directa).

- Una gran diferencia en rendimientos intracentros e intercentros pone de manifiesto un margen de mejora amplio. En ocasiones, se observa que los rendimientos entre especialidades o unidades dentro del mismo centro pueden oscilar entre el 50 y el 80%. Por otra parte, una misma especialidad o unidad puede registrar rendimientos entre diferentes hospitales que varían entre un 61% y un 100%. En general, los grandes hospitales tienen tasas de rendimientos inferiores que los hospitales de tamaño medio, algo muy conocido por los profesionales del sector y por los responsables sanitarios” (Gil *et al.*, 2010).

Los mismos autores estiman que el aumento de la jornada laboral en 240 horas anuales (una hora al día para un año laboral de cuenta y ocho semanas), equivaldría a un incremento de la plantilla del 11,4%, o lo que es lo mismo 3.102 millones de euros (el 11,4% de la masa salarial en 2010). Para conseguir mejoras de productividad proponen incrementar progresivamente la jornada anual trabajada, contratos a tiempo parcial para lograr más flexibilidad, mayor movilidad de los profesionales dentro de un mismo centro y mejorar el control de ausencias y bajas por IT (Gil *et al.*, 2010).

7.5.5. Las grandes reformas necesarias del régimen de personal

Para concluir este apartado podemos decir que el régimen de personal y las condiciones laborales y salariales en nuestro SNS son áreas clave necesitadas de reformas estructurales. Recordemos que en la tabla resumen de medidas estructurales de reforma del sistema sanitario propuestas por Repullo (2012) que vimos en el apartado 7.1., de las seis que pertenecen al nivel macro, tres tienen que ver con la organización y gestión de los recursos humanos. De las 17 de Bernal *et al.* (2011), cuatro afectan a RR.HH.

Las tres destacadas por Repullo y que, en parte, ya hemos tratado en este apartado 7.5. son las siguientes:

- Desfuncionarizar y reprofesionalizar.

Reformar el marco estatutario para más gestión local y mejor adaptación funcional. Gestión clínica en hospital y autonomía y papel gestor para los equipos de atención primaria. En sentido parecido se expresan Bernal Delgado, Campillo Artero, González López-Varcácel *et al.* (2011).

- Permeabilizar especialidades para la gestión clínica.

Menos rigidez, más departamentalización, para más funcionalidad y orientación a profesionales y pacientes. Por su lado, el documento de los miembros de AES subraya que la nueva regulación de la troncalidad en la formación de especialistas médicos va a suponer un avance sustancial hacia la flexibilización de la oferta de profesionales (Bernal *et al.*, 2011).

- Cambio de la cultura profesional.

Redescubrir el papel de la ética y el profesionalismo. Invertir en cambiar la cultura de la nueva generación de profesionales sanitarios. Bernal *et al.* (2011)) ponen en relación este punto (al que alude hablando de ejemplaridad, honestidad y manejo de conflictos de interés) con el buen gobierno del sistema (en un sentido muy parecido véase también AES, 2014).

Por nuestra parte, añadamos la necesaria reforma de las condiciones salariales, introduciendo componentes variables que previa evaluación del desempeño premien la productividad, idealmente medida en términos de resultados en salud de los pacientes.

7.6. FALTA DE APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS CON CARÁCTER NORMATIVO¹

Entre las reformas estructurales que abrirían posibilidades a las mejoras de eficiencia en el SNS y, por tanto, a la incorporación de innovaciones compatibles con su viabilidad hay que mencionar a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS). La ETS es necesaria porque la asistencia sanitaria y la salud pública son extraordinariamente complejas, las tecnologías pueden estar en la frontera más avanzada del conocimiento y continuamente se producen innovaciones. Por ello, resulta muy difícil disponer de la información necesaria para valorarlas de manera individual e informal, sin aplicar métodos sistemáticos y con fundamento científico. Esta información no sólo es imperfecta, sino además asimétrica. Algunos agentes están mejor informados (por ejemplo las empresas que las desarrollan y comercializan), mientras que otros (médicos, sistemas públicos de salud o aseguradoras sanitarias privadas que tienen que decidir incorporarlas y aplicarlas) pueden tener una información limitada. Además, estas decisiones de incorporación de tecnologías nuevas son cruciales para el bienestar de los ciudadanos por las mejoras en salud que pueden generar.

¹ En este apartado utilizamos ampliamente Lobo (2013 y 2015).

Los avances de las últimas décadas en las tecnologías sanitarias es claro que han traído nuevos tratamientos y dispositivos innovadores que, aunque pueden aportar más valor de lo que cuestan, han significado, muchas veces, un incremento abrumador del gasto para los sistemas sanitarios. La tecnología es el principal motor del gasto sanitario, como ya analizamos en el capítulo cinco. “El progreso de las tecnologías médicas continúa transformando la asistencia sanitaria y mejorando la esperanza y la calidad de vida, pero también es uno de los principales motores del crecimiento del gasto sanitario en los distintos países de la OCDE” (OCDE, 2011). Sin embargo, aumentar el gasto en nuevas tecnologías no siempre merece la pena, ya que muchas veces existe un abismo entre eficacia y efectividad. La eficiencia se logra únicamente garantizando que se cierre la brecha entre lo que puede conseguirse con los actuales recursos y tecnologías sanitarias (eficacia) y lo que realmente se está consiguiendo en la práctica habitual (efectividad) (Ortún, 2006). Por tanto, la ETS puede influir grandemente en la viabilidad o sostenibilidad de los sistemas sanitarios, un gran desafío para el futuro de los países desarrollados y en vías de desarrollo (Sorenson, 2009).

La mejor forma de dilapidar los escasos recursos con los que cuenta el sistema de salud es financiando tecnologías sanitarias, medicinas y procedimientos que no tengan una eficacia y efectividad probada. Es necesario que las nuevas tecnologías sean al menos tan buenas –si no mejores– que las que ya existen y se usan en la práctica clínica habitual. El objetivo de la ETS es, pues, resolver los problemas de información imperfecta y asimétrica y de incertidumbre sobre la efectividad y servir de puente entre el campo de la investigación científica y el de la toma de decisiones, en un contexto de recursos limitados y múltiples necesidades. Así, la ETS es un área científica y profesional muy activa y en plena expansión internacional, promovida por la necesidad de mejorar la asignación de los recursos y la toma de decisiones políticas. Su crecimiento también ha sido facilitado por el continuo desarrollo de nuevos métodos de evaluación en ciencias aplicadas.

Dentro del marco de la ETS el análisis económico, o *evaluación económica* (también a veces llamado análisis de eficiencia, en inglés *cost-effectiveness* en sentido amplio) ocupa un lugar destacado. La evaluación económica de tecnologías sanitarias (EETS) se encuentra en una corriente del análisis económico, el análisis coste-beneficio, que se inició en los Estados Unidos en los años treinta del pasado siglo, para la evaluación de las obras públicas y otros supuestos con problemas de información o inexistencia de mercados, en los que el sistema de precios se revela insuficiente para tomar decisiones.

La EETS se pregunta: ¿cómo maximizar la eficiencia? Por ejemplo, dado un presupuesto fijo, su objetivo sería alcanzar el máximo resultado en unidades de

salud. O bien trata de valorar si el aumento de costes que supone la implantación de una nueva tecnología es compensado por los beneficios, siempre en términos marginales (incrementales). El valor terapéutico añadido debe sumar los beneficios que el fármaco o tecnología pueda dar, desde todos los puntos de vista (paciente, sistema sanitario y sociedad). Respecto del punto de vista del paciente, se ha producido en el campo de la medicina y desde los últimos 15 años un creciente interés en evaluar, aparte de los resultados objetivos en eficacia, "el impacto de las intervenciones sanitarias sobre la vida de los pacientes, en lugar de sólo sobre sus cuerpos" (Addington-Hall y Kalra, 2001). Así, hoy se usan medidas de la calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción del paciente con el tratamiento, entre otros. Otra de las ventajas de la realización de los estudios de evaluación de la eficiencia es que se podría realizar una clasificación y posterior priorización de los tratamientos y servicios que componen la cartera básica de servicios sanitarios de cualquier país. A través del análisis de la Ratio Incremental de Coste-Efectividad (RICE), los administradores públicos tendrían base científica para determinar qué tratamientos financiar y en qué patologías se agrega más valor por el dinero invertido (Lobo, 2015). Sin embargo, no se debe caer en el error de usar mecánicamente los criterios de eficiencia. Se deben considerar otros elementos como la equidad, la justicia, el acceso o la libertad de elección (López-Bastida, *et al.*, 2010).

Desde principios de los 70 existen en el mundo *organismos públicos dedicados a la Evaluación de Tecnologías Sanitarias* que han proliferado notablemente. Su organización y grado de independencia respecto de los gobiernos son variables. La misión de estos organismos ha evolucionado a lo largo del tiempo. Fueron pioneros los organismos encargados de evaluar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos, como fundamento de la autorización o licencia de comercialización, pilares de todo un sistema de garantías de la salud pública respecto de productos que se utilizan masivamente y sin intervención directa del médico (posterior a la receta, en el momento del consumo del medicamento). El modelo histórico es la Food and Drug Administration de los EE.UU. Pero las agencias de medicamentos no realizaban, ni en su mayoría realizan todavía, una evaluación completa. Hoy, la misión de los organismos de ETS incluye, en cambio, la apreciación del valor terapéutico añadido, en relación con los costes incrementales que supone la utilización del medicamento en cuestión y la consiguiente promoción de su uso eficiente (que en inglés se describe sintéticamente con la expresión *value for money*, valor a cambio de tu dinero).

En Europa han sido pioneros y se consideran un modelo a seguir los organismos de Suecia y Reino Unido. El Consejo Sueco de Evaluación de Tecnologías Aplicadas a la Asistencia Sanitaria (SBU), fundado en 1987 es una agencia gubernamental independiente con la misión de evaluar las intervenciones sani-

tarias con un amplia perspectiva que cubre aspectos médicos, económicos, éticos y sociales. También en Suecia la *Tandvårds-Och Läkemedelsförmånsverket* (TLV, Agencia para las Prestaciones Dentales y Farmacéuticas), reformada en 2002, está especializada en evaluar los medicamentos para decidir acerca de sus precios y su financiación con fondos públicos. Ha de tener en cuenta, además de la eficiencia, el criterio del valor humano o de las personas (todas son iguales y con los mismos derechos) y el de necesidad y solidaridad (prioridad para los más necesitados). Utiliza la perspectiva social y los AVACS como unidad de medida de los beneficios obtenidos con el tratamiento (TLV, 2012).

En el caso del *Reino Unido*, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), fundado en 1999 y reorganizado en 2005 y 2013, es una agencia independiente que sigue la perspectiva de los servicios de salud (el pagador), y aplica a tecnologías y medicamentos considerados prioritarios el análisis coste-efectividad y coste-utilidad utilizando el AVAC como medida de las ganancias en salud. Una decisión negativa del NICE para un medicamento implica la denegación de la financiación pública, y una decisión positiva la obligación de financiarlo por parte de las autoridades del NHS. Además de la ratio coste-efectividad incremental que proporciona la evaluación económica, tiene en cuenta otros criterios como la prioridad clínica, la equidad, la innovación o la necesidad, como por ejemplo en el caso de las personas que se encuentran al final de su vida. También se ha creado un fondo especial para financiar medicamentos contra el cáncer que sigue estos criterios más flexibles. Como dijo el gran economista de la salud Alan Williams, “el NICE es lo más cercano al sueño de los economistas sobre cómo se deben fijar las prioridades en un sistema de salud (...) transparente (...) más incluso que cualquier órgano de gobierno que tome decisiones (...)” (Williams, 2004).

En *España* la Ley General de Sanidad de 1986 contenía un antecedente verdaderamente temprano de la regulación y la intervención estatal en la ETS¹. La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS y disposiciones que la desarrollan² contienen una regulación más amplia. Pero no llegan a condicionar la incorpo-

¹ Su artículo 110 afirma que “corresponde a la administración sanitaria del Estado valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria”. (Un texto sin contenido normativo, ya que ni siquiera se asigna una atribución de competencias). Su disposición final cuarta dice que “el Gobierno...establecerá... los requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios”. Repárese en que el artículo de Williams en el BMJ, sobre *bypass* de arterias coronarias, considerado uno de los textos inaugurales de la evaluación económica, es de 1985.

² Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS, Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS; Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

ración de tecnologías a la cartera de servicios y su financiación pública a que cumplan el requisito de eficiencia que sólo “se tendrá en cuenta” para la definición de dicha cartera. En cambio, si la efectividad no está suficientemente probada no se incluirán. Establecen que serán sometidas a evaluación con carácter previo a su utilización en el SNS por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en colaboración con otros órganos evaluadores a propuesta de las comunidades autónomas (redacción original) y por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (redacción del RDL 16/2012). También disponen que la exclusión de la cartera de servicios pueda estar motivada por la evidencia de su falta de eficiencia (artículos 20 y 21). Estas disposiciones prevén para los medicamentos un régimen especial y separado (la AEMPS asume “la realización de los análisis económicos necesarios para la evaluación de estos productos”, artículo 31 de la Ley).

El concepto de “red” es difuso. No es un órgano administrativo, sino un mecanismo de coordinación e intercambio de información entre la agencia estatal y las de las comunidades autónomas con funciones asesoras. Su misión es “generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el SNS, contribuyendo de esta forma al incremento de la calidad, equidad, eficiencia y cohesión en el mismo” (preámbulo de la Orden SSI/1833/2013). Esta orden es la única norma que la regula con preceptos sólo sobre su consejo rector. No hay pues nada parecido a un condicionamiento explícito de las decisiones al criterio de eficiencia. La Red elabora planes de trabajo a propuesta de las entidades que la integran y luego reparte los estudios de evaluación entre ellas.

Una interesante crítica de esta organización de la ETS en España es la siguiente: “Para entender el impacto de esta iniciativa, podemos comparar la práctica con los principios de Drummond. Según estos criterios, veo tres problemas con el sistema de evaluación en España:

- “Principio 1, el objetivo y alcance de la ETS debe ser explícito y relevante. Los objetivos de ETS no me parecen explícitos en España. Según el Real Decreto-Ley, el coste-efectividad es uno de los criterios, pero ¿qué significa en la práctica? ¿Un umbral coste/AVAC estándar por defecto para todas las especialidades como en Reino Unido? ¿Una frontera de eficiencia distinta para cada especialidad como en Alemania?
- Principio 2, la ETS debe ser un proceso imparcial y transparente. Tanto la Red de ETS como las agencias regionales carecen de independencia del Ministerio de Salud / Consejeros Regionales de Salud, en contra de este principio 2. Así, es difícil garantizar la independencia de la producción científica de la política.

- Principio 3, claridad sobre el establecimiento de prioridades para la ETS. Finalmente, ¿Cuáles son los criterios de selección para los temas /áreas a evaluar? ¿Quién inicia el proceso de evaluación? ¿Cuál es el papel de ETS en la toma de decisiones?”.

“Entonces, el problema no es una falta de infraestructura para realizar la evaluación económica. Existe en España un buen nivel de formación de los investigadores en las agencias y las universidades y la Red de Agencias me parece una utilización eficiente de los recursos. En principio, se podrían coordinar las actividades de la Red en España con EUnetHTA, por ejemplo. Pero para que la ETS tenga un impacto positivo en el SNS y en la sociedad, hace falta crear un control independiente sobre la Red de Agencias, realizar un proceso de evaluación transparente y dar claridad sobre las prioridades para la ETS” (Epstein, 2014).

No podemos sino estar de acuerdo y considerar aplicables, todavía en 2016, las afirmaciones de la Asociación de Economía de la Salud que en 2008 concluía que, a pesar de algunos signos de cambio, “...existe un acuerdo general ... sobre el escaso uso de la evaluación económica en España. Pese a las previsiones legales, a la dilatada tradición de agencias de evaluación de tecnologías y a la importante producción de evaluaciones económicas realizadas en España, tanto desde el ámbito privado como desde el académico la utilización de esta herramienta en las decisiones es escasa”. Además, “la experiencia europea indica que las agencias de evaluación de tecnologías con un status consultivo sólo tienen un impacto limitado sobre la política sanitaria... Pero cuando su tarea tiene carácter ejecutivo e influye sobre las negociaciones de precios... o de financiación... su impacto es claro... Ejemplos de la última opción son Suecia, Holanda, Alemania o Portugal” (AES, 2008). Las barreras que según AES impiden en España la utilización de evaluaciones económicas en la toma de decisiones son: la falta de credibilidad y utilidad práctica de este tipo de estudios; su nula comprensión, salvo para un reducido número de agentes; la incorrecta asociación de evaluación económica con contención de costos; el desinterés por el criterio de eficiencia en la microgestión y la escasez de datos de calidad.

En conclusión, la ETS en España está lejos de desplegar sus potencialidades plenamente. Así, el Sistema Nacional de Salud y el país entero se ven privados de sus ventajas, tan extensamente reconocidas. Entre ellas, el impulso a la utilización eficiente de los recursos y la orientación de las empresas y otras entidades hacia la investigación, el desarrollo técnico y las innovaciones también eficientes.

7.7. IDEAS PRINCIPALES DEL CAPÍTULO VII

Hasta aquí hemos analizado en este capítulo algunos retos fundamentales a los que se enfrenta actualmente el Sistema Nacional de Salud de España (SNS) y que exigen reformas estructurales. Existe un acuerdo bastante general acerca de las amplias posibilidades que tienen los sistemas sanitarios de todo tipo para incrementar su eficiencia. Para hacerlas realidad en nuestro país hay que resolver, por lo menos, cuatro tipos de problemas fundamentales, aunque ciertamente hay muchos otros que merecerían nuestra atención, si no quisiéramos hacer este informe interminable:

- Una particular cultura sobre el Estado de bienestar y el gasto público.
- La desintegración de la atención primaria y la atención especializada y de los cuidados de larga duración y servicios sociales.
- Problemas de recursos humanos e incentivos.
- Falta de aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias con carácter normativo.

Los cuatro requieren para su solución reformas estructurales, es decir, que han de ir a la raíz de las cosas pues afectan a la sociedad en su conjunto, y se enfrentan a los intereses de agentes sociales de gran peso, que pueden resistirse, oponerse a ellas y combatir las con denuedo. Requieren, por tanto, de explicaciones amplias, detalladas, fundamentadas en la investigación de servicios sanitarios y las pruebas científicas y bien difundidas a lo largo y a lo ancho de toda la comunidad, para conseguir el ineludible apoyo social que permita ponerlas en marcha. Para aclarar la dimensión de estos retos y reformas hemos visto primero algunos ejemplos de “bolsas de ineficiencia” y de soluciones ya adoptadas.

Las muy legítimas preferencias ciudadanas en favor de la sanidad pública se combinan con muy fuertes resistencias a la reordenación de los recursos sanitarios. Parece muy extendida la opinión de que como “la salud no tiene precio”, siempre están justificados mayores recursos para sanidad, sin atender a criterios de eficiencia, incluso aunque no esté clara la efectividad. Es una *cultura sobre el Estado de bienestar y el gasto público que favorece el derroche*. En un contexto en el que las consecuencias de la crisis económica están lejos de superarse y el crecimiento económico no está por principio garantizado en el largo plazo, es necesario realizar esfuerzos, educativos y de información y dar pasos decididos hacia el buen gobierno de la sanidad para conseguir la comprensión y el apoyo de la ciudadanía en favor de reformas que se orienten hacia la eficiencia con el objetivo de proporcionar más y mejor salud y a más ciudadanos.

La situación actual de desintegración de la atención sanitaria en nuestro SNS requiere actuaciones decididas. La integración clínica es hoy el objetivo básico de la reforma del diseño de las organizaciones sanitarias para dar respuesta a las necesidades actuales, determinadas por las enfermedades crónicas y degenerativas. Con la *estrategia de integración* se busca superar las brechas entre promoción de la salud, prevención, atención primaria y especializada/hospitalaria, de modo que todas las actuaciones orientadas a la salud y el tratamiento de las enfermedades de cada paciente se desarrollen con unidad de dirección, decisiones congruentes, coordinación entre todos los servicios y continuidad de la atención. Algunos elementos en los que ha de apoyarse la integración son:

- Refuerzo de la educación sanitaria, autonomía, capacidad de decisión y protagonismo de los pacientes quienes realmente tienen que ser el centro del sistema (“Apoderamiento”, “activación”).
- La implantación de incentivos adecuados, económicos (sistemas de pago capitativos y por resultados...) y no económicos (de reputación para los profesionales...).
- Permeabilidad entre especialidades y entre profesionales.
- Manejo masivo de las tecnologías de la información y la comunicación.

Esta visión es especialmente importante en el caso de los pacientes crónicos, que progresivamente son el objetivo más frecuente de los sistemas de salud, dada nuestra evolución demográfica hacia el envejecimiento. En España ya se han puesto en marcha iniciativas en esta dirección, especialmente en Cataluña, País Vasco, Andalucía y Comunidad Valenciana. Pero estamos huérfanos de dirección y liderazgo en el marco de un plan general de reforma del sistema sanitario en el que la integración debe ser una estrategia fundamental que encauce estas iniciativas y fomente muchas más. Para definirla se ha de buscar un equilibrio entre innovaciones y características y trayectoria de un sistema como el español, sin copiar mecánicamente modelos extranjeros.

Las cuestiones relativas al *personal* y *los incentivos* son clave en todos los sistemas sanitarios. España muestra una relación entre personal de enfermería y médicos que parece descompensada hacia éstos últimos. Una de las reformas estructurales básicas del Sistema Nacional de Salud es acabar con el modelo “estatutario” –desgraciadamente reforzado en tiempos recientes– y establecer un sistema moderno, flexible y eficiente de relaciones laborales, en particular para los médicos. Según casi todas las opiniones informadas esto supone eli-

minar el régimen funcional, “la plaza en propiedad”, y potenciar las dimensiones profesionales. También reconocer el mérito individual y colectivo con sistemas de retribución variable y por resultados, vinculados a los objetivos de salud del sistema y revertir el comportamiento emulador de las comunidades autónomas al modificar las retribuciones y condiciones de trabajo. Los niveles salariales de los profesionales sanitarios españoles son inferiores a los de otros países europeos comparables y el nivel relativo de las remuneraciones de los especialistas y los médicos generalistas tampoco sería alto (en relación con el salario medio). En cuanto al personal de enfermería la comparación con otros países de su salario relativo le sitúa en un nivel alto.

Existen *problemas de productividad y rendimiento* importantes derivados de una deficiente organización y gestión. Se concretan en la jornada media anual, (reducida en línea con la del sector público español, aunque prolongada por la crisis hasta los niveles anteriores); elevadas tasas de absentismo laboral; reducidas horas dedicadas a la atención directa al paciente respecto de las horas totales contratadas y gran variabilidad en rendimientos intracentros (pueden oscilar entre el 50 y el 80% entre especialidades o unidades) e intercentros (una misma especialidad o unidad puede registrar rendimientos que varían entre un 61% y un 100% entre diferentes hospitales), lo que pone de manifiesto un margen de mejora amplio. En general, los grandes hospitales tienen tasas de rendimientos inferiores. Las consecuencias de la crisis y la consolidación fiscal han sido más que apreciables en el número de efectivos y en los niveles salariales, aunque en los años anteriores aumentaron intensamente y explican una parte decisiva del crecimiento del gasto. Ambas variables crecieron por encima del 20% durante el periodo 2002-2009, de forma más acelerada que el PIB.

El régimen de personal necesitaría, pues, *grandes reformas*: más flexibilidad y aproximación a un régimen laboral; permeabilidad de las especialidades; refuerzo de la ética y el profesionalismo; nuevas condiciones salariales, con componentes variables que previa evaluación premien la productividad.

El cuarto gran problema en el que nos detenemos es la falta de aplicación sistemática de la *evaluación de tecnologías sanitarias* con carácter normativo. Aunque la tecnología es el principal motor del gasto sanitario y muchas veces existe un abismo entre eficacia y efectividad, la ETS en España está lejos de desplegar sus potencialidades, pues en el ámbito de la Administración del Estado no se exige legalmente, ni para las decisiones de financiación pública ni para las de fijación de precios de los medicamentos, a diferencia de Inglaterra, Alemania, Suecia o Portugal. Así, el Sistema Nacional de Salud y el país entero se ven privados de sus ventajas. Entre ellas, el impulso a la utilización eficiente de los recursos y la orientación de las empresas y otras entidades hacia la investigación, el desarrollo técnico y las innovaciones. La fragmentación de organismos

de evaluación diseminados en varias CC.AA., todos ellos con escasos medios, no parece poder ser compensada por el difuso concepto de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO VII

ABELLÁN-PERPIÑÁN J. M., y F. I. SÁNCHEZ (2013), *¿Por qué lo llaman gestión privada cuando quieren decir "desfuncionización"? Nada es Gratis*, Disponible en: (<http://tribulacionesdeuncirujano.blogspot.com.es/2011/06/por-que-copago-y-no-ahorro.html>). Consultado el 09-11-2015.

ADDINGTON-HALL, J., y L. KALRA (2001), "Who should measure quality of life?", *British Medical Journal*, 322 (7299): 1417-1420. Disponible en: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120479/>).

AES (2008), *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 sanitarias en el Sistema Nacional de Salud*, Barcelona. Disponible en: (<http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE2.pdf>).

— (2014), *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*, Asociación Española de la Salud, Barcelona. Disponible en: (http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf).

ARENAS, C.A.; MASES, J., y A. LÓPEZ DEL VAL (s.f. 2014?), *Financiación sanitaria y crisis económica en España*, SEDISA Siglo XXI. Disponible en: (<http://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article451>).

BARBADO, P. (2012), "La formación de clínicos y radiólogos se muestra clave para eludir pruebas inútiles", *Excelencia Sanitaria*, 30-05-2012. Disponible en (<http://excelencia.publicacion-medica.com/noticia/la-formacion-de-clinicos-y-radiologos-se-muestra-clave-para-eludir-pruebas-inutiles-o-nocivas%20>).

BELTRÁN, A.; FORN, R.; GARICANO, L.; MARTÍNEZ, M. M., y P. VÁZQUEZ (2009), *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*, McKinsey & Company y FEDEA. Disponible en: (<http://www.cambiosposible.es/sanidad>).

BERNAL, E.; CAMPILLO, C.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; MENEU, R., PUIG-JUNOY, J., REPULLO, J.R., y R. URBANOS (2011), La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable, *Documento de debate*, Asociación de Economía de la Salud. Disponible en: (www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf).

CALVO, M. J., y O. PINAR (2011), *Persistencia y adherencia de los pacientes en tratamiento con estatinas. Efectividad en la práctica real de atención primaria*, Tesina de fin del Máster de Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía), Universidad Carlos III de Madrid.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2001), *La gobernanza europea. Un Libro blanco*, Bruselas.

COMUNIDAD EUROPEA (2001), Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos

para uso humano. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas L 311/67*, Bruselas. Disponible en: (<https://www.boe.es/doue/2001/311/L00067-00128.pdf>).

CORREOFARMACEUTICO.COM (2013), Una dispensadora de fármacos crea debate sobre el papel asistencial, 22 de abril. Disponible en: (<http://www.correofarmaceutico.com/2013/04/22/gestion/dispensadora-farmacos-crea-debate-sobre-papel-asistencial>).

DURÁN, A.; LARA, J. L., y M. VAN WAVEREN (2006), "Spain: Health system review. Health Systems in Transition", *The European Observatory on Health Systems and Policies* 8(4): 1–208. Disponible en: (<http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/HIT2010English.pdf>).

EPSTEIN, D. (2014), Respuesta. *Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Farmaco-Economía) 2014/2015*, Universidad Carlos III de Madrid.

EPSTEIN, R. S., y L. M. SHERWOOD (1996), "From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed", *Annals of Internal Medicine*, 124 (9): 832-837. Disponible en (<http://annals.org/aim/article/709612/from-outcomes-research-disease-management-guide-perplexed>).

ESPINOSA, R.; MARÍN, M., y V. PALOP (2010), "Integración asistencial en un departamento de salud. Modelo Alzira", en SEDAP, 2010.

FERGUSON, J. A., y M. WEINBERGER (1998), "Case management programs in primary care", *The Journal of General Internal Medicine*, 13 (2), 123-126. Disponible en: (<http://link.springer.com/content/pdf/10.1046/j.1525-1497.1998.00029.x.pdf>).

FUNDACIÓN BBVA (2013), *Values and worldviews. Valores políticos-económicos y la crisis económica*, Departamento de Estudios Sociales y Opinión Pública, Fundación BBVA, Bilbao. Disponible en: (<http://www.fbbva.es/TLFU/dat/Presentacionvalues.pdf>).

GARCÍA-ARMESTO, S.; ABADÍA-TAIRA, M. B.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., y E. BERNAL (2010), "Spain: Health system review. Health systems in transition", *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 12(4): 1–295. Disponible en: (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf).

GENERALITAT VALENCIANA (2013), *Proyectos corporativos: Programa de suministro domiciliario de productos sanitarios y dietoterapéuticos (AKASA)*, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Disponible en: (<http://www.san.gva.es/web/dgfps-akasa-programa-de-suministro-domiciliario-de-productos-sanitarios-y-dietoterapeuticos>). Consultado el 03-03-15.

GIL, V.; BARRUBÉS, J.; ÁLVAREZ, J. C., y E. PORTELLA (2010), *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto*, Antares Consulting, Barcelona, España. Disponible en: (<https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee857c1e86ac325f514a6fcf5b4.pdf>).

GRUPO DE TRABAJO DE LA CONFERENCIA DE PRESIDENTES PARA EL ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PRESIDIDO POR LA IGAE (2005), *Informe para el análisis del gasto sanitario*, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos, julio.

HERNANDEZ, F.; CLAVERÍA, A., y J. GÉRVAS (2012), "Informe SESPAS 2012. Atención Primaria: Evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria", *Gaceta Sanitaria* 26 (S1): 1-164. Disponible en: (<https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/INFORME%20SESPAS%202012.pdf>).

HERRERA, J. (2011), *¿Por qué copago y no ahorro? Tribulaciones de un cirujano*. Disponible en (<http://tribulacionesdeuncirujano.blogspot.com.es/2011/06/por-que-copago-y-no-ahorro.html>). Consultado el 16-5-2013.

HERRERA, M., y F. AGUADO (2011), "Cómo innovar en la identificación y eliminación del desperdicio en las organizaciones sanitarias: Servicios de urgencias hospitalarios", *Documento de trabajo*, Cátedra Pfizer en Gestión Clínica, Fundación Pfizer. Disponible en: (https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/libro_comoinnovar.pdf)

HUNTER, D. J., y G. FAIRFIELD (1997), "Disease management", *British Medical Journal*, 315 (7099): 50-53. Disponible en: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127038/pdf/9233330.pdf>).

IASIST (2010), *Hospitales Top 20, Benchmarks para la excelencia 2010*, IASIST. Disponible en: (<http://www.iasist.com/publicacion/top-20>). Consultado el 09-11-2015.

IBERN, P. (2006), *Integración asistencial: Fundamentos, experiencias y vías de avance*, Masson-Elsevier, Barcelona. Disponible en: (<http://www.axon.es/axon/LibroFicha.asp?Libro=58969&T=INTEGRACION+ASISTENCIAL%3A+FUNDAMENTOS%2C+EXPERIENCIAS+Y+VIAS+DE+AVANCE>).

JIMÉNEZ-MARTÍN, S., y A. A. VIOLA (2014), *El sistema de salud en España en perspectiva comparada*, Observatorio de Sanidad FEDEA. Disponible en: (<http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>).

LEATT, P.; PINK, G. H., y M. GUERRIERE (2000), "Towards a Canadian model of integrated healthcare", *Healthcare Papers*, 1 (2): 13-35. Disponible en: (<http://www.longwoods.com/content/17216>).

LUCH, E. (1998), *La campaña contra la Ley General de Sanidad*, en ORTEGA y LAMATA, 1998.

LOBO, F. (2013), *La intervención de precios de los medicamentos en España. Panorama de la regulación y los estudios empíricos*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (<http://www.fundacionsigno.com/archivos/20151118101122.pdf>).

— (2015), *Políticas actuales de precios de medicamentos en Europa: Panorama general*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (http://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/23136/politicas_lobo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

LÓPEZ BASTIDA, J.; OLIVA, J.; ANTONANZAS, F.; GARCÍA-ALTES, A.; GISBERT, R.; MAR, J., y J. PUIG-JUNOY (2010), "Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias",

Gaceta Sanitaria, 24 (2): 154-170. Disponible en: (<http://gacetasanitaria.org/es/propuesta-guia-evaluacion-economica-aplicada/articulo/S0213911109003367/>).

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2015), *El bienestar desigual*, ediciones Península, Barcelona.

MENEU, R. (2006), "Experiencias de integración clínica. El equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando solo existen enfermos", en IBERN, P., 2006.

MSC (2007), *Anteproyecto de Ley de medidas sanitarias para la protección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores*, de 20-02-2007, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Disponible en: (http://www.msc.es/novedades/docs/Anteproyecto_de_ley_de_medidas_sanitarias.pdf).

MSSSI (2013), *Opinión de los ciudadanos. Barómetro sanitario 2012*, Portal estadístico del SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm>). Consultado el 11-11-2015.

— (2014), *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013. Situación de salud, sistema sanitario y opinión de los ciudadanos*, Observatorio del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid. Disponible en: (https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeAnual2013/Informe_2013_SNS_WEB.pdf).

— (2015), *Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario 2014*, Portal Estadístico del SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: (http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm). Consultado el 09-11-2015.

— (2016), *Estadística del Gasto Sanitario Público 2014: Principales resultados*, Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: ([https://www.redaccionmedica.com/.../egspPrincipalesResultados\(1\).pdf](https://www.redaccionmedica.com/.../egspPrincipalesResultados(1).pdf)).

MSPSI (2012), *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid. Disponible en: (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/.../infsns2012.pdf>).

NEWHOUSE, J.P. (1992), "Medical care costs: how much welfare loss?", *The Journal of Economic Perspectives*, 6 (3): 3-21. Disponible en: (web.stanford.edu/.../newhouse_medical_costs.pdf)

OCDE, ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (2010), "Health care systems: Getting more value for money", *OECD Economics Department Policy Notes*, No. 2, París. Disponible en: (<https://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf>).

— (2011), *Health at a glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, París. Disponible en: (www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf).

– (2012), *OECD Health Statistics*. Disponible en: (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en). Consultado el 10-11-2015.

– (2013), *Health at a glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, París. Disponible en: (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>).

OKUNADE, A. A., y MURTHY, V. N. R. (2002), "Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture", *Journal of Health Economics*, 21 (1): 147-159. Disponible en: (https://www.researchgate.net/profile/Albert_Okunade/publication/11508466_Technology_as_a_'major_driver'_of_health_care_costs_a_cointegration_analysis_of_the_Newhouse_conjecture/links/00b7d52f72d0fe335b000000.pdf).

OMS (2010) *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: (http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_es.pdf?ua=1).

ORTEGA, F., y F. LAMATA (1998), *La década de la reforma sanitaria*, Ex libris, Madrid.

ORTÚN, V. (2006), "Desempeño y deseabilidad del Sistema Sanitario: España", *Revista Asturiana de Economía*, 35: 23-43. Disponible en: (<https://www.econ.upf.edu/~ortun/.../Asturiana%20Ec%2006.pdf>)

PAVOLINI, E., y A. M. GUILLÉN (2013), *Health care systems in Europe under austerity: Institutional reforms and performance*, Palgrave Macmillan, Londres.

PRESNO, M.A. (2012), *Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables*, Procuradora General del Principado, Universidad de Oviedo, Oviedo.

PUIG-JUNOY, J. (2011), ¿Recortar o desinvertir? Economía y Salud, *Boletín Informativo*, 72, diciembre 2011. Disponible en: (<http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=13&idN=110>).

PwC (2012), *Diez temas candentes de la Sanidad española para 2012. Dos agendas simultáneas: recortes y reformas*, Temas candentes de la Sanidad española, PwC, Madrid. Disponible en: (<https://www.pwc.es/es/.../sector.../diez-temas-candentes-sanidad-2012.pdf>).

REDACCIÓN MÉDICOS Y PACIENTES (2012), Noticias, entre el 20 y el 40 por ciento de las pruebas radiológicas no aportan información relevante, según la Sociedad de Radiología Médica, *Médicos y Pacientes*, nº 1431, martes, 29 de mayo.

REPULLO, J.R. (2012), *La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas*, en PRESNO, 2012, Procuradora General del Principado, Universidad de Oviedo, Oviedo.

– (2012), "Taxonomía práctica de la "desinversión sanitaria" en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud", *Revista de Calidad Asistencial*, 27(3): 130-138. Disponible en: (http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/articulo_repullo.pdf).

REY DEL CASTILLO, J. (coordinador) (2015), Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España, Fundación Alternativas, *Documento de trabajo* 190/2015 190/2015. Disponible en: (http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c1d13e370.pdf).

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, B. (2013), *Sistemas de retribución variable en los sistemas de sanidad pública españoles*, trabajo de fin de grado: Administración y Dirección de Empresas, Universidad Carlos III de Madrid, Getafe, Madrid.

SAHUQUILLO, M.R. (2011), "Expertos en salud pública denuncian el 'despilfarro' en fármacos y tratamientos", *El País*, 20-01-2011. Disponible en: (http://elpais.com/diario/2011/01/20/sociedad/1295478004_850215.html).

SCHEFFLER, R. (2013), *Is there a doctor in the house? Market signals and tomorrow's supply of doctors*, Encuentro "Oferta y demanda de especialización médica: ¿Qué está cambiando?", Organización Médica Colegial, Madrid 11 de junio, organizado por la Fundación Gaspar Casal.

— (2015), *Financing integration and payment for quality*, Fundación Ramón Areces, Madrid, España. Conferencia 22-06-2015.

SEDAP (2010), *Integración asistencial: ¿Cuestión de modelos? Claves para un debate*, Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, Madrid.

SERRA, J. (2013), "El sueño de la Administración produce monstruos", *Acta Sanitaria*, 06-02-2013. Disponible en: (<http://www.actasanitaria.com/el-sueno-de-la-administracion-produce-monstruos/>).

SEVILLA, M. (2013), "Una dispensadora de fármacos crea debate sobre el papel asistencial", *Correo Farmacéutico*, 22-04-2013. Disponible en: (<http://www.correofarmacutico.com/2013/04/22/gestion/dispensadora-farmacos-crea-debate-sobre-papel-asistencial>).

SORENSEN, C. (2009), "The role of HTA in coverage and pricing decisions: A cross-country comparison", *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 11: 1-4. Disponible en: (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/80335/EuroObserver_spring2009.pdf).

TLV, Tandvårds-Och Läkemedelsförmånsverket (2012), *Health Economics*, Disponible en: (<http://www.tlv.se/In-English/medicines-new/health-economics/>). Consultado el 02-05-2015.

VENTURA, J., y E. GONZÁLEZ (2012), "Spain: Quo Vadis? From cost-containment to structural reforms", en PAVOLINI y GUILLÉN, 2012 (edit.).

WILLIAMS, A. (2004), *What could be nicer than NICE?*, Office of Health Economics, Monograph. Disponible en: (https://www.ohe.org/system/files/private/publications/292%20-%202004_What_Could_Be_Nicer_Williams.pdf?download=1).

ZWEIFEL, P.; FELDER, S., y M. MEIERS (1999), "Ageing of population and health care expenditure: a red herring?", *Health Economics*, 8 (6): 485-496. Disponible en: (https://www.researchgate.net/profile/Stefan_Felder/publication/227681359_Ageing_of_Population_and_Health_Care_Expenditure_A_Red_Herring/links/53fc8d1c0cf2364ccc04aba8.pdf).

VIII. ¿CÓMO HACER COMPATIBLES LAS INNOVACIONES DISRUPTIVAS CON LA VIABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO?

En el capítulo anterior hemos repasado algunos problemas estructurales del sistema sanitario español. No se ha tratado, ni mucho menos, de una lista completa, pero sí creemos que todos los seleccionados son auténticas cuestiones de fondo. Ahora centraremos la atención en cuatro políticas o criterios orientadores de políticas que, a nuestro juicio, tienen un gran importancia para lograr compatibilizar el desarrollo y la introducción de grandes innovaciones con la viabilidad o sostenibilidad futura del sistema sanitario. Son las siguientes:

- La planificación sanitaria.
- La evaluación de la eficiencia de los medicamentos innovadores.
- La reinversión.
- La superación de la compartimentación presupuestaria.

No es, por supuesto, tampoco una lista completa, pero igualmente incluye remedios políticos que estimamos muy prioritarios.

8.1. LA PLANIFICACIÓN

La planificación y sus herramientas pueden ser imprescindibles para atacar los problemas que plantea la incorporación de grandes innovaciones terapéuticas en un contexto de situaciones complejas y recursos limitados. En el ámbito más amplio del conjunto del sistema sanitario la planificación puede resultar útil para garantizar la sostenibilidad fiscal y también la sostenibilidad política, es decir el apoyo de la población al sistema. El incremento del gasto sanitario es un parámetro influenciado por las decisiones políticas, que no está predestinado por tendencias inexorables (Lobo, 2014a). La cobertura universal y un acceso razonable a los servicios no son insostenibles por principio. La planificación y sus herramientas pueden contribuir decisivamente a su viabilidad (Birch, 2015).

En un conocido manual de planificación sanitaria se identifican los elementos que caracterizan al proceso de planificación: concierne al futuro; implica una relación de causalidad entre la acción tomada y los resultados alcanzados; no es simplemente un documento sino que su objetivo último es la acción, el cambio; se trata de un proceso continuo y dinámico y tiene naturaleza multidisciplinar. La planificación sería pues “un proceso de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados, según el orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas. Esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro” (Pineault y Daveluy, 1987). Así pues, planificar significa prever y ordenar, de forma coordinada y comprensiva, los recursos de todo tipo (personales, materiales y de organización) para conseguir en el futuro a medio y largo plazo objetivos definidos, estableciendo prioridades y actuaciones claras, marcando las etapas y cronogramas para su consecución, atribuyendo funciones a las unidades responsables y definiendo medidas e indicadores cuantitativos y cualitativos que permitan una evaluación de procesos y resultados. La planificación sanitaria debe abordar, por lo menos, la determinación de los recursos globales del sistema y su distribución en el seno de éste, el ámbito de la previsión y la prospectiva tecnológica, la incorporación de tecnologías, procedimientos y medicamentos, el personal sanitario, la organización y distribución de servicios, las grandes inversiones y la presupuestación plurianual del gasto.

La planificación puede ser de diversos tipos. Atendiendo al nivel o extensión del proceso es muy conocida la siguiente clasificación:

- La planificación política o normativa que se refiere a los grandes objetivos.
- La planificación estratégica que se refiere a las decisiones importantes que tendrán consecuencias a largo plazo. A este nivel se deciden las prioridades de acción y las alternativas.
- La planificación táctica o estructural concierne a los objetivos generales y a los objetivos específicos. Trata de estructurar y programar las actividades y los recursos para alcanzar los objetivos fijados.
- Finalmente la planificación operativa tiene un horizonte a corto plazo y concierne al desarrollo de las actividades, el calendario de ejecución y la gestión de los recursos (Pineault y Daveluy, 1987).

El proceso planificador comprende diversas etapas:

- Identificación de los problemas.

- Establecimiento de prioridades.
- Fijación de los fines.
- Fijación de los objetivos generales y específicos.
- Determinación de actividades para alcanzar los objetivos.
- Previsión de los recursos necesarios.
- Fijación de objetivos operativos.
- Puesta en marcha del programa.
- Evaluación (Pineault y Daveluy, 1987).

En el caso de los medicamentos el monumental manual de gestión de *Management Sciences for Health* (Quick, 2002) subraya la importancia del liderazgo en la dirección y del establecimiento de prioridades en la adopción de decisiones; los métodos de gestión modernos y la gestión del cambio. Detalla igualmente el proceso de planificación distinguiendo también la planificación estratégica, planificación de los programas de acción y la operativa o de trabajo con un análisis detenido de los métodos e instrumentos de la planificación de proyectos. También da gran importancia a la supervisión y evaluación *ex post facto*.

Las grandes innovaciones terapéuticas implican actuaciones complejas de los sistemas sanitarios que difícilmente pueden llevarse a cabo de manera racional si no se enmarcan en procesos de planificación y se someten a planes de actuación articulados. En general requieren:

- Previsiones de tipo tecnológico. Previsión del advenimiento de las innovaciones: seguimiento de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos y de las autorizaciones de comercialización.
- Capacidad de evaluación de su seguridad, eficacia y calidad.
- Determinación de su posicionamiento tecnológico.
- Estudios epidemiológicos de demanda previsible.

- Estudios de eficiencia.
- Despliegue y ordenación de los profesionales y servicios sanitarios que tiene que utilizarlos.
- Criterios de selección y priorización de pacientes.
- Calendarios de implantación de los nuevos tratamientos.
- Evaluaciones de resultados para establecer su efectividad en el mundo real de la prestación de servicios de salud.
- Previsiones económicas de su impacto y presupuestación de los recursos necesarios para financiarlos a corto, medio y largo plazo.
- Coordinación entre administraciones, con los suministradores, con los pacientes y sus organizaciones.

Todo ello sólo se puede realizar adecuadamente, insistimos, en el marco de una planificación articulada.

Se ha criticado que los métodos actuales de planificación no responden a las necesidades de salud de la población (Birch, 2015). Se limitan a reaccionar ante los cambios tecnológicos, la evolución demográfica y las expectativas de la población. Un ejemplo, puesto de manifiesto por Birch (2015), es la planificación de los recursos humanos. Se suele hacer teniendo en cuenta sólo características demográficas como el envejecimiento de la población general y del personal sanitario y se considera que tiene que responder sólo a la pregunta ¿cuántos profesionales más son necesarios? para ampliar la oferta educativa de las facultades de Medicina. No tener en cuenta otras variables significa aceptar dos supuestos. Primero, que la estructura de edad determina las necesidades de servicios, lo que, a su vez, implica que la epidemiología es constante y son constantes los niveles de salud específicos de las distintas cohortes de edad. La segunda suposición es que la cantidad de servicios depende sólo del número y la edad de los profesionales sanitarios y, por tanto, que es constante la forma de prestar los servicios sanitarios.

Un marco conceptual más correcto exige partir de la determinación de las necesidades de salud con un enfoque basado en las pruebas científicas y con independencia de las disponibilidades actuales y de los niveles presentes de utilización. La variable necesidad incorpora el estado de salud de la población y dependerá: de la demografía y de la epidemiología (nivel y la distribución de

morbilidad y mortalidad...). Con esa base habrá que establecer el nivel de los servicios a prestar correspondiente a cada nivel de necesidades y finalmente considerar la productividad de profesionales y servicios, que también puede variar. Finalmente deberán diseñarse diversos escenarios probables y efectuar simulaciones para que la planificación sea sensible a las variaciones probables de los parámetros.

En el capítulo cinco hemos visto la importancia de adoptar un enfoque de este tipo, es decir, científico, a la hora de planificar la asignación de recursos. Analizamos cómo las pruebas derivadas de la investigación económica y epidemiológica demuestran el error de tomar como base de la planificación exclusivamente el envejecimiento. Se ha aclarado la confusión entre crecimiento del gasto sanitario debido al envejecimiento y la proximidad a la muerte, que sería el principal motor demográfico del gasto sanitario, no la longevidad creciente. También vimos el papel dominante que juegan, por encima de los factores demográficos, las innovaciones tecnológicas en el aumento del gasto sanitario, una de las motivaciones fundamentales de este libro. Entre nosotros se ha cuantificado adecuadamente el impacto del aumento de la prestación sanitaria real media (que incluye incremento de las prestaciones e incorporación de innovaciones, incremento de la utilización per cápita y de la intensidad de recursos por acto médico). Tecnología e intensidad de recursos por paciente son los principales motores del crecimiento del gasto sanitario (Casado, Puig-Junoy y Puig Peiró, 2009).

No identificar adecuadamente las variables relevantes y planificar con un foco erróneo dirigido sólo a la demografía lleva al divorcio entre prestación de servicios y necesidades de salud. Datos de Inglaterra muestran que el número de personas con enfermedades crónicas limitativas ha crecido menos que el número de personas mayores de 65 años. Sin embargo, los niveles de utilización de servicios crecen mucho más que la primera variable. Así pues, el sistema estaría dando cada vez mayor atención a una población menos enferma y los mayores incrementos de prestaciones de servicios se dirigirían a las personas que no padecen las enfermedades más graves (Birch, 2015). Ello revela que los recursos se están desperdiciando y reduciendo las oportunidades de incorporar innovaciones que suponen tratamientos efectivos y eficientes.

En la evolución reciente del Sistema Nacional de Salud la planificación a medio y largo plazo no ha jugado el papel relevante que debería tener. En los años anteriores a la crisis la bonanza económica parecía haber anulado o por lo menos dulcificado significativamente la restricción presupuestaria y el futuro siempre tenía un color de rosa, por lo que planificar, es decir marcar prioridades, no era una preocupación central de los dirigentes políticos del sistema. Durante la crisis la preocupación dominante eran las estrecheces presupues-

tarias a corto plazo, cómo pagar la nómina y las facturas de los proveedores y qué gastos recortar para cumplir los objetivos de déficit exigidos por el Gobierno central y la Unión Europea, sin costes políticos, también a corto plazo, excesivos. Esta situación choca con nuestra propia legislación. Los planes de calidad y de salud integrales previstos en la Ley General de Sanidad de 1986 y en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud deben constituir la herramienta fundamental del sistema¹.

La necesidad de planificar se ha puesto de manifiesto reiteradamente. Un claro ejemplo han sido los medicamentos avanzados de alto coste para la hepatitis C. Su incorporación a la financiación pública ocasionó conflictos que el sistema no fue capaz de resolver de forma ordenada. Cuando los problemas ya habían estallado, se acabó concluyendo, muy tardíamente, que era imprescindible un plan nacional de actuación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Quedó claramente en evidencia que la planificación y su coordinación en toda España debe ser uno de los objetivos del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial de Salud.

La planificación bien desarrollada puede ser de gran importancia para la ordenación de los servicios y la mejora de sus resultados en términos de salud. La investigación desarrollada por Gutacker *et al.*, (2015) muestra que en la cirugía de derivación mediante revascularización (bypass) de arteria coronaria,

¹ El artículo 61 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece: *El Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas elaborarán periódicamente, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, planes de calidad... El artículo 64 dispone: Planes integrales de salud.*

¹ *Sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con las sociedades científicas, elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.*

² *Los planes integrales de salud:*

a. *Establecerán criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.*

b. *Determinarán los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.*

c. *Especificarán actuaciones de efectividad reconocida, identificarán modelos de atención de estas intervenciones, desarrollarán herramientas de evaluación e indicadores de actividad, indicarán metas y objetivos para evaluar el progreso e identificarán insuficiencias en el conocimiento para orientar las prioridades de investigación.*

³ *Las comunidades autónomas, una vez establecidos los estándares generales, bases y criterios, organizarán sus servicios de acuerdo con el modelo que más se adapte a sus peculiaridades y necesidades.*

la mortalidad (no ajustada) a 30 días es casi el doble en España que en Inglaterra (5,0% frente a 2,3%). Si se ajusta por características del caso la diferencia aumenta. En todo caso las poblaciones de estudio eran similares. Hay que tener en cuenta que no sólo existen diferencias entre los dos países, sino también diferencias entre hospitales dentro de cada país. Precisamente algunos hospitales españoles tienen muy baja mortalidad. Además, los resultados ingleses son mejores no sólo que los españoles sino que la media europea.

La diferencia anterior tiene que ser puesta en relación con el hecho de que los hospitales españoles operan a una escala muy inferior que los ingleses. La mediana de tres años (2007-2009) es de 690 pacientes operados por hospital y año en Inglaterra frente a 154 en España¹. Aunque el volumen de operaciones por hospital no fue incluido como parte del análisis basal de ajuste de riesgo (al ser una variable que no refleja características poblacionales), los autores, en un análisis secundario, hallaron que, modelado como un efecto continuo, es un predictor significativo de la mortalidad y que, por tanto, esta diferencia de volumen puede ser una de las causas más importantes de las diferencias de mortalidad entre hospitales y entre países².

El remedio sería la planificación correcta de necesidades y oferta de servicios, que podría conducir a la concentración de servicios en centros especializados, con mejores medios y, sobre todo, más experiencia y pericia del personal y de la organización. Realizando un volumen de operaciones superior, los mismos médicos y enfermeras mejorarían los resultados al ajustarse su aprendizaje y desempeño a una curva de experiencia creciente.

Estos investigadores sugieren que las diferencias en volumen de operaciones por hospital podrían derivar de la descentralización del sistema sanitario en España. Aunque hemos reiterado que la descentralización ha producido grandes beneficios, también parece que las decisiones políticas de las CC.AA. relativas a la organización de los servicios han podido estar determinadas por la incompetencia y los intereses electoralistas a corto plazo. Sin tener en cuenta los condicionantes técnicos, se han establecido servicios fragmentados en las distintas comunidades, en pos de una pretendida igualdad territorial, con aparentes ventajas de proximidad, comodidad e independencia respecto de otras administraciones, olvidando que, además de los costes directos de los servicios

¹ Este dato procedente del mismo estudio lo proporciona Elola (2016).

² Algunas precisiones sobre este estudio: la finalidad primordial del trabajo no era establecer comparaciones de desempeño entre hospitales; puede haber diferencias de codificación (aunque no es probable) y diferencias en la elección del procedimiento a seguir (intervenciones coronarias percutáneas frente a CRC); España es el país en el que esta intervención es menos frecuente por persona según la OCDE.

en exceso, pueden haber aflorado otros costes, como una atención de inferior calidad y peores resultados en términos de salud. No se ha de viajar a Madrid, Barcelona, Santander o Sevilla a operarse, pero en el hospital local las posibilidades de sobrevivir son menores. Es decir, el peor de los mundos posibles. La planificación y la organización cooperativa entre comunidades de los servicios parecen inexcusables para enmendar esta situación.

8.2. LA EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES

En el epígrafe 7.6. del capítulo siete hemos explicado la naturaleza de la evaluación de eficiencia de las tecnologías sanitarias, entre ellas de los medicamentos. Insistimos en que su diseño primordial no es disponer de una herramienta adicional de control del gasto, sino ser apoyo de las decisiones de utilización eficiente de los recursos y el establecimiento de prioridades¹.

También hemos mencionado allí las limitaciones con las que se aplica en España. Contamos con una Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias compuesta por un organismo de la Administración General del Estado, la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y varios organismos similares de ciertas comunidades autónomas. Pero ya dijimos que la organización en red es difusa y que estas agencias sólo tienen carácter consultivo (Del Llano-Señarís, 2015). En el caso de los medicamentos estas deficiencias son palmarias, pues no está establecida su aplicación sistemática con carácter normativo, ni en el ámbito de las decisiones de su incorporación a la financiación pública, ni en el de la intervención de sus precios por el Gobierno central.

¿Contribuiría la evaluación de eficiencia de los medicamentos a hacer compatibles las innovaciones disruptivas con la viabilidad del sistema sanitario? A nuestro juicio decisivamente. La evaluación de eficiencia bien organizada tiene las siguientes *ventajas*:

- Facilita la asignación eficiente de los escasos recursos, según prioridades marcadas por las preferencias sociales. Libera recursos para atender a las innovaciones prioritarias.
- Hace transparentes y explícitas las decisiones, que pueden ser conocidas y discutidas por todos. Sobre la importancia de la transparencia véase (Ortún y Rodríguez Artalejo, 2014).

¹ Referencias importantes para introducir este tema son: (Drummond *et al.*, 2001); (Kobelt, 2013); (Pinto *et al.*, 2001); (Pinto *et al.*, 2003); (Soto, 2012).

- Proporciona un marco institucional que encauza la pugna entre los diversos intereses. Los enfermos no tienen que manifestarse en la calle para reclamar y conseguir sus tratamientos.
- Este marco estable, predecible y de confianza para todos los agentes aporta certidumbre sobre el curso que puedan tomar las decisiones futuras de precios y financiación de los medicamentos.
- Sitúa las decisiones en un marco racional basado en la ciencia y los criterios profesionales.
- Orienta la investigación y desarrollo hacia las dianas más innovadoras y reduce los recursos dedicados a desarrollos de menor relevancia terapéutica y de carácter meramente comercial.

España cuando se escribe este libro sigue desaprovechando estas ventajas a diferencia de Inglaterra, Alemania, Suecia o Portugal y desde recientemente Francia. Como se ha señalado muchas veces nuestro país es una excepción (recientemente por López i Casanovas y González López-Valcárcel, 2016). *La legislación española* reguladora de la evaluación de la eficiencia de los *medicamentos* en los dos ámbitos en los que es más relevante, financiación pública y autorización de sus precios, es ciertamente insuficiente, como acabamos de decir. En las dos esferas la competencia es estatal, de modo que es al Gobierno de la nación al que hay que achacarle la responsabilidad de esta insuficiencia. Recientemente se han dado algunos pasos adelante, pero, en general, se ha tratado de meras declaraciones que no han tenido mucha repercusión práctica.

La Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos (LGURM) sorprendió desfavorablemente por ignorar la evaluación económica, pese a las propuestas del Ministerio de Sanidad en su *Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud de 2004* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004). Con posterioridad, y ya en plena crisis económica, se produjeron algunos impulsos políticos procedentes del Consejo Interterritorial del SNS (Declaración del 18 de marzo de 2010, creación de la Red Nacional de Agencias de Evaluación el 29 de febrero de 2012, aunque ésta excluye la evaluación de los medicamentos).

Por lo que se refiere a la financiación pública, el RDL 9/2011, añadió a los criterios para la inclusión de medicamentos en la prestación farmacéutica nuevos incisos al artículo 89, número 1 de la LGURM que aluden, aunque sin precisiones y con un resultado normativo poco claro, al criterio de eficiencia c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad. d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica. e) Impacto presupuestario en el

Sistema Nacional de Salud. El RDL 16/2012 incluyó en un nuevo artículo, 89 bis, como “criterio fundamental de inclusión en la prestación farmacéutica” que “para la decisión de financiación de nuevos medicamentos [se tenga en cuenta] el correspondiente análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario”.

En cuanto a la intervención de precios, los RDL 9/2011 y RDL 16/2012 también recogieron referencias a posibles estudios de evaluación de eficiencia como apoyo de las decisiones. Tras las modificaciones de 2012 la regulación establece que “la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario” (artículo 89 bis LGURM, sobre criterios fundamentales de inclusión en la prestación farmacéutica) y que “tendrá en consideración los informes que elabore el Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud” (artículo 90, 7 de LGURM, sobre fijación de precios). Todos estos preceptos fueron consolidados en el texto refundido de la LGURM del 2015 (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio).

Esta legislación no resuelve, ni mucho menos, la cuestión: utiliza expresiones muy ambiguas (“tener en consideración”) que no configuran la evaluación como requisito obligado para la Administración y para las empresas; no se regulan en detalle los numerosos aspectos que hay que resolver si se quieren implantar con seriedad los estudios de eficiencia; las funciones que se atribuyen al nuevo comité no mencionan las decisiones de financiación (paradójicamente visto su nombre), ni consisten claramente en enjuiciar él mismo o encargar a terceros la valoración de los estudios de evaluación económica que pueda realizar la industria; no hay previsión de asignación de nuevos fondos presupuestarios ni de contratación de personal experto adicional. Cinco años después de la promulgación del precepto legal no se ha creado el Comité Asesor ni se aprecian más progresos en esta materia.

Estas insuficiencias de la legislación no dejan de ser paradójicas si tenemos en cuenta que se realizan en el país numerosas actividades y estudios de evaluación por parte de distintos agentes: organismos públicos, como las diversas agencias de evaluación de tecnologías, nacional y de las comunidades autónomas; consorcios interregionales; empresas privadas, especialmente farmacéuticas y consultoras especializadas; universidades; sociedades científicas; hospitales y otras organizaciones sanitarias y, en general, por parte de una comunidad profesional consolidada¹. También se han publicado diversas recomendaciones en favor de la adopción como requisito legal de la evaluación de eficiencia (González López-Varcárcel *et al.*, 2008; Puig-Junoy y Peiró, 2009; Asociación de Economía de la Salud, 2008; López Bastida *et al.*, 2010; López

¹ Las asociaciones científicas y profesionales más importantes son la Asociación de Economía de la Salud y el capítulo español de la ISPOR.

i Casanovas y González López-Valcárcel, 2016.). Incluso la mayor parte de las empresas justifican sus solicitudes de precios y de financiación pública con estudios de este tipo.

¿Qué obstáculos se oponen a que la Administración central ponga en marcha la evaluación de la eficiencia en nuestro país con carácter oficial? Podemos mencionar cuatro tipos:

- El peso de una tradición de largos años de prestación farmacéutica con financiación indiscriminada y sin prioridades que cubría todos los medicamentos comercializados.
- Escasos recursos económicos dedicados a la gestión de la prestación farmacéutica por el Gobierno.
- Reducido personal asignado a estas tareas.
- Problemas de falta de incentivos propios de nuestras administraciones públicas (sobre estos puntos véase Lobo, 2013).

El abordaje de numerosos estudios de evaluación por distintos agentes no es la única señal de que estamos ante *una realidad dinámica*:

- Algunas comunidades autónomas disponen de comités y unidades administrativas de evaluación que en algunas ocasiones desarrollan evaluaciones de eficiencia completas.
- El Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos (que integra los Comités de Evaluación de Andalucía, País Vasco, Cataluña, Aragón y Navarra) fue creado en 2003.
- Estas entidades progresivamente incorporan los criterios de eficiencia y sus análisis empiezan a formar parte del proceso de decisiones de financiación pública a nivel regional y local.
- La comunidad científica y profesional especializada en evaluaciones de eficiencia ya hemos indicado que cuenta con los recursos humanos críticos y la cultura imprescindible.

Una de las manifestaciones más claras de este dinamismo es el desarrollo de los *Informes de Posicionamiento Terapéutico*. En efecto, la valoración por la AEMPS y la Agencia Europea del Medicamento (EMA) de la seguridad, eficacia

y calidad, fundamento de la autorización de comercialización, tradicionalmente se ha centrado en el balance riesgo/beneficio del medicamento individual, sin entrar en comparaciones del valor añadido (posicionamiento) terapéutico del medicamento nuevo, respecto de los existentes. Así, la autorización no implica una recomendación de uso clínico, pues puede aprobarse un medicamento que no ofrece mayores ventajas que los ya disponibles. La EMA y las autoridades nacionales están, sin embargo, cambiando y dando pasos hacia la evaluación comparativa. Por otro lado, las comunidades autónomas hace años que analizan el impacto clínico y las repercusiones presupuestarias de los nuevos medicamentos estableciendo reglas de utilización concreta.

Así, se han producido contradicciones acerca del valor terapéutico de los medicamentos y recomendaciones dispares para su uso clínico. Esto ha generado confusión, desconfianza y problemas de equidad, ya que la disponibilidad de los medicamentos ha llegado a ser diferente en unas comunidades y en otras. Los Informes de Posicionamiento Terapéutico pretenden superar estas dificultades y que la valoración de la efectividad de un medicamento sea única y compartida por todas las administraciones. Fueron creados por la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial en mayo de 2013 y ratificados por la Ley 10/2013, en su disposición adicional tercera, que exige una base científico-técnica común para todo el Sistema Nacional de Salud y les atribuye carácter vinculante. Aunque la primera utilidad de estos informes es proporcionar orientaciones de actuación a las CC.AA. y a los clínicos, las consecuencias económicas no son pocas. Es así porque “la efectividad relativa es un concepto clave para la evaluación del valor y por consiguiente para las decisiones sobre precios y financiación pública” (Jönsson, 2011). Los informes empezaron a publicarse a mediados de 2013. Es destacable su transparencia pues los documentos relevantes se publican en la web del Ministerio de Sanidad.

Es indudable que los IPT son un paso adelante que facilita la futura implantación de la evaluación de eficiencia como requisito legal por las administraciones y, más en general, el propio desarrollo de estudios de este tipo. Sin embargo, es claro también que no constituyen en sí mismos ejercicios de evaluación económica o de eficiencia, pues los costes no son contemplados por la EMA o las agencias nacionales en los procedimientos de autorización, que incluso exigen no tener en cuenta las restricciones económicas. Así que el camino a recorrer desde un IPT hasta una evaluación de eficiencia es largo. En los textos de nuestra Administración sobre IPT se piensa en los costes derivados sólo de los tratamientos medicamentosos (y no en otros costes relevantes que pueden aflorar con la nueva terapia) y en el impacto presupuestario. Hay que recordar que la perspectiva más completa de las evaluaciones de eficiencia es la social, que tiene en cuenta todos los costes y todos los beneficios y que los Análisis de Impacto Presupuestario son complementarios y deben ser subsiguientes a los análisis de la eficiencia (sobre estas cuestiones véase Lobo, 2013 y 2014b).

A nuestro juicio *la evaluación de la eficiencia es necesaria* para fundamentar y facilitar las decisiones sobre financiación pública y precios de los medicamentos. Por las razones dichas al principio de este epígrafe su adopción puede contribuir en medida nada despreciable a hacer compatibles las innovaciones disruptivas con la viabilidad del sistema sanitario. Si se adopta el criterio del Ratio Incremental Coste Efectividad o utilidad (RICE) y una medida de resultado en salud como el Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC) la dificultad principal es que se necesita un criterio o tope explícito o implícito a partir del cual se *acepte o rechace un medicamento*.

Como hemos dicho en otro lugar, en España “seguramente es necesaria una ley formal para regular aspectos clave, como la atribución de la responsabilidad de regulación a un órgano concreto y las fórmulas de colaboración entre Administración central y comunidades autónomas; las garantías de la información y los datos a manejar; las garantías para las empresas y para los pacientes; las incompatibilidades y los conflictos de interés de los expertos participantes; la transparencia y publicidad de los procedimientos; orientaciones sobre cómo resolver cuestiones metodológicas complejas y quién debe hacerlo (por ejemplo, perspectiva de las evaluaciones, valoración de costes indirectos, medición de resultados en términos de salud y calidad de vida, umbral cuantitativo para las decisiones resultantes de estudios de coste-utilidad, tasas de descuento a aplicar), etc.” (Lobo, 2013).

Finalmente, son necesarios fondos presupuestarios incrementados, la contratación de personal experto y recurrir en forma transparente y competitiva a la contratación externa de universidades y otros centros de estudio y empresas consultoras. En una primera fase la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, reforzada con más personal con conocimientos y experiencia en la materia, podría comenzar a abordar la tarea de forma selectiva, como sugerí en otro lugar (Lobo, 2013). Pero a la larga la AEMPS u otro órgano nuevo deberían contar con una estructura potente, para hacer realidad la aspiración de que constituya la versión española del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico, como se ha reclamado reiteradamente. López i Casanovas y González López-Valcárcel (2016); Abellán-Perpiñán y Martínez Pérez (2016) y Lobo (2016), son referencias en las que se justifica más ampliamente esta propuesta y se describen las funciones y desempeño del famoso organismo inglés. Habría que resolver la integración de las actuales agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, central y de las comunidades autónomas, en ese gran organismo. La Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición proporciona un interesante modelo de cooperación entre comunidades autónomas y Administración General del Estado. También podría tenerse en cuenta la propuesta de división del trabajo entre evaluaciones objetivas (nivel central) y aplicaciones al caso concreto (nivel regional) (López i Casanovas y González López-Valcárcel, 2016).

En el epígrafe 9.1. elaboraremos más estas ideas, estudiando el concepto y las propuestas de basar los precios en el valor, íntimamente unidos a las noción de evaluación de la eficiencia.

8.3. POLÍTICAS DE REINVERSIÓN: ¿CÓMO LIBERAR RECURSOS YA COMPROMETIDOS REORIENTÁNDOLOS HACIA USOS ALTERNATIVOS MÁS INNOVADORES Y EFICIENTES?

La efectividad y la seguridad de la atención médica constituyen dos de los problemas principales de los sistemas sanitarios. Diferentes investigaciones estiman que el 30-40% de los pacientes no reciben tratamientos de probada efectividad (Campillo-Artero y Bernal-Delgado, 2013) y en torno al 20-25% de los pacientes tienen prescritos tratamientos innecesarios o potencialmente dañinos. Por otro lado, sabemos que la innovación tecnológica es el principal motor impulsor del gasto sanitario. Se calcula que la utilización de nuevas tecnologías y el abuso de las tecnologías existentes explican más del 50% del incremento de los costes de la atención sanitaria. Por tanto, razones de efectividad, de seguridad y de utilización eficiente de los recursos fundamentan la necesidad de reevaluar las tecnologías y procedimientos incorporados en el sistema sanitario, aplicando criterios y estándares de efectividad, seguridad y eficiencia. Desde hace unas décadas, las corrientes defensoras de la “Medicina demostrada o basada en las pruebas científicas” y la evaluación de tecnologías sanitarias abogan por la aplicación de métodos científicos y profesionales a la práctica clínica y a la toma de decisiones y, por consiguiente apoyan dicha reevaluación constante.

En este contexto, los términos desinversión y reinversión se utilizan crecientemente. La desinversión se refiere al proceso de eliminar, restringir el uso o redefinir las indicaciones de prácticas asistenciales, procedimientos, tecnologías o medicamentos que se considera que aportan poco o ningún beneficio para la salud, y por tanto constituyen una asignación ineficiente de recursos. Significa, pues, la eliminación de aquellas intervenciones que ya no son apropiadas, efectivas o que no aportan valor por el dinero gastado (Chief Medical Officer Department of Health 2006, cit. por Repullo, 2012). Se trata de prescindir de “...lo que no añade valor, o lo hace de forma muy residual. Y reasignar estos recursos hacia otras funciones, actividades o estrategias que permitan mantener y mejorar la salud de nuestros pacientes y ciudadanos” (Repullo, 2012). Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013) proponen el término reinversión, que parece más apropiado: “*Stricto sensu*, la reinversión se define como un proceso explícito mediante el cual se dejan de financiar de manera parcial o por completo medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo valor clínico (sin efectividad clínica, no coste-efectivos o cuya efectividad o eficien-

cia son marcadamente marginales o menores que las de otros disponibles), al tiempo que –esta ampliación semántica es clave– se promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se destinan a financiar estos últimos” (p. 176). Subrayan, pues, la dimensión positiva de la reorientación de los recursos.

La connotación negativa, en cuanto que la reinversión está relacionada con la retirada de unos servicios, procedimientos, tecnologías o fármacos obsoletos o poco efectivos que aportan poco o ningún beneficio para la salud, queda así superada porque la eliminación constituye una oportunidad para invertir o asignar los escasos recursos disponibles en otros más efectivos, y se justifica tanto por el imperativo económico de la sostenibilidad del sistema, como en el imperativo ético de ofrecer la mejor calidad asistencial.

Relacionado con el concepto anterior se encuentra también la definición de tecnología sanitaria obsoleta, considerada como cualquier tecnología en uso cuyo beneficio clínico, seguridad o coste-efectividad han sido superados de manera significativa por otras alternativas disponibles más modernas. Pero esta definición es más compleja que lo que aparenta, puesto que es poco frecuente que una tecnología o práctica sea obsoleta o inefectiva en todas sus indicaciones; es más habitual que haya cierto grado de uso inapropiado o sobreutilización. Así, la reinversión puede ir encaminada a la retirada total de una tecnología o servicio sanitario; pero, en una gran mayoría de casos, conducirá a la restricción de su uso y a la redefinición de las indicaciones.

¿Cuándo habrá que proceder a una operación de reinversión? Se han señalado como criterios de uso inapropiado de las intervenciones médicas los siguientes:

- Si es innecesaria, es decir que el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos.
- Si es inútil, porque el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento.
- Si es insegura, porque sus complicaciones sobrepasan el probable beneficio.
- Si es inclemente, porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena como para justificar la intervención.
- Si es insensata, porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas (Jennett, 1984, cit. por Repullo, 2012. Trad. de Lázaro, 1999).

El gráfico 8.1 representa con claridad estos supuestos, desglosando y añadiendo a los cinco anteriores el de ineficacia o inefectividad.

Las agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias juegan un papel fundamental en las políticas de reinversión. El seguimiento de las tecnologías ya existentes nunca ha generado el mismo interés que la evaluación de las nuevas o emergentes. Se da por descontado que éstas cumplen con los criterios de seguridad y efectividad, sin considerar que el paso del tiempo, con la incorporación de nuevos avances y conocimientos, modifica las tecnologías existentes convirtiéndolas en antiguas o cambiando sus patrones de utilización. La dificultad de cerrar el ciclo de vida de las tecnologías sanitarias también se debe a que no existe una fórmula que establezca los calendarios de reevaluación. Éstos variarán en función de la efectividad y eficiencia, así como del impacto que tengan en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. (Banta y Thacker, 1990). Pero es necesario un esfuerzo global de todos los actores participantes (profesionales, gestores, financiadores...) junto con un compromiso institucional para evaluar de forma continua los servicios, tecnologías y procedimientos asistenciales ya incorporados a la cartera de servicios.

GRÁFICO 8.1

LAS SEIS PREGUNTAS PARA DESINVERTIR EN LO INAPROPIADO



Fuente: Repullo (2012).

Diferentes organismos internacionales y nacionales han incluido en sus programas de trabajo la reinversión. El NICE ha identificado 800 intervenciones clínicas susceptibles de ser retiradas de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) (Garner y Littlejohns, 2011; NICE, 2007). La iniciativa Cochrane británica y el propio NICE, para lograr un mayor impacto, han colaborado en la identificación de 420 oportunidades de reinversión basadas en las revisiones publicadas en la Cochrane Library (NICE, 2008). Destacan sus recomendaciones *do not do* (muchas de las cuales se refieren a uso inapropiado y a uso experimental fuera de indicaciones en ficha técnica) y sus pautas, datos de seguimiento y comparaciones para facilitar la reinversión (Campillo-Artero y Bernal-Delgado, 2013).

El sistema sanitario de Australia también ha abordado la reinversión como medio de sostenibilidad del mismo, aunque la mayoría de las iniciativas están relacionadas con la seguridad de las prácticas y procedimientos. En los últimos años han desarrollado criterios bien definidos y un proceso de evaluación de las tecnologías nuevas y emergentes, procedimientos quirúrgicos y medicamentos, basado en la evidencia, que incluyen la medición de seguridad, efectividad y eficiencia. Canadá es otro de los países que ha incorporado la reinversión en la identificación y priorización de tecnologías y prácticas sanitarias principalmente obsoletas basada en criterios clínicos y coste-efectivos. (Joshi, Stahnisch y Noseworthy, 2009; Elshaug *et al.*, 2009; Campillo-Artero y Bernal-Delgado, 2013). Entre los instrumentos manejados para los programas de desinversión tienen gran valor las listas de tecnologías médicas de dudoso o bajo valor clínico periódicamente actualizadas, de las cuales pueden encontrarse referencias en Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013).

En España la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece un marco normativo para la exclusión de tecnologías de la cartera de servicios del SNS en base a una falta de evidencia de efectividad y eficiencia o que, como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico, se hayan quedado obsoletas o dejen de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente. Aparte de tener un marco legal, también es necesario contar con una metodología específica que facilite la identificación y evaluación de tecnologías sanitarias susceptibles de reinversión. Dentro del Plan de Calidad del SNS, la agencia gallega Avalia-t lideró un grupo de trabajo que desarrolló un manual metodológico que establecía un proceso reglado para identificar, priorizar y evaluar tecnologías sanitarias obsoletas (Ruano *et al.*, 2007). Se creó una herramienta de priorización (PriTec) y una aplicación electrónica, de uso libre disponible en la web, con una serie de dominios para ponderar y valorar comparativamente diferentes tecnologías sanitarias potencialmente obsoletas (AVALIA-T, 2010). La Agencia de Evaluación de Tecnologías del País Vasco (Osteba) elaboró posteriormente una guía para la no financiación de tecnolo-

gías sanitarias ya existentes (Guía GuNFT), puesto que la reinversión no debe ocuparse únicamente de tecnologías obsoletas, sino también de las que sean inefectivas e ineficientes para proceder a sustituirlas por otras más seguras y eficientes (Ibargoyen y Gutiérrez-Ibarluzea, 2009; Valentín y Blasco, 2012). Pero, como dicen Campillo-Artero y Bernal-Delgado (2013), en España “la naturaleza no preceptiva del marco normativo deja a la desinversión en el terreno de la iniciativa local y al albur de esquinadas controversias”. Las mismas deficiencias pues que las generales de la evaluación de tecnologías.

En suma, las políticas de reinversión pretenden liberar recursos absorbidos por intervenciones inefectivas, ineficientes, innecesarias, inseguras, inútiles, inclementes o insensatas para que puedan ser destinados a usos alternativos que incorporen valor en términos de salud, como nuevas tecnologías o medicamentos innovadores. Para desarrollarlas se han puesto en marcha en distintos países métodos y procedimientos sistemáticos y rigurosos como un ámbito más de la evaluación de tecnologías sanitarias. Entre nosotros su desarrollo es muy incipiente, y ya que se trata de un instrumento más para compatibilizar las innovaciones disruptivas que puedan emerger y la viabilidad del sistema sanitario, hay que reclamar su puesta en marcha sistemática, al igual que la de la evaluación de la eficiencia de tecnologías y medicamentos.

8.4. ¿SE PUEDE SUPERAR LA COMPARTIMENTACIÓN PRESUPUESTARIA? EJEMPLOS DE OTROS PAÍSES

En muchas ocasiones los presupuestos de gastos se confeccionan, asignan y ejecutan según criterios orgánicos, es decir, por los departamentos en los que se divide una determinada organización, ya sea perteneciente al sector privado o bien al sector público. En nuestro país, en el sector público y en concreto en los Presupuestos Generales del Estado, este criterio orgánico se refleja en la distribución por secciones, que constituye una de sus clasificaciones básicas. Las “secciones” son los organismos constitucionales, los departamentos ministeriales o se corresponden con otras responsabilidades del Gobierno central (como deuda pública, clases pasivas, sistema de financiación de entes territoriales y fondos de compensación interterritorial, relaciones financieras con la UE, etc.). Así, el Ministerio de Sanidad, a nivel central, es el órgano o departamento que tiene la responsabilidad de los presupuestos que se refieren a actividades de tipo sanitario. Sin embargo, éstas no agotan todas las políticas con efectos sobre la salud de los ciudadanos y que pueden estar asignadas a otros departamentos. Otro tanto ocurre en las comunidades autónomas. Las consejerías de sanidad tienen la responsabilidad de los presupuestos de la asistencia sanitaria, que en su conjunto suponen la mayor parte del gasto sanitario público regional y en cada una de ellas en torno al 40% de la totalidad de sus presupuestos de

gastos. Pero otras consejerías pueden desarrollar actividades con incidencia en la salud, no necesariamente servicios sanitarios.

Otra clasificación muy utilizada es la clasificación económica o por capítulos (gastos corrientes y de capital, y dentro de los primeros de personal, en bienes y servicios, gastos financieros y transferencias corrientes). La tercera clasificación que nos interesa destacar es la funcional, es decir, según funciones de gasto. Por ejemplo, en nuestros presupuestos y estadísticas presupuestarias se distinguen con este criterio Servicios públicos básicos (Servicios generales, Defensa y Justicia, Orden público y seguridad); Estado de bienestar (Pensiones, Desempleo, Enfermedad, Familia y exclusión, Servicios sociales, Salud, Educación, Cultura, deporte y religión); Asuntos económicos; Medio Ambiente y Servicios comunitarios). En los presupuestos de sanidad se distingue entre gastos hospitalarios y de farmacia.

La cuestión es que el criterio al que realmente se atiende para la exigencia de responsabilidades es el primero. Es decir, la atención se fija en el presupuesto que tiene asignado un organismo y se le considera responsable de este presupuesto, sin que se atienda tanto al conjunto de los recursos públicos puestos al servicio de los objetivos sustanciales que las administraciones deben perseguir, estén asignados a unos u otros organismos. No existe, en realidad, una presupuestación ni dirección por objetivos, a pesar de que formalmente se elaboren presupuestos por programas. Si un objetivo es perseguido transversalmente por más de un organismo, no es frecuente que se consideren unitariamente sus acciones y presupuestos desde el punto de vista comprensivo de la consecución de dicho objetivo, más allá de la responsabilidad política general del nivel de Gobierno de que se trate.

Así, pueden darse duplicaciones de gasto con derroche de recursos, como ocurre especialmente en nuestro país, entre los distintos niveles de gobierno territoriales. También pueden no ser aprobadas propuestas de programas de gasto que aumentan los gastos de un centro administrativo, aunque generen ahorros a otros centros con presupuestos diferentes, o a la propia población en su conjunto.

A esto es a lo que nos referimos cuando hablamos de “compartimentación presupuestaria”. A una estructura de incentivos y responsabilidades que crea compartimentos estancos entre órganos que se desentienden de las consecuencias de sus acciones si no tienen repercusión sobre su propio presupuesto asignado, porque es el único por el cual se le exigen responsabilidades y rendición de cuentas. Un ejemplo es el caso de un servicio de farmacia de hospital que no obtiene una ampliación de presupuesto para administrar un nuevo medicamento dado su alto coste, aunque su utilización disminuya otros gastos de

asistencia en otros servicios. Los medicamentos bloqueadores de los receptores H2 (como la cimetidina) y más recientemente los inhibidores de la bomba de protones (como el omeprazol) para los procesos ulcerosos del aparato digestivo, eliminaron casi por completo las operaciones quirúrgicas. Surgió un gasto nuevo en los presupuestos de farmacia, pero se redujeron los gastos de otras unidades. Otro ejemplo es la valoración, muy frecuente en nuestro país, de los presupuestos de farmacia de atención primaria nacionales, y las medidas que les afectan, aisladamente, en sí mismos, sin prestar atención a las repercusiones que su diseño y evolución puedan tener en otros sectores de la asistencia sanitaria. Su crecimiento se considera por definición un fracaso político y su contención un éxito, con independencia de otros razonamientos. Tampoco se valoran sistemáticamente los resultados en términos de salud de la población.

Todo esto es especialmente importante en el caso de los programas de salud, porque existen abundantes pruebas científicas y un amplio consenso acerca de que la salud y la enfermedad están plurideterminadas por causas de muy distinta índole y no sólo por la cantidad y calidad de la asistencia sanitaria. Nadie duda hoy de que la nutrición, el ejercicio físico, la vivienda, el medio ambiente, las condiciones de trabajo... son decisivos para explicar las variaciones en los niveles de salud de las distintas poblaciones. Este convencimiento ha llevado a que se defienda ampliamente la idea de que si queremos obtener buenos resultados hay que considerar la "salud en todas las políticas". Nuestra Ley de Salud Pública de 2011 obliga a adoptar esta perspectiva pues en su artículo 35 establece: "1. Las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley. 3. La evaluación de impacto en salud deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de la mejora de las actuaciones".

Por otro lado tenemos el importantísimo problema de la escasa integración de los servicios sanitarios primarios y especializados que también llegan a constituir compartimentos estancos y del que ya hemos tratado en el epígrafe 7.4.

¿Qué remedios podríamos aplicar para superar la compartimentación presupuestaria? Señalemos tres: la integración de los servicios sanitarios, la presupuestación por programas u objetivos y la utilización de la perspectiva social en las evaluaciones de eficiencia (estudios de coste-efectividad).

Respecto del primero, recordemos aquí sólo que hoy se considera que la integración de los servicios sanitarios es una de las dimensiones fundamentales de la reforma de los servicios sanitarios, una de las claves de la viabilidad de los

sistemas públicos y una de las vías más importantes para afrontar las nuevas realidades que suponen las nuevas tecnologías, el envejecimiento y el predominio de las enfermedades y los enfermos crónicos (véase el epígrafe 7.4.).

La presupuestación por programas u objetivos significa situar en un primer plano los objetivos perseguidos y en un segundo plano a los organismos encargados de desarrollar las políticas para su consecución. Exige una perspectiva transversal y un esfuerzo de coordinación para superar las divisiones administrativas. Pero lo importante es no tanto que se elaboren los presupuestos por programas, sino que la rendición de cuentas y la exigencia de responsabilidades por sus resultados realmente adopten esta perspectiva globalizadora. En última instancia, superar la compartimentación conduce a una visión nueva, más moderna de las administraciones públicas, con estructuras más flexibles y permeables que la división por departamentos ministeriales o las consejerías. Esto no es fácil pues la compartimentación está muy enraizada en nuestro país, entre otras cosas por la fortaleza de los cuerpos funcionariales, relacionados con determinadas profesiones o especializaciones, que consideran que un determinado departamento debe ser regido por ellos y sólo por ellos. Las disputas entre departamentos por el ejercicio y conservación de funciones determinadas pueden tener un alto coste y exigir decisiones difíciles a los niveles superiores que muchas veces éstos no están dispuestos a afrontar). A otros niveles, en los servicios sanitarios (áreas de salud, hospitales) estas fracturas también se producen. La responsabilidad de la Presidencia del Gobierno como órgano coordinador de las políticas de salud ha sido contrastada con las escasísimas referencias que la salud ha merecido en los discursos sobre el Estado de la Nación (exactamente dos) en la historia de nuestra democracia (López i Casanovas y González López-Valcárcel, 2015).

En el epígrafe 7.6. ya hemos dicho que el análisis de la eficiencia ocupa un lugar destacado dentro del marco de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En general, los estudios de la eficiencia o de coste-efectividad tratan de determinar si los resultados beneficiosos adicionales de una intervención, tecnología o medicamento compensan los costes también adicionales en los que tenemos que incurrir al aplicarlos. Estos estudios son así una ayuda fundamental para la toma de decisiones sobre la financiación pública o la intervención de los precios de los medicamentos y otras tecnologías.

Como es sabido, en la realización de estos estudios la perspectiva a adoptar es el primer paso metodológico a dar. Lo habitual es atender, cuando se identifican los costes y los beneficios relevantes para el estudio y las decisiones subsiguientes, a la perspectiva del pagador o institución que tiene la responsabilidad de ejecutar los presupuestos contra los cuales se cargan los gastos. Por ejemplo, en nuestro caso el Sistema Nacional de Salud o la comunidad

autónoma concernida, o el hospital de que se trate. De este modo los beneficios y costes que no afloran en los presupuestos del organismo financiador no son tenidos en cuenta. Si tomamos esta perspectiva del financiador los costes derivados de las pérdidas de productividad o de los cuidados que prestan los familiares informalmente (fuera del mercado) no serán valorados. En cambio, sí se tendrán en cuenta si se adopta la perspectiva de la sociedad en su conjunto, una perspectiva social. Entonces son relevantes y se tienen que identificar y valorar todos los costes, cualquiera que sea el agente que los soporte, así como todos los beneficios, sea quien sea quien los disfrute (autoridades de los distintos niveles de gobierno, servicios sanitarios, pacientes y sus familiares, la sociedad...) (véase al respecto, por ejemplo, Lobo, 2015). Otra perspectiva posible es la del paciente.

Precisamente, una forma de superar la compartimentación presupuestaria es aplicar en los estudios de la eficiencia o coste-efectividad esta perspectiva social, pues entonces hay que valorar todos los costes y beneficios, con independencia del presupuesto, organismo o agente de cualquier tipo que los soporta directamente. Habrá entonces que agregar todas las partidas relevantes que figuren en las cuentas o sean atribuibles a todos los agentes rompiendo los límites entre los diversos presupuestos. Por cierto que esta perspectiva no es sino expresión de la “regla de oro” del análisis coste-beneficio, que exige contabilizar todos los costes y beneficios.

La experiencia de Suecia con estos estudios es particularmente interesante. La Agencia de Medicamentos (Läkemedelsverket) es la responsable de evaluar y otorgar la autorización de comercialización. Por su parte la Agencia de Prestaciones Farmacéuticas y Dentales (Tandvårds –och läkemedelsförmånsverket, TLV), creada en 2002, como parte de una reforma de la regulación farmacéutica, es responsable de las decisiones sobre financiación pública y sobre precios de productos farmacéuticos y técnicas dentales. Aplica para ello sistemáticamente la evaluación de la eficiencia. En Europa sólo este país integra las decisiones de financiación pública e intervención de precios aplicando a ambos tipos de decisiones los métodos de las evaluaciones coste-efectividad y de los precios basados en el valor (social). Otros países europeos utilizan estos métodos para fundamentar las decisiones de financiación pública, pero no las referidas a precios (Bouvy y Vogler, 2013).

En Suecia, además, la eficiencia debe ser evaluada desde una perspectiva social, de modo que tanto costes como beneficios (directos e indirectos) se valoran con independencia de quién los soporte o se beneficie (autoridades locales, gobierno central, pacientes y sus familiares, o toda la sociedad). Se valoran pues, pérdidas y mejoras de productividad de los trabajadores relacionadas con menor o mayor número de días de baja y los cuidados informales.

Este punto de vista social se puede considerar único del sistema sueco ya que normalmente, como hemos dicho, la perspectiva que se adopta es la de los financiadores o pagadores (por ejemplo, el NICE realiza el análisis de eficiencia únicamente desde la óptica del Sistema Nacional de Salud Británico, NHS) (Lobo, 2015).

La TLV atiende, además, a otros dos criterios complementarios: igualdad de las personas y necesidad y solidaridad. De acuerdo con el primer principio la agencia debe respetar a todas las personas por igual, sin consideraciones de sexo, raza, edad, etc. El principio de necesidad y solidaridad establece que la financiación será acordada según la mayor o menor necesidad de los pacientes. En alguna ocasión este principio ha prevalecido sobre el principio de eficiencia (un ejemplo claro es el caso de ciertos medicamentos huérfanos).

8.5. UN VISTAZO RÁPIDO A LAS CUATRO POLÍTICAS SELECCIONADAS

Demos ahora un vistazo rápido a las cuatro políticas que acabamos de examinar y que seleccionamos por su importancia para compatibilizar las innovaciones disruptivas con la viabilidad futura del sistema sanitario, sin desconocer que hay otras muchas líneas de trabajo que podrían desarrollarse para lograr dicho objetivo.

La planificación es imprescindible para atacar los problemas que plantea la incorporación de grandes innovaciones terapéuticas en un contexto de situaciones complejas y recursos limitados y garantizar la sostenibilidad fiscal y política del sistema sanitario. El episodio reciente de la incorporación a nuestro SNS de los medicamentos avanzados de alta efectividad y alto coste para la hepatitis C constituye un buen ejemplo. La falta de previsión provocó inicialmente un auténtico caos que sólo pudo controlarse mediante un plan nacional de actuación, que desgraciadamente se hizo esperar demasiado y pagando a corto plazo una elevadísima factura.

La planificación de la incorporación de las grandes innovaciones terapéuticas es forzosamente compleja. Debería incluir previsiones tecnológicas, la capacidad de evaluación de su seguridad, eficacia y calidad, la determinación de su posicionamiento terapéutico, estudios epidemiológicos de demanda, estudios de eficiencia, despliegue y ordenación de los profesionales y servicios sanitarios, criterios de selección y priorización de pacientes, evaluaciones de resultados, previsiones económicas de su impacto presupuestario y presupuestación de los recursos necesarios para financiarlos. Además, la planificación no debe limitarse a reaccionar ante los cambios tecnológicos, demográficos y de expectativas,

sino llegar a determinar las necesidades de salud, establecer el nivel de los servicios a prestar, considerar la productividad de profesionales y servicios, diseñar diversos escenarios y efectuar simulaciones.

En España disponemos de legislación, capacidad técnica y experiencia suficiente para desarrollar una planificación sanitaria a la altura de los desafíos que la innovación y la restricción de recursos imponen. Lo que ha faltado en los últimos quince años es liderazgo e impulso político. El liderazgo del Ministerio de Sanidad y la cooperación entre comunidades autónomas, que nos resultan tan necesarios, se tienen que expresar fundamentalmente en el ámbito de la planificación estratégica.

La evaluación de la eficiencia de los medicamentos innovadores contribuiría decisivamente al objetivo de compatibilizar innovación con viabilidad futura el sistema. Sin embargo, España, cuando se concluye este libro en 2016, sigue desaprovechando en buena medida sus virtudes, pues en el ámbito de la Administración del Estado no se exige legalmente, ni para las decisiones de financiación pública ni para las de fijación de precios de los medicamentos, a diferencia de Inglaterra, Alemania, Francia, Suecia o Portugal.

Nuestra legislación es claramente insuficiente. La Ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento sorprendió por ignorar totalmente la evaluación económica. La legislación de crisis y el actual texto refundido aunque mencionan los criterios y los análisis de coste-efectividad e impacto presupuestario no resuelven la cuestión. Esta insuficiencia contrasta con la realización en el país de numerosos estudios de este tipo.

En este contexto, los nuevos Informes de Posicionamiento Terapéutico que realiza la AEMPS con la colaboración de las CC.AA. son un ejercicio de evaluación comparativa del valor añadido por los nuevos medicamentos que facilita las decisiones clínicas; contribuye a la coordinación entre CC.AA. y apoya las resoluciones sobre precios y financiación pública, aunque no lleguen a constituir por sí mismos evaluaciones de la eficiencia. El balance es un paso más que notable en la dirección correcta.

En conclusión, la evaluación de la eficiencia o económica, aplicada sistemáticamente como fundamento de las decisiones a distintos niveles sobre financiación pública y precios de los medicamentos y orientaciones clínicas sería un aporte contundente para conseguir un equilibrio entre incorporación de las innovaciones disruptivas y viabilidad del sistema sanitario. Para lograrlo seguramente son necesarios un impulso político del Gobierno central, un esfuerzo de cooperación entre los distintos niveles del Estado, una ley formal y una solución organizativa que a largo plazo debería suponer la implantación de una agen-

cia comparable al NICE inglés, que exigiría fondos presupuestarios y personal experto adicionales.

La efectividad, la seguridad y la eficiencia exigen abordar programas explícitos de *reversión* en el ámbito sanitario. Consisten en el proceso de eliminar, restringir el uso o redefinir las indicaciones de procedimientos, tecnologías o fármacos que son inapropiados, inefectivos o ineficientes y, por tanto, constituyen una asignación ineficiente de recursos. El concepto implica inexcusablemente que al tiempo se promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se destinan a financiar estos últimos.

En España la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad, establece un marco normativo para la exclusión de tecnologías de la cartera de servicios del SNS y en el marco del Plan de Calidad del SNS se ha elaborado un manual metodológico y algunas herramientas de priorización y valoración comparativa. Pero es necesario un esfuerzo global de todos los actores y un compromiso institucional para desarrollar estas políticas, liberar recursos absorbidos por intervenciones inefectivas, ineficientes, innecesarias, inseguras, inútiles, inclementes o insensatas y destinarlos a alternativas valiosas en términos de salud, como nuevas tecnologías o medicamentos innovadores.

La “*compartimentación presupuestaria*” se refiere a una estructura de incentivos y responsabilidades que crea compartimentos estancos entre órganos que se desentienden de las consecuencias de sus acciones si no tienen repercusión sobre su propio presupuesto asignado, porque es el único por el cual se les exigen responsabilidades y rendición de cuentas. Un ejemplo es la valoración aislada de las políticas de medicamentos, teniendo en cuenta sólo su repercusión sobre el presupuesto de farmacia, sin prestar atención a los efectos en otros sectores y presupuestos. Como la salud y la enfermedad están determinadas no sólo por la asistencia sanitaria sino por muchos otros factores (nutrición, ejercicio físico, vivienda, medio ambiente, condiciones de trabajo...) es claro que hay que superar esta visión limitada y desarrollar la “salud en todas las políticas”, perspectiva a la que obliga nuestra Ley de Salud Pública de 2011. Así, se conseguiría eliminar duplicaciones de gasto y desplegar programas que afectaran a presupuestos diferentes, mejorando la eficiencia social y abriendo espacio a la incorporación de innovaciones. Hemos defendido tres estrategias para superar la compartimentación presupuestaria: la integración de los servicios sanitarios, la presupuestación por programas u objetivos y la utilización de la perspectiva social en las evaluaciones de la eficiencia.

Estas cuatro políticas (planificación, evaluación de la eficiencia, inversión y superación de la compartimentación presupuestaria) desde luego no agotan la amplia panoplia de actuaciones que requiere hacer compatible la innovación

costosa y la sostenibilidad futura de nuestro Sistema Nacional de Salud. Pero después de las razones expuestas parece que es difícil dudar de que todas ellas deben estar presentes en la política de salud que necesitamos para lograrlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO VIII

ABELLÁN-PERPIÑÁN, J. M., y J. E. MARTÍNEZ PÉREZ (2016), "Cómo articular la cooperación en red de los recursos sobre conocimientos y evaluación en salud y servicios sanitarios en España? ¿Hacia un HispaNICE?", Informe SESPAS, *Gaceta Sanitaria*, 30(S1):14-18.

AES (2008), 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 sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, Asociación de Economía de la Salud, Barcelona. Disponible en: (<http://www.aes.es/Publicaciones/AESE2.pdf>).

AVAILA,-T., Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (2010), *Herramienta de priorización PriTec*, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Disponible en: (<http://pritec-tools.es>). Consultado el 10-11-2015.

BANTA, H. D., y S. B. THACKER (1990), "The case for reassessment of health care technology. Once is not enough", *Journal of the American Medical Association*, 264 (2): 235-240. Disponible en: (<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/382507>).

BIRCH, S. (2015), "Improving the fiscal and political sustainability of health systems through integrated population needs-based planning. Office of Health Economics", *Seminar Briefing*, 17. Disponible en: (<https://www.ohe.org/publications/improving-fiscal-and-political-sustainability-health-systems-through-integrated>).

BOUVY, J., y S. VOGLER (2013), Pricing and Reimbursement Policies: Impacts on Innovation. Background Paper 8.3. Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation. Update on 2004 Background Paper, BP 8.3 Pricing and Reimbursement Policies. 23 de mayo. Disponible en: (http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/FurtherReading/Bouvy_PriorityMedicines_2013_BP8_3_pricing.pdf).

CAMPILLO-ARTERO, C., y E. BERNAL-DELGADO (2013), "Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas", *Gaceta Sanitaria*, 27(2): 175-179. Disponible en: (<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv27n2/especial.pdf>).

CASADO D.; PUIG-JUNOY, J., y R. PUIG PEIRÓ (2009), *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA*, Fundación Pfizer. Madrid. Disponible en: ([http://www.elmedicointeractivo.com/resources/files/2011/8/29/1314607949450ESTUDIO%20PDF%20\(DEF\).pdf](http://www.elmedicointeractivo.com/resources/files/2011/8/29/1314607949450ESTUDIO%20PDF%20(DEF).pdf)).

CHIEF MEDICAL OFFICER, Department of Health (2006), On the state of Public Health. Annual Report 2005, Department of Health, Londres. Disponible en: (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4137367.pdf).

CISNS, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2010), Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, Madrid. Disponible en: (<https://www.mssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns10.pdf>).

COCHRANE COLLABORATION (2012), Disinvestment opportunities highlighted by Cochrane Reviews, Cochrane Collaboration.

CULYER, A. J., y G. KOBELT (2014), *Portrait of a health economist. Essays by colleagues and friends of Bengt Jönsson*, The Swedish Institute for Health Economics, Lund.

DEL LLANO-SEÑARIS, J. E. (2015), "What Health Technology Assessment system do we really need? A critical review of the current situation of Health Technology Assessment in five European countries", en DEL LLANO-SEÑARIS y CAMPILLO-ARTERO (eds.), *Health Technology Assessment and Health Policy today: A multifaceted view of their unstable crossroad*.

DEL LLANO-SEÑARIS, J. E., y C. CAMPILLO-ARTERO (eds.) (2015), *Health Technology Assessment and Health Policy today: A multifaceted view of their unstable crossroad*, Springer International Publishing Switzerland.

DRUMMOND, M. F.; O'BRIEN, B. J.; STODDART, G. L.; TORRANCE, G. W., y A. GARCÍA-ALTÉS (1997), *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*, 2a ed. en esp. 2001 (de la 2a ed. en inglés de 1997).

ELOLA, J. (2016), Evaluación de resultados de servicios en el Sistema Nacional de Salud, Conferencia inaugural del curso 2016-2017, Máster de Evaluación sanitaria y acceso al mercado, (Fármaco-Economía), Universidad Carlos III de Madrid. Disponible en: (https://arcamm.uc3m.es/arcamm_3/item/show/414ad91c1b7446256c5f619e48e4193e).

ELSHAUG, A. G.; WATT, A. M.; MOSS, J. R., y J. E. HILLER (2009), Policy perspectives on the obsolescence of health technologies in Canada. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, *HTS Policy Forum discussion paper*. Disponible en: (<https://www.cadth.ca/collaboration-and-outreach/advisory-bodies/policy-forum/discussion-papers/policy-perspectives-obsolescence-health>).

GARNER, S., y P. LITTLEJOHNS (2011), "Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done?", *British Medical Journal*, 343:d4519. Disponible en: (<http://xa.yimg.com/kq/groups/13605222/1575736760/name/bmj.d4519.full.pdf>).

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; HERNÁNDEZ AGUADO, I.; MENEU, R.; URBANOS, R., y M. L. VÁZQUEZ (2008), "Informe SESPAS 2008: Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud", *Gaceta Sanitaria*, 22 (S1): 1-253. Disponible en: (<http://www.elmedicointeractivo.com/media/elmedicointeractivo/files/2011/08/29/1314609673804sepas08.pdf>).

GUTACKER N.; BLOOR, K.; COOKSON, R.; GARCÍA-ARMESTO, S., y E. BERNAL-DELGADO (2015), "Comparing hospital performance within and across countries: an illustrative study of coronary artery bypass graft surgery in England and Spain", *European Journal of Public Health*, 25 (S1): 28–34.

IBARGOYEN-ROTEA, N., e I. GUTIÉRREZ-IBARLUZEA (2009), Informe sobre la elaboración de la Guía GuNFT: Guía para la No Financiación de Tecnologías Sanitarias ya existentes en los sistemas sanitarios, Ministerio de Sanidad y Política Social, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del

País Vasco, *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2007/11*. Disponible en: (https://www.researchgate.net/publication/280877875_Informe_sobre_la_elaboracion_de_la_Guia_GuNFT_Guia_para_la_No_financiacion_de_Tecnologias_Sanitarias_ya_existentes_en_los_sistemas_sanitarios).

JENNETT, B., (1984), "Inappropriate use of intensive care", *British Medical Journal*, 289 (6460): 1709-1711. Disponible en: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1444796/pdf/bmjcred00533-0003.pdf>).

JÖNSSON, B. (2011), "Relative effectiveness and the European pharmaceutical market", *The European Journal of Health Economics*, 12 (2), 97-102. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301512016099>).

JOSHI, N.; STAHNISCH, F., y T. NOSEWORTHY (2009), Reassessment of health technologies: Obsolescence and waste. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, *Discussion paper*. Disponible en: (https://www.cadth.ca/media/pdf/494_Reassessment_of_HT_Obsolescence_and_Waste_tr_e.pdf).

KOBELT, G. (2013), *Health Economics. An introduction to economic evaluation, 3a ed., Office of Health Economics*, Londres. Disponible: (www.ohe.org/publications/health-economics-introduction-economic-evaluation).

LÁZARO, P. (1999), Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios. Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica, Universidad Nacional de Educación a Distancia e Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: (<http://www.taiss.com/publi/absful/uned-neces-adec-utiliz.pdf>).

LOBO, F. (2013), *La intervención de precios de los medicamentos en España. Panorama de la regulación y los estudios empíricos*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (<http://www.fundacionsigno.com/archivos/20151118101122.pdf>).

— (2014a), *El envejecimiento y la economía*, Fundación Ramón Areces. Madrid. Conferencia- 5-05-2014.

— (2014b), "Relative assessment and economic evaluation. Recent developments in Spain", en CULYER y KOBELT, *Portrait of a health economist. Essays by colleagues and friends of Bengt Jönsson*.

— (2015), *Políticas actuales de precios de medicamentos en Europa: Panorama general*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (http://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/23136/politicas_lobo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

— (2016), *Análisis y práctica de las políticas de precios y financiación de los medicamentos*. Con textos de F. SCOTT MORTON y M. KYLE y P. DANZON, Springer Healthcare, Madrid.

LÓPEZ BASTIDA, J.; OLIVA, J.; ANTOÑANZAS, F.; GARCÍA-ALTES, A.; GISBERT, R.; MAR, J., y J. PUIG-JUNOY (2010), "Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias",

Gaceta Sanitaria, 24 (2), 154-170. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109003367>).

LÓPEZ I CASASNOVAS, G., y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL (2016), "El sistema sanitario en España. Entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer", *Papeles de Economía Española*, 147: 190-212.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2004), Por un uso racional del medicamento. Plan estratégico de política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud español, 23 de noviembre, Madrid.

MSSSI, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. 21 de mayo. Disponible en: (https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf).

NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2007), *Guidance: Do not do*. Londres. Disponible en: (<http://www.nice.org.uk/savingsAndProductivity/collection?page=1&pageSize=2000&type=Do+not+do&published>). Consultado el 10-11-2015.

— (2008), *Supporting disinvestment and reinvestment in the health service through NICE guidance*, Londres.

ORTÚN, V., y F. RODRÍGUEZ-ARCALEJO (2014), "Interfaz entre política sanitaria y evaluación de tecnologías", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 16(3-4):43-44.

PINEAULT, R., y C. DAVELUY (1987), *La planificación sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias*, Masson, Barcelona.

PINTO, J. L.; LÓPEZ-CASANOVAS, G., y V. ORTÚN (2001), *Economic evaluation. From theory to practice*, Serie Economía de la salud y gestión sanitaria dirigida por V. Ortún, Springer, Barcelona.

PINTO, J. L.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I. (2003), *Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones*, CRES, Ministerio de Sanidad, Madrid.

PUIG-JUNOY, J., y S. PEIRÓ (2009), "De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental", *Revista Española de Salud Pública*, 83(1): 59-70. Disponible en: (http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000100005).

QUICK, J. (ed.) (2002), La gestión del suministro de medicamentos. Versión española dirigida por F. LOBO, Management Sciences for Health y Organización Panamericana de la Salud, Washington. Versión original de 1997: Managing drug supply, Management Sciences for Health y Organización Panamericana de la Salud, West Hartford (Connecticut).

REPULLO, J. R. (2012), "Taxonomía práctica de la "reversión sanitaria" en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud", *Revista de Calidad Asistencial*, 27(3):

130-138. Disponible en: (http://directivos.publicacionmedica.com/contenido/images/articulo_repollo.pdf).

RUANO, A.; VELASCO, M.; VARELA, L.; CERDÁ, T.; IBARGOYEN-ROTETA, N., e I. GUTIÉRREZ IBARLUZEA (2007), Identificación, priorización y evaluación de tecnologías sanitarias obsoletas. Guía metodológica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. *Informes de evaluación de tecnologías sanitarias: avalia-t 2007/01*. Disponible en: (<http://avalia-t.sergas.es/DXerais/474/Identificacion-tecnologias-obsoletas-web.pdf>).

SOTO, J. (2012), *Evaluación económica de medicamentos y tecnologías sanitarias*, ADIS, Madrid.

VALENTÍN, B., y J. A. BLASCO (2012), Identificación de oportunidades de reinversión en tecnologías sanitarias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo. *Informes de evaluación de tecnologías sanitarias UETS 2011/07*. Disponible en: (http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1354189145984&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro).

IX. NUEVAS POLÍTICAS PARA HACER ASEQUIBLES LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES

No existe una fórmula única mágica para hacer asequibles los medicamentos innovadores y compatibilizar las innovaciones disruptivas con la viabilidad del sistema sanitario. La respuesta a la pregunta ¿cómo conseguirlo? es que sólo una política farmacéutica de amplio alcance, en el marco de una política de salud también de altos vuelos, que incluya las ideas tratadas en el capítulo anterior, puede conseguirlo. El objetivo de ambas debe ser maximizar la salud de todos los ciudadanos presentes y futuros, con actuaciones eficientes (por tanto efectivas), que obtengan los máximos resultados en términos de salud a partir de los recursos disponibles, garantizando la viabilidad del sistema a largo plazo. Para ello la perspectiva “salud en todas las políticas” es fundamental, de modo que se tenga en cuenta que la salud está plurideterminada, por la asistencia sanitaria pero también por los estilos y condiciones de vida, incluidas las circunstancias socioeconómicas, laborales, de vivienda y medio ambiente. Son perspectivas y objetivos que van mucho más allá de la simple pretensión de ahorrar recursos en asistencia sanitaria.

En este marco conceptual, amplio y complejo, la *política farmacéutica* debe incluir muy diversas dimensiones, como las siguientes:

- Evaluación rigurosa y control de la eficacia, seguridad, calidad e información de los medicamentos por las agencias reguladoras europea y española.
- Evaluación de la eficiencia, a la que hemos dedicado gran atención en estas páginas, debido a sus carencias en España.
- Programas de uso racional de los medicamentos, que abarquen la prescripción por los médicos, la asistencia farmacéutica y el consumo responsable por los pacientes, incluida la observancia o adherencia a los tratamientos.
- Regulación selectiva de la inclusión de los medicamentos en la financiación pública.

- Una activa política de genéricos y biosimilares.
- Sistemas de intervención de precios y programas de compras públicas bien diseñados.
- Fórmulas de copago reducido, que contribuya en alguna medida a regular la demanda no necesaria, con salvaguarda de los grupos vulnerables y evitando totalmente el abandono de tratamientos por causas económicas.
- Fomento y mantenimiento de los incentivos a la innovación.

Como se ve, se trata de un conjunto complejo de políticas en todas las cuales no podemos entrar. En este capítulo vamos a poner el foco solamente en algunas ideas de actualidad que específicamente podrían contribuir a hacer más asequibles los medicamentos innovadores. La evaluación de la eficiencia cabría perfectamente entre ellas, pero como su aplicación va mucho más allá del ámbito de los medicamentos la hemos incluido en el capítulo anterior. De las que vamos a ver ahora las dos primeras (precios basados en el valor y acuerdos de riesgo compartido) se refieren a los procesos de formación de los precios y tienen un carácter incremental. Pretenden el perfeccionamiento de los mecanismos y políticas actualmente aplicados y están pensadas sobre todo para los países desarrollados. Las que analizamos en el tercer epígrafe de este capítulo tratan de modificar los derechos de exclusiva o monopolio que se otorgan para incentivar la investigación (patentes y otros). De ellas algunas son más radicales y han surgido mirando especialmente a las agudas necesidades y carencias de los países en vías de desarrollo.

9.1. PRECIOS BASADOS EN EL VALOR: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES. ¿OLVIDAMOS LOS COSTES?

En los últimos tiempos se ha popularizado ampliamente la defensa de políticas de “precios basados en el valor”. La idea es que “el precio máximo autorizado de un nuevo medicamento se determine en función del valor adicional que aporta dicho medicamento en relación a un comparador. Puede tratarse de una aportación terapéutica, más supervivencia, o más calidad de vida, o económica, ahorro en los costes totales de tratamiento. “Si (...) el nuevo medicamento no aporta ningún valor (...) el precio del nuevo medicamento no será superior al del comparador. En el caso de que sí haga una aportación, el mecanismo (...) debe definir cómo se determina el “premio” (...) respecto al comparador” (Rovira, Gómez Pajuelo y del Llano, 2012: 115).

Obsérvese que para determinar los precios basados en el valor resulta conveniente utilizar los métodos de la evaluación de la eficiencia o evaluación económica, puesto que estos métodos incluyen técnicas y procedimientos para apreciar la aportación terapéutica o, más ampliamente, los beneficios en términos de salud de los fármacos, incluyendo la calidad de vida de los pacientes. Contrastando y balanceando estos beneficios con los costes de la terapia podemos disponer de criterios que permiten adoptar decisiones racionales. En algunos países, como en Francia, se intenta, de forma simplificada, modular los precios según el valor terapéutico aportado (*service medical rendu*), aunque durante mucho tiempo sin aplicar métodos formales de evaluación de la eficiencia.

El surgimiento de esta fuerte tendencia se debe a la frustración con los resultados incongruentes que generan otras formas de regulación de los precios. Por un lado, la intervención de precios basada en la investigación de los costes (*cost-plus*) podía llevar a altos precios derivados de altos costes aunque el valor del producto fuera reducido. Estas y otras limitaciones hicieron que este método se abandonara en muchos países hace tiempo. Por otro lado, la regulación basada en la limitación de los beneficios, practicada singularmente en Inglaterra, también da lugar a precios distintos para fármacos de valor equivalente y a precios más altos para medicamentos de menor valor. No puede extrañar que una propuesta muy elaborada de basar los precios en el valor surgiera de la Office of Fair Trading inglesa (la autoridad antimonopolio) en 2007 (Office of Fair Trading, 2007). Véase una amplia exposición de esta propuesta en Lobo (2015 y 2016). Las dificultades para definir un tope por AVAC y la oposición de la industria farmacéutica frustraron su puesta en marcha. En cambio, una nueva versión del *Pharmaceutical Price Regulation Scheme*, basado en el control de los beneficios empresariales y con más de cincuenta años de historia, comenzó a aplicarse en 2014.

Las *limitaciones* que aquejan a este sistema son:

- No proporciona una orientación precisa sobre los pagos concretos a efectuar.
- La incertidumbre propia de la estimación del valor.
- No determina la proporción del valor social del medicamento que deba corresponder a la empresa que ha desarrollado el medicamento (Jönsson y Steen Carlsson, 2014).
- La falta de datos disponibles adecuados.

- Determinar el tope concreto para la Ratio Incremental Coste Efectividad (RICE)¹, que puede variar según la enfermedad y el contexto, presenta dificultades metodológicas y políticas (Danzon, 2012).

Se alegan las siguientes *ventajas de los precios basados en el valor*:

- Promueve la investigación de productos con mayor valor terapéutico si el fabricante se apropia de todo el excedente (Bouvy y Vogler, 2013). En este punto insisten Jayadev y Stiglitz (2009): “Reduciría los incentivos para investigar medicamentos imitadores (mee-too), pero incrementaría los incentivos para innovaciones más fundamentales reduciendo la incertidumbre y la capacidad de apropiarse de los rendimientos” (p. 166).
- A largo plazo el precio tenderá a descender al caducar la patente y enfrentarse a la competencia de los genéricos.
- No existen razones para comportamientos estratégicos en el lanzamiento de productos entre países.
- El pagador puede orientar la investigación hacia las áreas terapéuticas que considere prioritarias.
- Si un medicamento tiene distintas indicaciones y está destinado a distintas subpoblaciones el financiador puede confeccionar un menú de combinaciones de precios y cantidades (Claxton, Sculpher, Carroll, 2011).

El atractivo de los precios basados en el valor no debe hacer olvidar que *los precios deben guardar alguna relación con los costes*. Esta observación es importante en tiempos en los que se comercializan nuevos medicamentos muy efectivos pero con muy altos precios, o se afirma, como acabamos de ver, que si el fabricante se apropia de todo el excedente tendrá incentivos a investigar. La teoría microeconómica tradicional sobre la formación de los precios y el excedente de consumidores y productores proporciona razones para situar estas propuestas. El precio en un mercado competitivo puede ser inferior a la disposición a pagar de los consumidores (entre los que incluiríamos a los pagadores o financiadores institucionales de medicamentos) y estos obtienen así un

¹ El RICE es el criterio de decisión utilizado en los análisis de la eficiencia. Es el coste incremental por cada Año de Vida Ajustado por Calidad Adicional que proporciona el medicamento analizado frente al comparado. Si el análisis no se efectúa restringido por un presupuesto cerrado, sino que examinamos si se ha de financiar o no un producto por el sistema, necesitamos definir, según las preferencias sociales, un tope para dicha ratio (por ejemplo 30.000 euros por AVAC) para poder adoptar la decisión de financiarlo o no. Definir este tope es una de las principales dificultades de estos estudios.

“excedente”, un “beneficio” (la diferencia entre lo que se valora el bien y lo que se paga), por el mero hecho del funcionamiento del mercado. Los oferentes también obtienen un excedente por la diferencia entre ingresos y costes. En un mercado competitivo la presión de la competencia hace que el precio iguale el nivel del coste marginal. En esas condiciones el excedente social, suma del excedente del consumidor y del productor, es máximo. En situación de monopolio –como el de los medicamentos bajo patente sin sustitutos– los consumidores sufren una reducción de su excedente, tanto mayor cuanto más rígida es su demanda. En este caso el excedente social también disminuye siempre.

Este esquema de razonamiento es incompleto si existen costes de investigación que tienen carácter de fijos y que también tienen que ser cubiertos y repartidos entre los compradores con independencia de los costes marginales. Pero en todo caso los precios deben tener alguna relación con los costes, incluidos los de investigación, y no despegarse totalmente de ellos, de modo que el margen sea totalmente abusivo y el consumidor resulte privado de la totalidad del excedente. Es cierto que incluso en los mercados farmacéuticos los monopolios no son ni mucho eternos, sino que el incentivo de los altos beneficios atrae a otras empresas que con el tiempo ofrecen productos alternativos, de lo que deriva cierta competencia y por lo menos algunos márgenes de negociación favorables para los pagadores y una perspectiva de caducidad más o menos temprana para las rentas del monopolio. Pero el entusiasmo por los precios basados en el valor no tiene que significar que el excedente de los consumidores (la diferencia entre lo que se valora el bien y lo que se paga) se transfiera totalmente al productor en función de la alta disposición a pagar de los primeros. Tampoco queremos que esto se entienda como una defensa de la intervención de precios basada en los costes.

Si el coste de producción-investigación del medicamento es fijo y el coste marginal del tratamiento de un paciente adicional es próximo a cero, entonces la forma de pago más racional sería que el paciente pagara el coste marginal y que el resto se financiara mediante primas del seguro o impuestos. ¿Cómo pagar la parte pública? Debería tratarse de una cantidad fija pagada de una vez, más un pago por paciente tratado: “Sería parecido a una suscripción, del mismo tipo que las que pagamos por el teléfono o por el acceso a Internet, que tienen una estructura de costes similar” (Jönsson y Steen Carlsson, 2014: 149).

Suecia, Canadá y Australia tienen sistemas de precios basados en el valor. El caso sueco es interesante porque es el único país de Europa que resuelve las decisiones de financiación pública e intervención de precios conjuntamente mediante evaluaciones de eficiencia y precios basados en el valor. Otros países europeos utilizan la evaluación de eficiencia pero sólo para fundamentar las decisiones de financiación pública, no las de precios (Bouvry y Vogler, 2013).

En España Rovira, Gómez Pajuelo y del Llano (2012) han hecho una propuesta bastante elaborada en la misma dirección. También proponen “para los medicamentos en situación de exclusividad (...) un sistema de regulación de precios (...) fundamentado en el valor aportado por cada medicamento” (p. 119). La propuesta exige definir y concretar: los conceptos de valor e innovación; una métrica para calcular el valor de las ganancias en salud o bienestar (p. ej. los AVAC); criterios de decisión como umbrales de aceptabilidad u otros algoritmos; factores moduladores (gravedad del paciente, rareza de la enfermedad, riesgo de muerte, etc.); participación ciudadana que permita incorporar los valores y las prioridades sociales; papel relativo del gobierno central y las comunidades autónomas; estandarización metodológica y transparencia de los procesos.

Se trata de todo un programa de trabajo y de reforma legislativa que ratifica propuestas formuladas anteriormente, por los mismos y otros expertos y colectivos sociales (Rovira y Antoñanzas, 1994; Asociación de Economía de la Salud, 2008; López-Bastida *et al.*, 2008, y López-Bastida *et al.*, 2010) y que sería necesario desarrollar en detalle.

Jönsson y Steen Carlsson (2014) han señalado que el ascenso del sistema de precios basados en el valor es incuestionable. Pero perfilar su diseño y ponerlo en práctica en los distintos sistemas de salud será un proceso prolongado. Llevará quizás veinte años, tanto tiempo como el que tomó, por ejemplo, poner en marcha un sistema de pago a los hospitales basado en los grupos relacionados con el diagnóstico.

9.2. PAGO POR RESULTADOS Y RIESGO COMPARTIDO

9.2.1. La incertidumbre y la efectividad de los medicamentos

La incertidumbre acerca de la efectividad de los medicamentos nuevos es muy alta pues necesariamente los ensayos clínicos en los que se prueban se hacen en grupos pequeños de personas y en condiciones “ideales de laboratorio”. Los resultados en términos de salud que realmente lograrán cuando se apliquen a poblaciones grandes no son siempre predecibles a partir de los estudios en grupos pequeños. Además, las condiciones de la vida real son muy distintas de las ideales de los ensayos clínicos. La efectividad sólo se conoce tras cierto tiempo y experiencia en la “vida real y en la población real”, mayor en el caso de medicamentos para afecciones crónicas. De aquí deriva un primer riesgo financiero directo. Así, cuando se aprueba la financiación de un medicamento nuevo (por un asegurador público o privado), establecer el precio que se debe pagar es arriesgado.

Además, existe otro tipo de incertidumbre acerca del nivel de ventas y gasto que el medicamento alcanzará en la realidad. Con la misma efectividad, ventas y gasto pueden variar por cambios en la morbilidad, el nivel de la promoción de ventas de la empresa o la aceptación del medicamento por los médicos según las distintas escuelas del ejercicio de la medicina. Estas son circunstancias diversas difíciles de predecir por el pagador. Finalmente, si se realizan estudios de eficiencia aunque pueden resolver muchas incógnitas, también pueden dar origen a nuevas incertidumbres. El cuadro 9.1 disecciona sus distintas formas.

A estos problemas se suma frecuentemente un contexto de información asimétrica. La empresa vendedora suele tener más y mejor información que la Administración Pública o la aseguradora sobre el producto y las características del mercado, así como sobre las consecuencias financieras que se derivarán de la venta.

CUADRO 9.1

LA INCERTIDUMBRE ASOCIADA A LOS NUEVOS MEDICAMENTOS

Incertidumbre sobre la efectividad de la intervención sanitaria o el medicamento:

- No resulta efectivo o es menos efectivo que lo previsto según los ensayos clínicos
- Es efectivo en menos pacientes
- Produce acontecimientos adversos no previstos

Razones:

- Discrepancias entre eficacia (condiciones de laboratorio) y efectividad (mundo real)
- Ausencia de ensayos clínicos comparativos frente a los tratamientos más eficaces y utilizados
- Utilización de resultados intermedios en ensayos clínicos

Incertidumbre sobre el impacto presupuestario (a corto plazo):

- Utilización de los medicamentos fuera de la indicación autorizada
- Para colectivos no previstos
- Promoción comercial abusiva

Incertidumbre sobre eficiencia/coste-efectividad

- Dificultades de la modelización a largo plazo (premisas, transparencia, etc.)
- Dificultades de interpretación de resultados por reguladores y financiadores (desconfianza frente a estos estudios, los ahorros afloran sólo en el largo plazo, etc.)

Fuente: Puig-Junoy y Meneu (2005) y elaboración propia.

¿Cómo afrontar estas dificultades? El pago por resultados y los acuerdos de riesgo compartido pueden sacarnos del brete en el que nos ponen incertidumbre e información asimétrica, como vamos a analizar inmediatamente¹.

9.2.2. ¿Qué es el pago por resultados y riesgo compartido?

En los sistemas sanitarios existe una tendencia creciente a utilizar fórmulas de pago basadas en la obtención de resultados (P4P, *pay for performance*, en inglés) (Scheffler, 2008; Scheffler, 2010; Emmert *et al.*, 2012, y Eijkenaar *et al.*, 2013). Ha sido estimulada recientemente por las apremiantes restricciones financieras, especialmente en época de crisis y por la necesidad de hacer accesibles tratamientos de muy alto coste. “Aunque la efectividad del «pago por calidad» (*pay for performance*, P4P) está poco establecida” (Peiró y García-Altés, 2008). “Que se trate de un objetivo alcanzable y en qué circunstancias precisas es una cuestión abierta (...) Seguramente no existe una respuesta única porque el éxito o fracaso (...) depende de las circunstancias y del diseño detallado del sistema de pago” (Jönsson y Steen Carlsson, 2014: 141).

En el caso de los medicamentos también se está extendiendo esta tendencia. Tradicionalmente, el precio era fijo por unidad de envase o dosis en consonancia con la regla clásica del derecho romano para el contrato de compraventa (*caveat emptor*). Es decir, el comprador asume todo el riesgo y si el medicamento finalmente no es efectivo, o sólo lo es parcialmente, resulta muy difícil reclamar al vendedor². Los sistemas tradicionales de intervención de precios no consideraban estos riesgos. Una vez autorizada financiación pública y precio las negociaciones entre pagador y suministrador terminaban y el riesgo era asumido totalmente por el pagador.

Los acuerdos de pago por resultados y riesgo compartido tratan de reducir estas incertidumbres y repartir el riesgo financiero entre compradores (administraciones públicas o aseguradoras privadas) y vendedores (empresas farmacéuticas). También se utiliza el término muy amplio “Acuerdos para gestionar el acceso al mercado” (en inglés, *managed entry agreements*). Los creadores de

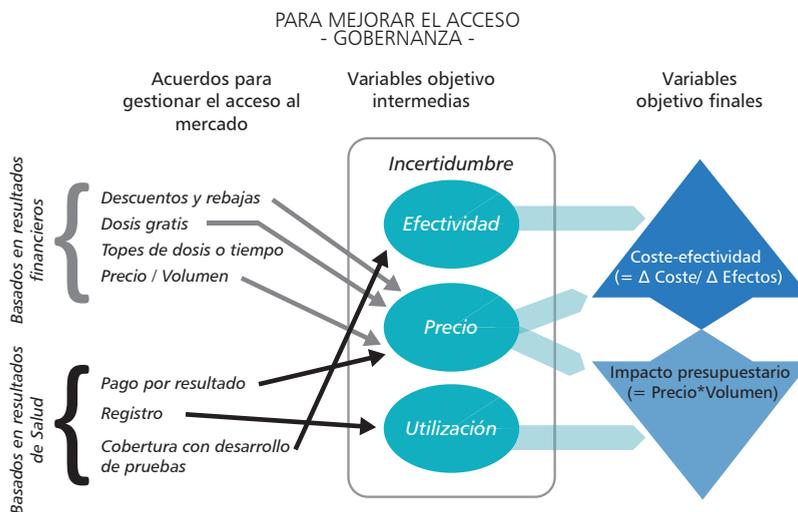
¹ Pita-Barros (2011) ha destacado que estos contratos también son instrumentos de “señalización” mediante los cuales la empresa, para superar la información asimétrica, proclama que tiene un buen producto, digno de ser adquirido, pues está dispuesta a venderlo incluso en las condiciones del contrato. Con ello se favorece además la difusión del tratamiento.

² En la actualidad, esta regla tiende a modularse con garantías por parte del vendedor, el derecho de retractación durante un plazo y con responsabilidad para el vendedor en situaciones de vicios ocultos. Cuestión diferente es la responsabilidad por daños que incumbe al vendedor.

este término los han definido así: “son acuerdos entre el fabricante y el pagador o el suministrador de servicios que permite el acceso, cobertura o reembolso de una tecnología de salud sujeto a condiciones específicas. Éstos acuerdos pueden utilizar una diversidad de mecanismos para abordar la incertidumbre sobre el desempeño de las tecnologías o gestionar su adopción en orden a maximizar su uso con efectividad o limitar su impacto presupuestario” (Klemp *et al.*, 2011).

Ferrario y Kanavos (2015) han propuesto un marco conceptual de análisis de estos acuerdos que se resume en el gráfico 9.1. El acceso por los pacientes a la terapia sería el fin último y los medios para alcanzarlo la reducción de la incertidumbre y de los precios altos y un tratamiento personalizado. Los objetivos concretos serían mejorar la eficiencia o coste efectividad (microeficiencia) y limitar la repercusiones presupuestarias (macroeficiencia). Los acuerdos incluyen diversos contenidos que definen una serie de tipos (parte izquierda del gráfico) que veremos más abajo. Para alcanzar sus objetivos actúan sobre tres variables instrumentales: efectividad, precio y utilización, que a su vez influyen sobre eficiencia e impacto presupuestario (Ferrario y Kanavos, 2015).

GRÁFICO 9.1

MARCO CONCEPTUAL DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN DEL ACCESO AL MERCADO

Fuente: Ferrario y Kanavos, 2015.

En su versión más interesante consisten en condicionar los pagos a la obtención de objetivos o resultados terapéuticos o de mejora del estado de salud de los pacientes, previamente acordados. Si no se cumplen los objetivos, el vendedor incurre en penalizaciones previstas en el contrato. También puede obtener “premios” si los resultados mejoran el nivel establecido. Por todo ello, se ha hablado expresivamente de que constituyen una “garantía de resultados” (OCDE, 2008: 107). Siendo esto así, se comprende también que a veces se hayan utilizado en casos en los que, en el marco de una evaluación de eficiencia, la ratio coste-efectividad supera el umbral establecido o recomendado, porque este incumplimiento se modula con la limitación del riesgo para el pagador. Esto es especialmente interesante cuando la incertidumbre sobre la efectividad del medicamento se traduce en una heterogeneidad de resultados entre pacientes. La heterogeneidad dará lugar a que el efecto medio sea escaso y disminuya la posibilidad de superar el umbral marcado por la agencia de evaluación. Si los pacientes que responden al medicamento son el 25% y según el acuerdo sólo hay que pagar sus tratamientos, no los de los pacientes que no responden, el precio por AVAC cae al 25% y entonces es posible que se supere el umbral de eficiencia (este ejemplo está tomado de Scott-Morton y Kyle, 2011, p. 810).

El cuadro 9.2 resume las características de estos contratos de riesgo compartido.

9.2.3. Ventajas e inconvenientes de los contratos de riesgo compartido

Las ventajas *a priori* atribuibles a los contratos de riesgo compartido son:

- “Los contratos de riesgo compartido suponen una oportunidad para ambas partes de lograr sus objetivos reduciendo algunos de los riesgos (...). El financiador aporta a los pacientes (...) tratamiento (...), sin exponerse al crecimiento descontrolado de los costes como consecuencia de la extensión de las indicaciones más allá de las definidas en el contrato. El productor elude el riesgo de la exclusión del medicamento de (...) financiación pública y la incertidumbre asociada a las autorizaciones previas, pudiendo planificar (...). Ambas partes pueden incrementar su conocimiento sobre la efectividad real del producto en condiciones concretas de aplicación” (Puig-Junoy y Meneu, 2005: 90).
- Un mayor control del gasto.
- Permite corresponsabilizar a la industria con los objetivos de sostenibilidad presupuestaria y de salud.

CUADRO 9.2

LOS CONTRATOS DE RIESGO COMPARTIDO

Condiciones de partida de estos contratos

- Se refieren a medicamentos concretos y muchas veces a indicaciones concretas.
- Se refieren a tratamientos nuevos con beneficios demostrados en los ensayos clínicos, pero con resultados inciertos en el mundo real (efectividad incierta).
- Probabilidad de beneficio (efectividad) variable para los pacientes y *a priori* desconocida.
- La incertidumbre genera riesgo sanitario y riesgo financiero.

Objeto – contraprestaciones

- Condicionan el pago a la obtención de un resultado terapéutico.
- El pagador se compromete a financiar el nuevo tratamiento, pero exige ser reembolsado por el proveedor, al menos parcialmente, si los supuestos beneficios no se observan en la vida real.
- Transfieren parte del riesgo del pagador al suministrador del medicamento. Pagador y suministrador comparten el riesgo.
- Suelen fijar el número de pacientes objetivo del tratamiento.
- La posibilidad de acontecimientos adversos tiene que perverse en el contrato.
- El financiador se compromete a pagar ahora, pero en el futuro las partes se comprometen a una reevaluación de la situación con nuevos estudios de evaluación económica.
- Contratos a nivel individual (para cada paciente) o agregado (conjunto de la población tratada).

¿Qué se entiende por resultado? ¿Cómo medirlo?

- Resultado terapéutico, en términos de salud.
- Imprescindible establecer un criterio claro de medición del resultado.
- Puede ser una medida de los objetivos clínicos conseguidos (por ejemplo, la respuesta clínica, la mejora en la calidad de vida, etc.).
- Puede tratarse de una medida del coste-utilidad (el coste/AVAC ganado no debe ser superior a un determinado umbral).
- La verificación del resultado origina costes que tienen que ser previstos.
- A la hora de verificar el resultado, los intereses del pagador y de la empresa suministradora están en conflicto.

Otras características

- Son contratos a medida, diseñados caso por caso.
- La información de los acuerdos de riesgo compartido no siempre es pública.

Fuente: Paris y Belloni (2013) y elaboración propia.

- Permiten discriminar según el grado de innovación del producto (Puig-Junoy y Meneu, 2005).
- Probable mejora en la difusión de la utilización o acceso al medicamento (Espín, Oliva y Rodríguez Barrios, 2010).
- Pueden mejorar la utilización del nuevo medicamento (ibídem).
- La confidencialidad que suele caracterizarlos permite mantener precios diferenciados (de Ramsey) al evitar que los menores precios finalmente negociados se extiendan a otras regiones o países, y con ello los inconvenientes de los precios uniformes entre países: retrasos o suspensiones de la comercialización.

Por el contrario, entre los *inconvenientes* hay que mencionar los siguientes:

- Es unánime la advertencia de que estos acuerdos son costosos. Implican costes de negociación, de diseño, de la información que obligan a recoger y tratar, del seguimiento que se ha de hacer de los mismos y de la verificación de resultados. Puede resultar complejo seleccionar variables de medición objetivas y diseñar la manera de medir dichas variables de modo que se pueda llevar un seguimiento eficiente y poco costoso sobre el éxito de un tratamiento.
- Estos acuerdos sólo son, así, apropiados para enfermedades de alto impacto presupuestario, con un perfil de pacientes muy depurado y cuya evolución sea más fácil de seguir.
- Falta de transparencia. En muchas ocasiones, el contenido de estos acuerdos (precio, descuentos, devoluciones, etc.) tiene carácter confidencial y son muy difíciles de observar. La razón es el interés de las empresas por no difundir las condiciones ventajosas concedidas a un país que podrían ser reclamadas y extenderse por otros países. La confidencialidad impide el análisis de los precios reales de transacción y la evaluación de las propias políticas de precios; puede comprometer las responsabilidades de rendición de cuentas de los entes públicos y obstaculizar la cooperación entre países orientada a reforzar el poder de negociación con compras cooperativas.
- Pita Barros (2011) considera que el número de pacientes tratados en el marco de un acuerdo de riesgo compartido será mayor que en el sistema tradicional de pago, porque el precio es menor. Esto puede constituir una ineficiencia si se tratan pacientes con baja probabilidad de beneficiarse del tratamiento.

¿Qué balance podemos hacer de estas ventajas e inconvenientes? Muchos analistas consideran favorablemente estas iniciativas. Por ejemplo, el Pharmaceutical Forum, creado por la Comisión Europea en 2005 ya defendió que permiten controlar los presupuestos e identificar y remunerar medicamentos innovadores valiosos, al tiempo que permiten que los pacientes accedan a tratamientos altamente innovadores. Sin embargo, algunos estudiosos se muestran cautos: "(...) hay poca información disponible sobre el impacto de estos acuerdos y sobre si están consiguiendo o no sus objetivos. Los costes que acarrear (...) es otro problema bien relevante. En conclusión, parece que los acuerdos de riesgo compartido son una herramienta valiosa, pero para casos concretos y limitados" (Ferrario y Kanavos, 2013). La confidencialidad y falta de transparencia que caracteriza muchos de estos acuerdos son difícilmente compatibles con el Buen Gobierno y el Estado de Derecho. Esta limitación también dificulta la cooperación entre países orientada a reforzar el poder de negociación con compras cooperativas.

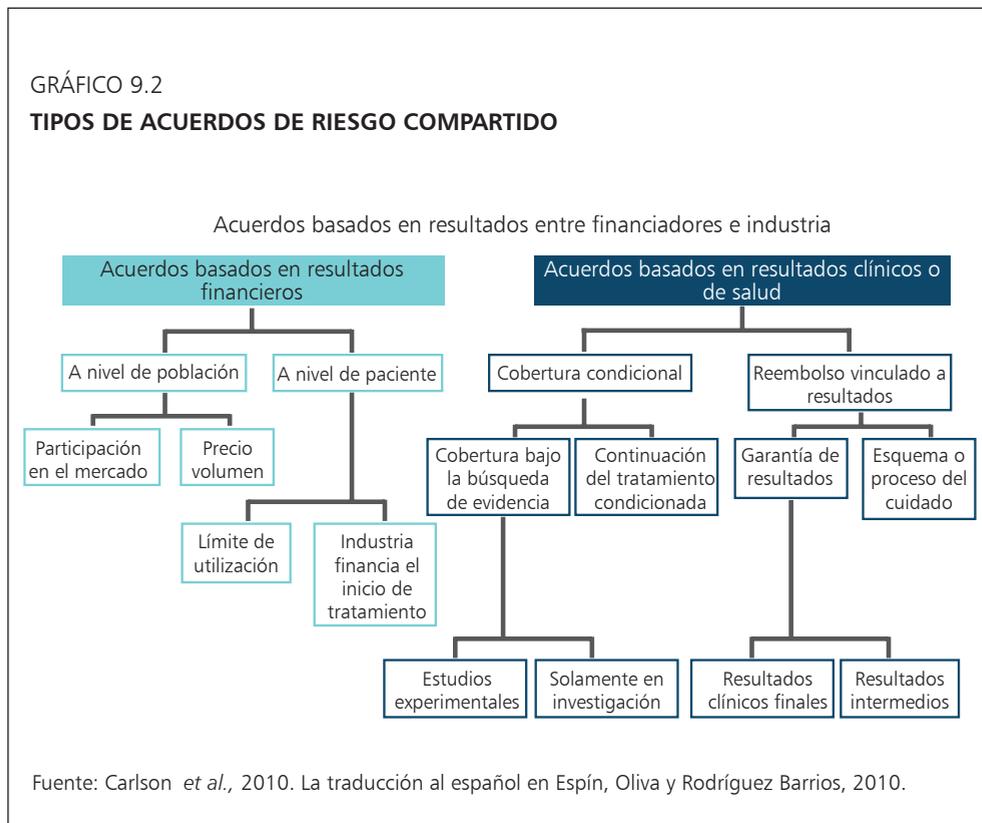
9.2.4. Clases de contratos de pago por resultados y riesgo compartido

El gráfico 9.2 recoge la conocida tipología propuesta por Carlson y sus coautores¹. El lado de la izquierda recoge los acuerdos basados simplemente en resultados financieros, como por ejemplo los acuerdos precio-volumen (el precio desciende con el volumen de ventas), tradicionalmente usados en el comercio y no son los que más nos interesan aquí. En cambio los acuerdos basados en resultados clínicos o de salud merecen gran atención. Estos autores examinaron más de 60 casos desarrollados entre 1997 y 2007 en diversos países. La primera distinción es entre los que condicionan la cobertura de la financiación y los que vinculan la financiación o reembolso a la obtención de resultados. La cobertura se puede condicionar a la obtención de información o pruebas científicas adicionales sobre eficacia o efectividad en la población. Puede tratarse de información adicional a nivel poblacional en el marco de un estudio científico predeterminado. Es lo que en Inglaterra se llama *Coverage with evidence development* (CED). Alternativamente, la condicionalidad se puede referir a la continuación del tratamiento (CTC). El tratamiento sólo continúa si se logran determinados resultados a corto plazo, por ejemplo respuesta de un tumor o menor colesterol.

¹ Stafinski, McCabe y Menon (2010) y Ferrario y Kanavos (2013) proporcionan otras parecidas. Puig-Junoy y Menu (2005) presentan una tipología muy detallada.

GRÁFICO 9.2

TIPOS DE ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO



La vinculación a resultados puede consistir en una auténtica garantía de su obtención, como cuando el fabricante concede rebajas, retornos o ajustes de precio si el producto no consigue alcanzar los resultados previamente acordados. La otra posibilidad liga la financiación a los patrones o procesos de asistencia sanitaria, es decir, al impacto en los procesos de decisión clínica o en los patrones de ejercicio clínico (por ejemplo, adherencia de los pacientes a un tratamiento orientado por un test genómico de predicción del riesgo) (Carlson *et al.*, 2010).

Otra clasificación (Paris y Belloni, 2013) distingue tres grandes tipos de contratos:

- Contratos que condicionan el precio y su pago a los resultados en salud del producto (que reiteramos son los que nos parecen verdaderamente novedosos e interesantes).

- Contratos destinados a reducir la incertidumbre en la efectividad o el coste-efectividad, pero sin condicionar pagos a rendimiento (son los acuerdos de cobertura condicional de Carlson y coautores).
- Contratos financieros dirigidos a controlar el impacto en los presupuestos o para garantizar una financiación basada en el valor. Equivalen a los acuerdos basados en resultados financieros de Carlson *et al.* Incluyen los acuerdos precio/volumen y también casos en los que la empresa asume el principio o el final del tratamiento. Así en Inglaterra el acuerdo para Lucentis® limitaba la financiación pública a 14 inyecciones por ojo y paciente y el fabricante tenía que pagar las siguientes si eran necesarias (Paris y Belloni, 2013).

9.2.5. Experiencias internacionales del pago por resultados y contratos de riesgo compartido

Los medicamentos más frecuentemente seleccionados como objeto de acuerdos de riesgo compartido han sido los anticancerosos, por sus incertidumbres y alto coste. En el Reino Unido se llevaron a cabo algunas experiencias tempranas. La más famosa empezó en 2002 con medicamentos indicados en la esclerosis múltiple que no habían superado la evaluación de la eficiencia del NICE (interferones beta). El precio final variaría de acuerdo con las pruebas sobre su efectividad medida en un grupo de pacientes definido (OCDE, 2008). El estudio que evaluó esta experiencia se prolongó durante años y no llegó a conclusiones claras. Finalmente, no se efectuaron ajustes de precios (Jönsson y Steen Carlsson, 2014). Otro acuerdo inglés famoso es el del Velcade® (bortezomib), tratamiento en el que no es posible identificar *a priori* qué pacientes resultarán beneficiados. Un ensayo clínico demostró que prolonga la vida de los pacientes un promedio de seis meses respecto del tratamiento estándar. El nuevo tratamiento costaba 18.000 libras por paciente. Una nota de prensa de NICE, del 24 de octubre de 2007, decía: “La directriz del NICE sobre Velcade es una solución ventajosa para todos, incluidos los pacientes de mieloma múltiple y el SNS Británico”. “Los pacientes que respondan al bortezomib continuarán con el tratamiento financiado totalmente por el NHS. Los pacientes que no respondan o tengan una respuesta mínima abandonarán el tratamiento y los costes en los que hayan incurrido serán reembolsados por el fabricante” (Janssen Cilag) (Pita Barros, 2010)¹.

¹ En este acuerdo, la variable de resultado era fácil de medir (respuesta total o parcial tras cuatro ciclos de tratamiento con reducción del 50% en la concentración de proteína M en el suero) (Badía y Prior, 2010).

En su revisión, Stafinski, McCabe y Menon (2010) encontraron 26 casos de acuerdos de riesgo compartido o financiación condicionada a resultados clínicos, 17 de ellos en el tratamiento del cáncer. Los países que más recurren a estos acuerdos son Reino Unido (11), Italia (7), Estados Unidos (5) y Australia, Canadá y Francia (los tres con un acuerdo cada uno). Carlson *et al.* (2010) proporcionan gran número de ejemplos para cada una de los modelos. Towse y Garrison (2010) también. Puig-Junoy y Meneu (2005) y Espín, Oliva y Rodríguez Barrios (2010) dan noticia de algunos otros ejemplos notorios. Ferrario y Kanavos estudian los casos de Bélgica, Inglaterra, Holanda y Suecia. En estos países en diciembre de 2012 existían 133 acuerdos activos. Inglaterra usa principalmente descuentos y dosis gratis para influir en el precio final. Holanda y Suecia se han centrado en acuerdos de cobertura con desarrollo de pruebas científicas. En Suecia los acuerdos se han centrado en la supervisión y seguimiento y el cumplimiento con restricciones y utilizando ampliamente los registros. Bélgica utiliza una combinación de todas estas fórmulas.

9.2.6. Algunas experiencias en España

La Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España ha puesto en marcha dos nuevas fórmulas para la financiación pública y la fijación de precios de medicamentos: los acuerdos de techo de gasto para el SNS y los acuerdos de riesgo compartido con pago por resultados (ARC) (Martínez Vallejo, 2015).

Los acuerdos de techo de gasto concluidos establecen una cantidad máxima que el SNS ha de pagar en un periodo de tiempo (un año). Aunque se administren tratamientos adicionales y se exceda el techo de gasto prefijado, a partir de dicha cantidad el SNS no paga más y el coste es cubierto por la compañía vendedora. Para fijar la cantidad a pagar se estima la prevalencia y la incidencia de la dolencia, que determinan el número de pacientes candidatos a tratar y se fija el precio de cada tratamiento. Estos dos extremos han de ser negociados por la compañía y la Administración. La estimación del número de pacientes está afectada de importantes incertidumbres y se basa en las fuentes disponibles en cada caso. Precisamente el acuerdo sobre esta estimación es lo que elimina la principal fuente de incertidumbre en el contrato y determina una cierta traslación de parte del riesgo financiero hacia el vendedor. El seguimiento del contrato se encarga a una comisión mixta y el control de los tratamientos realmente aplicados se efectúa en términos del número de envases consumidos/vendidos.

Estos acuerdos tienen las ventajas de permitir, en principio, el acceso cierto y más temprano de los pacientes al tratamiento, la Administración consigue mayor estabilidad presupuestaria y la compañía también mayor estabilidad de su cifra de ventas y la anticipación del momento en el que el producto se comercializa al ser posibles acuerdos más rápidos. Hasta junio de 2015 se habrían celebrado acuerdos referidos a ocho medicamentos de alto impacto presupuestario.

Los acuerdos de riesgo compartido con pago por resultados concluidos hasta 2015 son tres. Un ejemplo es el implante autólogo de condrocitos (primera terapia celular, con alto coste). Se utiliza como indicador de falta de respuesta la necesidad de reintervención en rodilla. Si se produce en el primer año la compañía debe devolver el 75%; en el segundo año el 50% y en el tercero el 25%. El seguimiento se efectúa a nivel regional y de hospital. El pago pues, queda supeditado a la obtención de respuesta terapéutica, ya sea en un periodo de tiempo, tras dosis de prueba, etc. La misma autora considera estos convenios difíciles de implementar porque es muy común la interacción de factores diversos que afectan al resultado terapéutico y la frecuente variabilidad que presenta el ejercicio clínico.

Giménez *et al.* (2016) ofrecen otro panorama de los acuerdos de este tipo concluidos en España. Subrayan las dificultades que la confidencialidad interpone a su conocimiento. Entre 2010 y mayo de 2016 identificaron 39 contratos innovadores. El 92% se acordaron con las autoridades nacionales y el resto con las regionales. Diez de las diecisiete comunidades autónomas han utilizado esta fórmula. El 33% establecen techos de gasto y el 67% son acuerdos de riesgo compartido propiamente dichos. La mayoría de los acuerdos se establecieron a nivel del hospital. Muchos se refieren a medicamentos huérfanos. En cuanto a las áreas terapéuticas los acuerdos de techo de gasto se refieren sobre todo a hepatitis C (58%) y oncología (25%). De los acuerdos de riesgo compartido el 46% se refieren a oncología.

El Servicio Catalán de la Salud (Catalut) en su Plan de Salud 2011-2015 establece como uno de sus objetivos estratégicos el desarrollo de acuerdos de riesgo compartido para algunos medicamentos en base a resultados clínicos. Se consideran una alternativa al pago tradicional, una opción para favorecer el acceso a fármacos innovadores (Gilabert, 2015). El proyecto persigue identificar los fármacos y los hospitales que podrían aplicarlos, determinar sus condiciones técnicas y económicas, establecer un proceso de seguimiento de los resultados clínicos, instituir un procedimiento de arbitraje, identificar y adaptar los sistemas de información y definir también las pertinentes fórmulas de aproximación a la industria farmacéutica. Elemento clave de este programa ha sido la elaboración de una guía con criterios para estos convenios (Catalut, 2014).

En el cuadro 9.3 se puede ver el fruto de estos esfuerzos planificadores. Desde 2011 hasta abril de 2015 se han celebrado 17 acuerdos, relativos a nueve medicamentos en las áreas de Oncología principalmente pero también en Reumatología y Hematología. Intervienen 29 hospitales y nueve empresas farmacéuticas. El proyecto para 2016 es que sean celebrados por todos los hospitales (Gilabert, 2015). Estos contratos incluyen mecanismos de seguimiento y medición del resultado clínico. También distintas consecuencias económicas. Si no hay respuesta la empresa debe devolver el 100% del importe. Si hay respuesta se produce la financiación al 100%.

La valoración que se hace por responsables de Catsalut de estos convenios es positiva:

- Permiten acotar las incertidumbres de impacto económico y sanitario de las innovaciones farmacéuticas.
- Permiten flexibilizar el acceso a la innovación compartiendo riesgos.
- Generan incentivos a la utilización eficiente de los medicamentos.
- Alinean los incentivos industriales con los del sistema sanitario.
- Contribuyen al desarrollo de sistemas de información orientados a registrar resultados de forma válida y fiable.

Por otro lado, los mismos responsables señalan algunas de sus dificultades:

- Son de aplicación compleja y requieren un posicionamiento estratégico claro y madurez y confianza en la relación.
- Debe existir una medida clara de resultado, preferiblemente a corto plazo.
- Requieren una nueva cultura organizativa.

Cerremos este repaso insistiendo en la dificultad que genera la falta de transparencia de todos estos acuerdos. No está disponible más información que la que hemos recogido más arriba. Entre las consecuencias negativas destaca la imposibilidad de evaluarlos y de una rendición de cuentas satisfactoria por parte de los organismos públicos que los celebran.

CUADRO 9.3

CATALUÑA. ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO. 2011-2015
(17 ARC, 9 MEDICAMENTOS, 29 HOSPITALES, 9 EMPRESAS FARMACÉUTICAS)

Área terapéutica	Medicamento	Indicación	Laboratorio	Hospital	Fecha inicio	Estado
Oncología	Gefitinib (Iressa®)	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM)	AstraZeneca	Xarxa ICO	Jul. 2011	En curso
	Bevacizumab (Avastin®)	Glioblastoma multiforme (GBM)	Roche	Xarxa ICO	Nov. 2012	En curso
	Bevacizumab (Avastin®)	Cáncer colorectal metastático (CCR m) 1a L	Roche	Xarxa ICO	Dic. 2013	En curso
	Bevacizumab (Avastin®)	CCR m 2a L	Roche	Xarxa ICO	Dic. 2014	En curso
	Cetuximab (Erbix®)	CCR m 1a L	Merck SL	Xarxa ICO	Dic. 2013	En curso
	Panitumumab (Vectibix®)	CCR m 1a L	Amgen	Xarxa ICO	Jul. 2014	En curso
	Aflibercept (Zaltrap®)	CCR m 2a L	Sanofi	Xarxa ICO	Dic. 2014	En curso
	Lenalidomida (Revlimid®)	Mieloma múltiple (MM) (con recaída o refractario)	Celgene	Xarxa ICO	Dic. 2014	En curso
Reumatología		Artritis reumatoide (AR) de moderada a grave (debutantes)	UCB	H. Clinic	Nov. 2012	Finalizado
		AR de moderada a grave (debutantes y cambio de tratamiento)	UCB	H. de Bellvitge	May. 2013	En curso
		AR de moderada a grave (debutantes y cambio de tratamiento)	UCB	H. Vall d'Hebron	Jun. 2014	En curso
		AR de moderada a grave (debutantes y cambio de tratamiento)	UCB	H. Mutua de Terrassa	Jun. 2014	En curso
Reumatología	Certolizumab (Cimzia®)	AR de moderada a grave (debutantes y cambio de tratamiento)	UCB	H. Sant Rafael	Jun. 2014	En curso
		AR de moderada a grave (debutantes y cambio de tratamiento)	UCB	H. Viladecans	Jun. 2014	En curso
Reumatología		AR de moderada a grave (debutantes y cambio de tratamiento)	UCB	Consorci Sanitari Integral	Oct. 2014	En curso
	Golimumab (Simponi®)	AR de moderada a grave (debutantes y cambio de tratamiento)	Merck Sharp&Dhome (MSD)	H. Sant Joan de Reus	Ene. 2015	En curso
Oncología	Afatinib (Giotrif®)	Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM)	Boehringer Ingelheim	Xarxa ICO	Ene. 2015	En curso

Fuente: Gilabert (2015).

9.3. PROPUESTAS PARA MODIFICAR LOS DERECHOS DE EXCLUSIVA O MONOPOLIO QUE SE OTORGAN PARA INCENTIVAR LA INVESTIGACIÓN (PATENTES Y OTROS)

La tensión entre los incentivos de mercado a la innovación y la disponibilidad y acceso a los medicamentos en especial por los países en desarrollo, pero también por los países desarrollados, se ha elevado mucho recientemente. Entre otros acontecimientos recordemos que desde que en 2013 se comercializó el primer medicamento antiviral de acción directa de segunda generación de gran eficacia y seguridad contra la hepatitis C, con un precio de salida extraordinariamente alto. El problema de los precios y costes difícilmente asequibles tocan a muy diversos medicamentos innovadores. A veces se suma un problema de efectividad limitada. Por mencionar otro ejemplo, tenemos el difícil caso de los oncológicos. Muchos países desarrollados y desde luego los países en desarrollo se enfrentan a graves dificultades para financiar y tratar a los pacientes con estas nuevas terapias. La preocupación es mundial y se expresa incluso en manifestaciones de enfermos en las calles y encierros en hospitales, en nuestro país y en otros. El problema ha llegado a las máximas instancias mundiales. El propio G7, cónclave de los siete países más grandes y desarrollados, consideró la cuestión en la cumbre de Ise-Shima en Japón los días 26 y 27 de mayo de 2016. La Secretaría General de las Naciones Unidas, el Parlamento Europeo y la Comisión Europea y desde luego la OMS, han lanzado iniciativas de estudio, análisis y formulación de propuestas para abordarla.

El foco de la atención se dirige muchas veces hacia las barreras que el monopolio de patentes y otras formas de propiedad intelectual y los altos precios resultantes interponen a corto plazo a la disponibilidad y el acceso a los medicamentos (Lobo, en prensa). Sin embargo, no hay que olvidar que otras circunstancias, como, en general, el subdesarrollo económico y social y las insuficiencias del sistema sanitario también crean dificultades que comprometen el acceso a los medicamentos. La cuestión afecta en primer término a los países en desarrollo, pero también tiene interés para Europa y para España discutirla. En nuestro entorno, en la Unión Europea estas barreras son señaladas por ciertos actores, como algunas organizaciones no gubernamentales, y también en ciertas instituciones como el Parlamento Europeo y en algunos trabajos de la Comisión Europea. No se han puesto sin embargo en duda, de ninguna manera, en la legislación ni en las medidas prácticas en las que se concreta la política de la Unión. Para afrontar las dificultades del acceso a los medicamentos innovadores ha habido algunas actuaciones en otras direcciones, como los intentos por reforzar el poder de negociación de los sistemas de salud uniendo la capacidad de compra de más de un país (caso de España y Portugal, Bélgica y Holanda y de ciertos países miembros del Este), pero no hay ninguna propuesta en medios oficiales de reformar la propiedad intelectual en el sentido de flexibilizarla.

Vamos a ver que ocurre precisamente lo contrario. Por eso la discusión de este tema parece oportuna, aún en el caso de un país desarrollado como España.

Efectivamente, a lo largo del tiempo es apreciable una *tendencia hacia el refuerzo de los derechos de exclusiva que confiere la propiedad intelectual o industrial* (en la terminología jurídica tradicional española). La internacionalización de la economía mundial, el fuerte crecimiento del esfuerzo de I+D y las nuevas formas de producción industrial tornan importante un instrumento como las patentes. Éstas excluyen al competidor y garantizan la recuperación de los gastos de desarrollo técnico; reservan los mercados aunque haya desaparecido la protección comercial y facilitan organizar la producción a escala global. En el caso de los medicamentos las legislaciones nacionales han ampliado el objeto de las patentes; prolongado su vida para que se ajuste a los periodos de comercialización efectiva, recortados por los largos estudios que exigen los medicamentos; y creado derechos paralelos de comercialización exclusiva, adicionales a las patentes, en la legislación administrativa que regula su evaluación y autorización de comercialización. En el plano multilateral un hito fundamental fue el Acuerdo de 1994 sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), incorporado al estatuto de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que creó una nueva legislación internacional de protección y aplicación de la propiedad intelectual. La subsiguiente Declaración de Doha afirma que el Acuerdo sobre los ADPIC “no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública” y que “puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos”. También reafirma el derecho de los países a utilizar al máximo las flexibilidades del Acuerdo (OMC, 2001).

¿Se puede hacer un *balance histórico de los resultados del sistema de patentes*? Es muy difícil. Hay una corriente pesimista. “En términos generales el peso de las pruebas históricas disponibles sugiere que las políticas de patentes que garantizan derechos de propiedad intelectual muy fuertes a las generaciones tempranas de inventores pueden desanimar la innovación. Por el contrario, las políticas que fomentan la difusión de las ideas y modifican las leyes de patentes para facilitar la entrada en los mercados y promover la competencia pueden ser un mecanismo efectivo para fomentar la innovación.” (Moser, 2013). Una revisión de las pruebas científicas empíricas también es negativa sobre los efectos de las patentes en la innovación y la productividad (Boldrin y Levine, 2013). En cambio, una voz tan autorizada como la de Angus Deaton tiene una opinión positiva sobre la contribución del sistema de patentes, resaltando el ejemplo de los medicamentos contra las enfermedades cardiovasculares, que tanto han contribuido a la mejora de la salud y la prolongación de la esperanza de vida (Deaton, 2015).

La búsqueda de *alternativas a las patentes* pretende incentivar la innovación mediante mecanismos que logren un equilibrio menos costoso para las personas o países de menor renta y que elimine o minimice los obstáculos al acceso a los medicamentos¹. Veamos en primer lugar propuestas procedentes del mundo académico e investigador.

Una alternativa radical que eliminaría los costes a corto plazo del monopolio es un *sistema de recompensas* financiado públicamente. Tal sistema existe en algunos países occidentales en la investigación relacionada con usos militares y la energía atómica, y desde luego era el mecanismo dominante en los países de economía planificada. Tiene las ventajas de la propiedad (incentiva la creación de información), pero no su principal inconveniente (permite la diseminación de información). Rovira (2009) ha señalado las dificultades de esta solución: exige establecer un presupuesto cuya dimensión se ha de determinar; diseñar mecanismos que explícitamente definan cómo valorar cada innovación para asignarle el premio con una cantidad concreta y reglas claras y creíbles que los regulen. En efecto, el problema de esta fórmula radica en que la autoridad pública conozca el valor de la recompensa que incentivaría la investigación y el valor social de la información creada (por ejemplo, en razón a las unidades vendidas), algo difícil de estimar. Además, comparte algunos otros problemas con los derechos de propiedad tradicionales (como el derroche de la duplicación de esfuerzos y de la lucha por ser el primero). Sin embargo, no tiene sus costes de protección típicos, aunque administrar las recompensas no es gratis. Tampoco tiene los costes de ocultación de la información que no es aparente en el producto o servicio que la contiene (algunos medicamentos, bebidas, etcétera). La financiación pública del sistema plantearía las típicas ineficiencias y distorsiones de los tributos, pero los problemas de equidad no serían sustanciales en supuestos —como el de los medicamentos— en que quienes financian la innovación (pacientes potenciales) son beneficiarios de ella. Este sistema de premios o recompensas ha sido endosado por Kremer y Williams (2009) que lo consideran más apropiado para la industria farmacéutica que las patentes y por Stiglitz (2006).

Entre las propuestas de reforma gradual o parcial, hay que recordar cuatro sugerencias de Scherer y Watal (2002):

- Reconsiderar las *licencias obligatorias*, núcleo de la Declaración de Doha. Tienen la ventaja de su función preventiva o disuasoria, porque establecen el convencimiento general de que la autoridad sanitaria puede tomar decisiones limitativas de los derechos conferidos por las patentes. Dicha expect-

¹ En algunos casos lo que se pretende es reforzar los derechos de propiedad y monopolio, incrementar la eficiencia del sistema, pero no disminuir los costes a corto plazo que impone el monopolio. Por ejemplo Eisenberg (2012) considera más prácticos los derechos de exclusiva “administrativos”.

tativa, por sí sola, sin que se llegue a tomar ninguna decisión, ya influiría sobre las empresas titulares de productos innovadores patentados y les llevaría a no establecer precios demasiado altos. La experiencia del Canadá, hace ya años fue a este respecto reveladora.

- La *discriminación de precios entre países*, según la cual los más pobres pagan precios más bajos. Puede ser muy positiva para ellos y para el bienestar en general (ya que se amplía el consumo), como establece la teoría económica. Las empresas son disuadidas de practicar la discriminación de precios si es posible el comercio paralelo, es decir, operaciones de arbitraje comercial mediante la exportación por terceros desde los países con precios bajos hacia los países con precios más altos, para beneficiarse del margen diferencial. Scherer propuso una regulación asimétrica. Prohibición de las exportaciones paralelas desde los países en vías de desarrollo a los países desarrollados y permiso para efectuarlas en sentido inverso (véase también Danzon, 2012).
- *Controles de precios* en los países en vías de desarrollo, pero muy selectivos, porque pueden tener efectos de rebote negativos y costes administrativos muy importantes.
- Mejorar la fiscalidad y hacer más expeditas, frecuentes y abundantes las donaciones de medicamentos por las empresas farmacéuticas.

Hay también propuestas más radicales. Thomas Pogge (famoso filósofo alemán de la pobreza) y Aidan Hollis, complementarían el sistema de patentes con un mecanismo muy diverso, que ha tenido amplia difusión. Han sugerido la creación de un *Fondo de Impacto sobre la Salud* que descansaría sobre una financiación pública aportada anualmente por los estados adherentes, en proporción a su PIB y con un compromiso por un período suficiente para garantizar ingresos adecuados. El número y peso internacional de los asociados sería crucial pues el fondo difícilmente tendría éxito si no fueran significativos. Las empresas farmacéuticas tendrían opción para inscribirse en el fondo de forma voluntaria y percibirían unos precios regulados. Para compensar la diferencia con el precio de monopolio propio del régimen de patentes recibirían unas rentas anuales procedentes del fondo, en proporción al efecto global en términos de salud del medicamento. En su propuesta se extienden bastante acerca del método a seguir para valorar los precios intervenidos y los efectos en términos de salud, cuestiones técnicamente complejas. En opinión de los proponentes el bienestar global aumentaría. Ganarían las empresas porque ampliarían su clientela y sus ingresos serían más estables. Saldrían beneficiados los pacientes de los países en vías de desarrollo porque tendrían oportunidad de acceder a los medicamentos a precios menores. Los gobiernos también ganarían pues

soportarían una menor carga de la enfermedad y de los efectos externos consiguientes (Pogge y Hollis, 2016; Hollis 2008).

Rey Biel (2001) ha discutido los problemas de incentivos en relación con las vacunas para el SIDA. Al orientarse la investigación en los países desarrollados hacia un tratamiento curativo y no hacia una vacuna (preventiva) y tener éxito la investigación en la primer dirección, han disminuido o desaparecido los incentivos para desarrollar vacunas. Éstas serían más adecuadas para los países menos desarrollados, ya que, además de evitar los costes iniciales de la enfermedad en los que incurren los tratamientos, no requieren compras reiteradas, incluso de por vida, como los medicamentos antivirales. Por otro lado, la investigación de vacunas también es disuadida por la expectativa de que una vez que estuvieran disponibles, los gobiernos no se sentirían comprometidos con respetar los precios altos de monopolio de la patente, sino que presionarían para conseguir precios bajos y difundir ampliamente la vacuna. La solución que propone es una intervención pública internacional para comprar por un precio suficiente la patente una vez descubierta la vacuna.

En esta misma dirección, Kremer ha planteado otra de las propuestas más destacadas y difundidas y que también supone un giro completo (Kremer, 1998; Kremer, 2002; Berndt *et al.*, 2007). Sugiere que mediante contratos a futuros entre donantes y empresas innovadoras, denominados *Compromisos Anticipados de Mercado (CAM)* podría garantizarse la innovación de productos necesarios para los países en desarrollo, particularmente vacunas. Los donantes se obligarían a comprometer en el presente fondos para garantizar en el futuro el pago de los precios de las vacunas que, ante esta expectativa de una demanda solvente, serían desarrolladas por las empresas. Además éstas se obligarían de forma legalmente vinculante a suministrar las vacunas a precios más reducidos una vez agotados los fondos de los donantes. "Este mecanismo tiene la ventaja de resolver el problema del acceso a las vacunas: en lugar de depender del establecimiento de precios elevados para recuperar sus costes de I+D, las empresas reciben un pago en efectivo de una vez y los productos pueden venderse a precio de coste" (Scott-Morton y Kyle, 2011).

Una propuesta reformista menos ambiciosa, pero también más factible, son los *Vales de Tramitación Prioritaria (VTP)* (*Priority Review Voucher, PRV* en inglés) que han sido ideados por Ridley y Grabowsky entre otros (2006). Se trata de un incentivo que proporciona ventajas en los proceso de evaluación y autorización ante la autoridad sanitaria a las empresas innovadoras de productos para enfermedades sin interés comercial. La empresa que consigue la autorización de comercialización para un medicamento huérfano o para enfermedades de los países en desarrollo recibe como premio un título que le proporciona

prioridad en la tramitación de otro producto. Este título es susceptible de ser vendido a otra empresa. Esta modalidad está en vigor en los EE.UU. El primer VTP se otorgó en 2009 a Novartis por su tratamiento para la malaria Coartem.

Una posición muy original y polémica pero muy elaborada es la que proponen desde hace algunos años Boldrin y Levine, acerca no sólo de los incentivos a la innovación industrial sino también de la creación artística. Por ejemplo, se han preocupado mucho por la cuestión de los derechos de autor en los conflictos que las nuevas tecnologías de la información han originado en el caso de las creaciones artísticas musicales y su distribución por la web. En su concepción, atribuyen la máxima importancia a la noción de que son las reproducciones de las ideas o las innovaciones, ya sean físicas o incorporadas a las propias personas, al capital humano, lo que importa, frente a su existencia abstracta. Defienden que cuando las innovaciones industriales o creaciones artísticas son de dominio público, sigue habiendo dueños de cada reproducción y, por tanto, esas reproducciones en el dominio público pueden funcionar en una especie de mercado competitivo ideal. Los derechos de exclusiva no estarían entonces justificados. Esta pluralidad no reduce su valor social, puesto que ni la innovación ni la creación artística se agotan cuando las disfruta un agente, aunque sí se reduce el valor de mercado de cada una de las reproducciones. Pero esto es una externalidad positiva, un incentivo distinto de la externalidad tecnológica que se produce cuando otros bienes se agotan al ser consumidos por un determinado agente, y ya no los puede consumir otro (Boldrin y Levine, 2008).

En definitiva, su propuesta es la más radical. Proponen como primera opción *eliminar totalmente las patentes*. Como esta decisión les parece poco factible recomiendan otras medidas flexibilizadoras (reducir su duración y el ámbito de la patentabilidad, aplicar el derecho de la competencia, reducir la aplicación del Acuerdo ADPIC, adaptarlas a las necesidades de los distintos sectores, tener en cuenta las características económicas en su concesión, no conceder patentes derivadas de investigaciones financiadas con fondos públicos y reducir el riesgo y costes del desarrollo de nuevos medicamentos¹ (Boldrin y Levine, 2013).

También se han formulado propuestas desde los organismos internacionales, como ya dijimos al principio de este apartado. Destaquemos una muy reciente y de gran importancia. En el ambiente de la preocupación mundial detonada por el alto precio de los primeros medicamentos antivirales de acción

¹ Proponen eliminar como requisito de las autorizaciones de comercialización de medicamentos la demostración de eficacia y mantener sólo la de seguridad de los productos, como en la legislación antigua anterior a los años sesenta del pasado siglo. Esta propuesta es ciertamente poco meditada y de ninguna manera debería ser llevada a cabo, tanto por razones de salud pública como porque la demostración de eficacia es un incentivo a la innovación y no lo contrario.

directa contra la hepatitis C, el propio secretario general de las *Naciones Unidas* Ban Ki-Moon, es decir, el mandatario público de máximo nivel mundial, nombró en 2015 un *Panel de Alto Nivel sobre Innovación y acceso a Tecnologías en Salud* con la misión de “revisar y evaluar propuestas y recomendaciones para remediar las incoherencias que en el plano de las políticas públicas se presentan entre los derechos justificables de los inventores, la legislación internacional de los derechos humanos, las reglas comerciales y la salud pública en el contexto de las tecnologías en salud” (Naciones Unidas, 2016: 3). Con ese fin desarrolló una intensa labor que contó con el apoyo de expertos y una convocatoria de ideas y sugerencias que tuvo una amplia respuesta a todo lo ancho del Globo. Su informe final es un interesante documento, bien construido, centrado en los problemas de la propiedad intelectual y los incentivos para la innovación de tecnologías relevantes para la salud. Aunque su publicación se ha producido muy recientemente, a reserva de un análisis más detenido, podemos decir ya que contiene detalladas recomendaciones, algunas novedosas.

Su diagnóstico comparte argumentos que están en la línea de los defendidos en ocasiones anteriores por la OMS y otros organismos, numerosos académicos y organizaciones cívicas. Como consecuencia de la falta de acceso a las tecnologías sanitarias millones de personas continúan sufriendo y muriendo de enfermedades que tienen tratamiento. Son insuficientes e inadecuados los recursos para la I+D de enfermedades en las que el mercado no ofrece suficiente retorno de la inversión (antibióticos, enfermedades tropicales olvidadas, enfermedades raras...). El imperativo de respetar las patentes, podría, en ciertos casos, crear obstáculos para los objetivos de salud pública. También comenta el Acuerdo de 1994 sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), incorporado al estatuto de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que creó una nueva legislación internacional de protección y aplicación de la propiedad intelectual. Destaca, no obstante, que el Acuerdo incluye salvaguardias o ‘flexibilidades’, beneficiosas para los países en desarrollo, que deben ser puestas en marcha en la práctica y que analiza con gran precisión.

Lo más novedoso del informe, sin embargo, es la discusión y recomendaciones sobre un impulso reforzado a la innovación que supere la brecha entre los incentivos de mercado y las necesidades de salud pública, con referencias a la financiación pública (además de la proveniente de las organizaciones filantrópicas y programas de la propia industria farmacéutica). Defiende, en la línea de documentos anteriores de la OMS, “desligar” la carga de los costes de I+D del producto final, de modo que no tengan que incorporarse a su precio. Entre los mecanismos posibles para conseguirlo están: subvenciones, premios o recompensas, desgravaciones fiscales y compromisos anticipados de compra; consor-

cios para compartir financiación, datos y derechos de propiedad intelectual; plataformas de investigación cooperativa en términos abiertos; colaboraciones público-privadas y colaboraciones de desarrollo de productos.

También llama la atención la crítica y propuestas para evitar presiones de los países poderosos sobre los más débiles con el fin de disuadirles de la aplicación de dichas flexibilidades o forzarles a que extiendan la propiedad intelectual más allá de las normas internacionales (“Disposiciones ADPIC plus”). Igualmente son novedosos los análisis y recomendaciones sobre buen gobierno, transparencia y rendición de cuentas.

En suma, la reforma de la propiedad intelectual es un tema de discusión oportuno cuando nos planteamos cómo hacer asequibles los medicamentos innovadores y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, aún en el caso de los países desarrollados europeos. Como hemos visto, existen fuertes dudas sobre si la propiedad intelectual tal y como está organizada en la actualidad sirve adecuadamente para proporcionar los mejores incentivos a la innovación y si los costes que por lo menos a corto plazo impone en forma de altos precios de monopolio no son excesivos. Algunas fórmulas que se han avanzado en las últimas décadas tienen interés y van a seguir estando en el orden del día. En definitiva, tenemos que seguir tratando de resolver la tensión entre los incentivos más propios del mercado, derechos de propiedad y ánimo de lucro –muy eficaces para impulsar la actividad económica y la innovación– y la función sanitaria, social y humana de los medicamentos.

9.4. IDEAS PRINCIPALES SOBRE NUEVAS POLÍTICAS PARA HACER ASEQUIBLES LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES

Visto el análisis de este capítulo nueve podemos responder a la pregunta ¿cómo hacer asequibles los medicamentos innovadores y compatibilizar las innovaciones disruptivas con la viabilidad del sistema sanitario? diciendo que no hay una fórmula única y mágica para lograrlo. Sólo una *política farmacéutica comprensiva*, en el seno de una política de salud también de altos vuelos, puede conseguirlo, aunque aquí sólo había lugar para exponer tres tipos de ideas de actualidad. Los precios basados en el valor y los acuerdos de riesgo compartido se refieren a los procesos de formación de los precios y pretenden mejorar las políticas actualmente aplicadas. La eliminación o la reforma de las patentes y otras concesiones de comercialización exclusiva tocan a los incentivos y han surgido pensando, sobre todo, en los países en vías de desarrollo.

Los precios basados en el valor consisten en que el precio autorizado de un nuevo medicamento se determina en función del valor adicional que aporta

en relación a un comparador. Están íntimamente ligados a la evaluación de eficiencia. No debe olvidarse, no obstante, que los precios deben guardar alguna relación con los costes, de modo que el margen no sea abusivo por desaparición total del excedente de los consumidores (la diferencia entre lo que valoran el bien y lo que pagan), incluidos los financiadores institucionales. En este contexto se ha sugerido que, dada la estructura de costes de los medicamentos innovadores, sería racional que los costes fijos de I+D y el coste marginal se financiaran mediante primas del seguro o impuestos, en forma, respectivamente, de una cantidad fija abonada de una vez, más un pago por paciente tratado (como en un contrato de servicios públicos, electricidad, teléfono o Internet).

Los resultados en términos de salud que realmente lograrán los medicamentos innovadores en la vida real son inciertos y contratar su precio resulta consiguientemente arriesgado. Los *acuerdos de pago por resultados y riesgo compartido* tratan de acotar esta incertidumbre y repartir el riesgo financiero entre compradores (administraciones públicas o aseguradoras privadas) y vendedores (empresas farmacéuticas), con el fin último de lograr el acceso por los pacientes a la terapia, mejorando la eficiencia o coste-efectividad (microeficiencia) y limitando la repercusiones presupuestarias (macroeficiencia). Tanto en el ámbito internacional como en España se han desarrollado ya algunas experiencias. El balance parece que es positivo pero limitado. No se trata de una panacea absoluta, pero sí de una herramienta valiosa en casos concretos. La confidencialidad y falta de transparencia que caracterizan muchos de estos acuerdos son difícilmente compatibles con el Buen Gobierno y el Estado de Derecho. Esta limitación también dificulta la cooperación entre países orientada a reforzar el poder de negociación con compras cooperativas.

Las patentes y otras formas de propiedad intelectual son incentivos a la innovación que conceden derechos de comercialización exclusiva o monopolio temporales y determinan altos precios en el corto plazo. Interponen, pues, una barrera a la disponibilidad y el acceso a los medicamentos, que se suele justificar alegando que estimularán a largo plazo el desarrollo de nuevos medicamentos. Implican una tensión que se ha agudizado recientemente por la aparición de medicamentos innovadores y efectivos a precios muy altos. La cuestión afecta en primer término a los países en desarrollo, pero para Europa y España también tiene interés.

Dirigiendo la vista atrás aparece clara una tendencia hacia el refuerzo de estos derechos de comercialización exclusiva. Sin embargo, el *balance histórico de los resultados del sistema de patentes* es controvertido. Una corriente escéptica concluye que pueden desanimar la innovación, mientras que, por el contrario, las políticas que fomentan la difusión de las ideas, facilitan la entrada en los

mercados y promueven la competencia pueden ser un mecanismo efectivo para fomentar la innovación (Moser, 2013). Una revisión de las pruebas científicas empíricas tampoco aprecia efectos positivos de las patentes en la innovación y la productividad (Boldrin y Levine, 2013). En cambio, una voz tan autorizada como la de Angus Deaton tiene una opinión positiva (Deaton, 2015).

La búsqueda de *alternativas a las patentes* pretende incentivar la innovación mediante mecanismos que logren un equilibrio menos costoso para las personas o países de menor renta y que elimine o minimice los obstáculos al acceso a los medicamentos. Algunos académicos e investigadores han propuesto eliminarlas completamente y dejar que funcionen los mercados que ya proporcionarían incentivos suficientes; sustituirlas por completo por recompensas; por un fondo internacional de financiación de la investigación (“Fondo de Impacto sobre la Salud”); o por contratos a futuros (“Compromisos Anticipados de Mercado”). La financiación provendría de donaciones o fondos públicos en estas tres últimas proposiciones. Otras sugerencias menos radicales plantean reformar las patentes reforzando las licencias obligatorias, o bien suplementarlas otorgando “Vales de Tramitación Prioritaria” en los procedimientos de autorización de comercialización de los medicamentos. Finalmente, se ha propuesto contrapesarlas con controles de precios, ya vigentes en muchos países desarrollados, o favorecer precios más bajos en los países en desarrollo facilitando la discriminación de precios entre países (una fórmula que puede ser óptima en las circunstancias del caso) mediante el control del comercio paralelo.

En las últimas décadas también diversos organismos internacionales han discutido y estudiado la reforma del sistema de patentes y su interés se ha redoblado recientemente. La iniciativa más prominente ha sido de la Secretaría General de las Naciones Unidas que nombró en 2015 un Panel de Alto Nivel sobre Innovación y acceso a Tecnologías en Salud para considerar con una perspectiva global estos problemas. Su principal recomendación está en la línea de documentos anteriores de la OMS: “desligar” la carga de los costes de I+D del producto final, de modo que no tengan que incorporarse a su precio mediante subvenciones, premios o recompensas, desgravaciones fiscales y compromisos anticipados de compra; consorcios para compartir financiación, datos y derechos de propiedad intelectual; plataformas de investigación cooperativa en términos abiertos; colaboraciones público-privadas y colaboraciones de desarrollo de productos.

La reforma de la propiedad intelectual es, por tanto, una cuestión relevante no sólo para los países en desarrollo sino también para nosotros, cuando nos planteamos compatibilizar la innovación con la sostenibilidad del sistema sanitario. En conclusión, tenemos que buscar salidas, quizás siempre parciales y provisionales, al dilema entre los incentivos más propios del mercado, dere-

chos de propiedad y ánimo de lucro – muy eficaces para impulsar la actividad económica y la innovación– y la función sanitaria, social y humana de los medicamentos.

Para cerrar este breve resumen recordemos que precios basados en el valor, acuerdos de riesgo compartido y reforma de las patentes son sólo tres fórmulas concretas que están en el foco de la actualidad. Sólo una política farmacéutica completa, en el marco de una política de salud ambiciosa, que siga las líneas planteadas en los capítulos anteriores, puede hacer asequibles los medicamentos innovadores y compatibilizar las innovaciones disruptivas con la viabilidad del sistema sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO IX

AES (2008), *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 sanitarias en el Sistema Nacional de Salud*, Asociación de Economía de la Salud, Barcelona. Disponible en: (<http://www.aes.es/Publicaciones/AESEE2.pdf>).

BADÍA, X., y M. PRIOR (2010), "Acuerdos innovadores con la industria farmacéutica: 'Pagar por resultados'", *Farmacia Hospitalaria*, 34(2). Disponible en: (<http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/fh/article/download/438/438>).

BERNDT, E.; GLENNISTER, R.; KREMER, M. *et al.* (2007), "Advanced market commitments for vaccines against neglected diseases: Estimating costs and effectiveness", *Health Economics*, mayo 16(5): 491-511.

BOLDRIN, M., y D. K. LEVINE, (2008), *Against intellectual monopoly*, Cambridge University Press. Disponible en: (<http://levine.sscnet.ucla.edu/general/intellectual/against.htm>).

— (2013), "The case against patents", *The Journal of Economic Perspectives*, 27(1): 3-22.

BOUVY, J. y S. VOGLER (2013), Background Paper 8.3. Pricing and reimbursement policies. Impacts on innovation. Update on 2004 Background paper, BP 8.3. Pricing and reimbursement policies. Priority medicines for Europe and the world. A public health approach to innovation, WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Policy and Regulation, Utrecht. Disponible en: (http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/FurtherReading/Bouvy_PriorityMedicines_2013_BP8_3_pricing.pdf).

CARLSON, J. J.; SULLIVAN, S. D.; GARRISON, L. P.; NEUMANN, P. J. y D. L. VEENSTRA, (2010), "Linking payment to health outcomes: A taxonomy and examination of performance-based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers", *Health Policy*, 96(3): 179-190. Disponible en: (http://ucilnica1415.ffa.unilj.si/pluginfile.php/2061/mod_resource/content/1/Carlson%20JJ.%20Linking-payment-to-performance.pdf).

CATSalut (2014), *Guía para la definición de criterios de aplicación de esquemas de pago basados en resultados (EPR) en el ámbito Farmacoterapéutico (Acuerdos de riesgo compartido)*, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona. Disponible en: (http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/acords_risc_compartit/guia_epr_castellano_1.0.pdf).

CLAXTON, K.; SCULPHER, M. y S. CARROLL (2011), "Value-based pricing for pharmaceuticals: Its role, specification and prospects in a newly devolved NHS", *CHE Research Paper 60*, Centre for Health Economics, University of York. Disponible en: (https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP60_value_based_pricing_for_pharmaceuticals.pdf).

COMISIÓN EUROPEA (2008), Empresa e Industria, Dirección General de Salud y Consumidores, *High Level Pharmaceutical Forum 2005-2008*. Conclusions and recommendations, Bruselas. Disponible en: (<http://www.bookshop.europa.eu>).

COSTA-FONT, J.; COURBAGE, C., y A. McGUIRE (eds.) (2009), *The Economics of new health technologies. Incentives, organization and financing*, Oxford U. P.

DANZON, P. M. (2012), "Regulation of price and reimbursement for pharmaceuticals", en DANZON y NICHOLSON, *The Oxford handbook of the Economics of the Biopharmaceutical Industry*: 266-301.

DANZON, P. M., y S. NICHOLSON (2012), *The Oxford handbook of the Economics of the Biopharmaceutical Industry*, Oxford University Press, New York. Publicada versión en español de F. LOBO (2016).

DEATON, A. (2015), *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*, traducción de I. PERROTINI, Fondo de Cultura Económica, Madrid.

EIJKENAAR, F.; EMMERT, M.; SCHEPPACH, M., y O. SCHOFFSKI (2013), "Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews", *Health Policy*, 110(2-3): 115-130. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013000183>).

EMMERT, M.; EIJKENAAR, F.; KEMTER, H.; ESSLINGER, A. S., y O. SCHOFFSKI (2012), "Economic evaluation of pay-for-performance in health care: A systematic review", *The European Journal of Health Economics*, 13(6): 755-767. Disponible en: (<http://link.springer.com/article/10.1007%2F10198-011-0329-8>).

ESPIN, J.; OLIVA, J., y J. M. RODRÍGUEZ-BARRIOS (2010), "Esquemas innovadores de mejora del acceso al mercado de nuevas tecnologías: los acuerdos de riesgo compartido", *Gaceta Sanitaria*, 24(6): 491-497. Disponible en: (<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v24n6/politicas.pdf>).

FERRARIO, A., y P. KANAVOS (2013), "Managed entry agreements for pharmaceuticals: the european experience", LSE Research Online, *Discussion paper*. Disponible en: (<http://eprints.lse.ac.uk/50513/>).

— (2015), "Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: A comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden", *Social Science & Medicine*, 124: 39-47. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614007266>).

GILBERT, A. (2015), Programas para favorecer el acceso a la innovación: Pago por resultados, acuerdos de riesgo compartido... Experiencia en Cataluña, *Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía) 2014/2015*, Universidad Carlos III de Madrid 08-06-2014.

GIMÉNEZ, E.; BADÍA, X.; GIL, A., y C. ESPINOSA (2016), "Innovative contracting in Spain (2010-2016). Getting More "In""", Presented at the ISPOR 19th Annual European Congress, 29 octubre-2 noviembre 2016.

HENRY, B.; LANG, D., y S. HILL (2013), Pricing and reimbursement policies: Impacts on innovation. WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Policy and Regulation, *Background*

paper 8.3. Disponible en: (http://www.who.int/entity/medicines/areas/priority_medicines/BP8_3_pricing.pdf?ua=1).

HOLLIS, A. (2008), "The Health Impact Fund: A useful supplement to the patent system?", *Public Health Ethics* 1, no. 2: 124-133.

JAYADEV, A., y J. STIGLITZ (2009), "Two ideas to increase innovation and reduce pharmaceutical costs and prices", *Health Affairs* 28 (1), w165-168. Disponible en: (<http://content.healthaffairs.org/content/28/1/w165.full.html>).

JÖNSSON, B., y K. STEEN CARLSSON (2014), *The value of new medicines*, SNS Förlag, Estocolmo. Disponible en: (http://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/08/the_value_of_new_medicines_web.pdf).

KLEMP, M.; FRONSDAL, K. B.; FACEY, K., y H. T. P. FORUM (2011), "What principles should govern the use of managed entry agreements?", *The International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27(1): 77-83. Disponible en: (<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/6C92C6ABF762337FCCD326F3F913E45F/S0266462310001297a.pdf/what-principles-should-govern-the-use-of-managed-entry-agreements.pdf>).

KREMER, M. (1998), "Patents-buyouts: A mechanism for encouraging innovation", *The Quarterly Journal of Economics*, 113(4): 1137-1167.

— (2002), "Pharmaceuticals and the developing world", *Journal of Economic Perspectives*, 16(4): 67-90.

KREMER, M., y H. WILLIAMS (2009), "Incentivising innovation: Adding to the toolkit", en LERNER y STERN, 2009.

LOBO, F. (2013), *La intervención de precios de los medicamentos en España. Panorama de la regulación y los estudios empíricos*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (<http://www.fundacionsigno.com/archivos/20151118101122.pdf>).

— (2015), *Políticas actuales de precios de medicamentos en Europa: Panorama general*, Springer Healthcare, Madrid. Disponible en: (http://orff.uc3m.es/bitstream/handle/10016/23136/politicas_lobo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

— (2016), *Análisis y práctica de las políticas de precios y financiación de los medicamentos*. Con textos de F. SCOTT MORTON, M. KYLE y P. DANZON, Springer Healthcare, Madrid.

— *Análisis y propuestas para hacer compatibles el fomento de la innovación y la disponibilidad de medicamentos*, en prensa.

LÓPEZ-BASTIDA, J.; OLIVA, J.; ANTOÑANZAS, F.; GARCÍA-ALTÉS, A.; GISBERT, R.; MAR, J., y J. PUIG-JUNOY (2008), Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias, Plan Nacional de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de evaluación del Servicio Canario de la Salud, Madrid.

— (2010), "Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias", *Gaceta Sanitaria*, 24 (2): 154-170. Disponible en: (<http://gacetasanitaria.org/es/propuesta-guia-evaluacion-economica-aplicada/articulo/S0213911109003367/>).

MARTÍNEZ VALLEJO, M. (2015), Proceso de negociación del precio y financiación de nuevos medicamentos en España, *Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía) 2014/2015*, Universidad Carlos III de Madrid.

MOSER, P. (2013), "Patents and innovation: Evidence from Economic History", *Journal of Economic Perspectives*, 27(1): 23-44.

NACIONES UNIDAS (2016), *High Level Panel on Access to Medicines, 2016. Promoting innovation and access to health technologies*, Secretaría General, septiembre. Disponible en: (www.unsaccessmeds.org).

OCDE (2008), "Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market", *OECD Health Policy Studies*, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OFFICE OF FAIR TRADING (2007), *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme. Government of United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, Office of Fair Trading, Londres. Disponible en: (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402142426/http://www.oft.gov.uk/shared_oftr/reports/comp_policy/oft885.pdf).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC) (2001), Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública adoptada el 14 de noviembre de 2001, *Conferencia Ministerial de la OMC, Doha*. Disponible en: (https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm).

PARIS, V., y A. BELLONI (2013), Value in pharmaceutical pricing. OECD Publishing, *OECD Health Working Papers* 63. Disponible en: (<http://www.who.int/medicinedocs/documents/s21368en/s21368en.pdf>).

PAULY, M. V.; MCGUIRE, T. G., y P. PITA-BARROS (2011), *Handbook of Health Economics*, Volume 2, North Holland, Amsterdam.

PEIRÓ, S., y A. GARCÍA ALTÉS (2008), "Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008", *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl1): 143-55.

PITA, P. (2010), "Riesgos compartidos y el Sistema Nacional de Salud: ¿Cuándo es beneficioso el reparto para todas las partes implicadas?", *Jornada gestión del riesgo y eficiencia del gasto farmacéutico*, Cátedra de Economía del Medicamento, Fundación Abbott-Universidad Carlos III de Madrid.

— (2011), "The simple economics of risk-sharing agreements between the NHS and the pharmaceutical industry", *Health Economics*, 20 (4): 461-470. Disponible en: (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1603/full>).

POGGE, T., y A. HOLLIS (2016), The Health Impact Fund (HIF). Submission of "Incentives for global health to the Secretary General's High Level Panel on Access to Medicines", United Nations. General Secretariat, Nueva York. Disponible en: (<http://healthimpactfund.org/wp-content/uploads/2015/12/High-level-panel-draft-016-02-22-formatted.docx.pdf>).

PUIG-JUNOY, J., y R. MENEU (2005), "Aplicación de los contratos de riesgo compartido a la financiación de nuevos medicamentos", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 7: 88-94. Disponible en: (http://84.89.132.1/~puig/publicacions/Any2005/gestion25_2005.pdf).

REY, P. (2001), "Why is there no AIDS vaccine?", *World Economics*, 2(4): 117-132.

RIDLEY, D. B.; GRABOWSKI, H. G., y J. L. MOE (2006), "Developing drugs for developing countries", *Health Affairs*, 25(2): 313- 324.

RODRÍGUEZ, C. B. (2015), "La nuestra no es una política del medicamento que pueda dar bandazos por el color político", *El Global*, 18-09-2015. Disponible en: (<http://www.elglobal.net/noticias-medicamento/2015-09-18/politica-sanitaria/la-nuestra-no-es-una-politica-del-medicamento-que-pueda-dar-bandazos-por-el-color-politico/pagina.aspx?idart=932656>).

ROVIRA, J. (2009), "Intellectual property rights and pharmaceutical development", en COSTA-FONT, COURBAGE y McGuire (eds.), *The Economics of new health technologies. Incentives, organization and financing*.

ROVIRA, J., y F. ANTOÑANZAS (1994), *Estandarización de algunos aspectos metodológicos de los análisis coste/efectividad y coste/utilidad en la evaluación de tecnologías y programas sanitarios*, Madrid.

ROVIRA, J.; GÓMEZ PAJUELO, P., y J. DEL LLANO (2012), *La regulación del precio de los medicamentos en base al valor*, Fundación Gaspar Casal. Disponible en: (http://www.fgcasal.org/publicaciones/Lilly_FGC-Libro_La_Regulacion_del_precio_medicamentos.pdf).

SCHEFFLER, R. (2008), *Is there a doctor in the house? Market signals and tomorrow's supply of doctors*, Stanford University Press, Redwood City.

— (2010), Pay for performance (P4P) programs in health services: What is the evidence? World Health Report, World Health Organization, *Background paper* 31. Disponible en: (<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/P4PWHR2010ShefflerFINAL.pdf>).

SCHERER, F. M. y J. WATAL (2002), "Post-TRIPS options for access to patented medicines in developing nations", *Journal of International Economic Law*, 913-939.

SCOTT MORTON, F. y M. KYLE (2011), "Markets for pharmaceutical products", en PAULY, M. V., MCGUIRE, T. G., y P. PITA, *Handbook of Health Economics*, Volume 2. North Holland, Amsterdam.

STAFINSKI, T.; MCCABE, C. J., y D. MENON (2010), "Funding the unfundable: Mechanisms for managing uncertainty in decisions on the introduction of new and innovative technologies into healthcare systems", *PharmacoEconomics*, 28 (2): 113-142.

STIGLITZ, J. (2006), *A better way than patents*, New Scientist Print Edition. 16 September. Disponible en: (<https://www.newscientist.com/article/dn10090-innovation-a-better-way-than-patents/>).

TOWSE, A., y L. P. GARRISON, JR. (2010), "Can't get no satisfaction? Will pay for performance help?: Toward an economic framework for understanding performance-based risk sharing agreements for innovative medical products", *PharmacoEconomics*, 28(2): 93-102.

X. ¿PODEMOS LABRAR UN FUTURO SOSTENIBLE PARA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD INNOVADOR?¹

¹ Este capítulo se basa, claro está, en datos y textos para cuyas fuentes y referencias remitimos a los capítulos anteriores.

Para pagar las terapias innovadoras que el progreso médico nos depara y las que nos brindará aceleradamente en el futuro ¿necesitamos de alguna fuerza galáctica que nos acompañe? Recapitulemos lo dicho hasta aquí en los nueve capítulos anteriores. Pero antes reparemos en que un robot quirúrgico Da Vinci cuesta dos millones de euros; el tratamiento para la hepatitis C con Sovaldi® (sofosbuvir) salió en 2014 al mercado por 84.000 dólares; en 2016 un tratamiento para la atrofia muscular espinal por 625.000 dólares al año. En el otro lado de la balanza es claro que la humanidad se ha beneficiado enormemente de la innovación médica. Por ejemplo, y como vimos en la introducción, desde 1950, los nuevos medicamentos han jugado un papel clave en el aumento constante de la esperanza de vida en todo el mundo. Pero ¿cuestan lo que valen? Hay medicamentos para el cáncer que se aprueban en España con un precio que determina una ratio coste-efectividad incremental (RICE) de 500.000 euros por Año de Vida ganado Ajustado por Calidad (AVAC), dieciséis veces más que el límite cuya superación debe hacer considerar con prudencia la incorporación de un tratamiento a nuestro Sistema Nacional de Salud (Oyagüez *et al.*, 2013). En cambio, un análisis coste-beneficio generalizado concluyó que el retorno en términos de salud del gasto en sanidad es muy positivo. El valor de los años añadidos a la esperanza de vida por reducción de la mortalidad debida a enfermedad cardiovascular y por el descenso de la mortalidad infantil compensarían por sí solos todo el incremento del gasto sanitario por persona en Estados Unidos desde 1950 (Cutler, 2004).

Estas tensiones entre recursos disponibles y gastos en asistencia sanitaria –en particular los causados por la costosa incorporación de la innovación– y entre costes y beneficios, son el *leitmotiv de este libro*. ¿Cuáles son las perspectivas a medio plazo, para la financiación de tecnologías y medicamentos que aportan una gran innovación terapéutica y para que los pacientes españoles puedan beneficiarse de ellos? Esta es la cuestión que hemos estudiado. El problema surge porque las innovaciones disruptivas tienen altos precios y altos

costes y su incorporación puede desestabilizar los presupuestos de los sistemas sanitarios. Pero son por definición terapias muy efectivas que aportan grandes beneficios terapéuticos. Obsérvese que puede tratarse de tratamientos eficientes (coste-efectivos), pero con un impacto presupuestario tan grande que su cobertura sea inabordable por la financiación pública, o por la privada de una compañía de seguros. Se trata pues de un dilema extremadamente acuciante.

Para escribir este libro una de las motivaciones principales ha sido insistir en que los españoles hemos de aprender las lecciones de la crisis económica reciente y prevenir crisis futuras. Hoy todavía seguimos siendo vulnerables y nuestro Estado de bienestar no está garantizado. Las plagas del desequilibrio financiero y fiscal, la recesión y el paro pueden ser reavivadas otra vez por acontecimientos externos a los que nuestra voluntad no domina y frente a los que tenemos que elevar escudos de eficiencia productiva y prudencia fiscal. Lo peor que le podría pasar al Sistema Nacional de Salud es que España tuviera en el futuro otra crisis de gran magnitud.

El muy positivo crecimiento, la mejora impresionante de nuestra balanza por cuenta de renta con el exterior, la mejora financiera del sector privado y la reducción del paro en los últimos ejercicios no deben hacer olvidar las *fragilidades de nuestra economía*. Sólo los irresponsables pueden minusvalorarlas: una población en acelerado envejecimiento y con tasas de fecundidad bajísimas; una deuda pública que iguala el PIB anual y una deuda privada con el extranjero todavía elevada; uno de los niveles de paro que sigue siendo de los más altos de Europa y la generalización del empleo precario; la limitada capacidad de innovación tecnológica y la especialización productiva en parte poco competitiva y con escaso valor añadido; un sistema fiscal obsoleto e injusto y un sistema de pensiones desequilibrado; un proceso de empobrecimiento de algunas capas sociales y la escisión de la sociedad entre ganadores y perdedores de la revolución tecnológica, la globalización y el crecimiento. La corrupción, la falta de perspectiva nacional a largo plazo y la carencia de liderazgo de algunos de nuestros dirigentes han, desencadenado, además, como tantas veces se ha diagnosticado, una crisis institucional y del sistema político que obstaculiza y pospone hasta la exasperación el abordaje de estas fragilidades económicas y la adopción y ejecución de planes y estrategias de reforma.

Desde la introducción hemos defendido emprender *para el sector sanitario* una *estrategia de reformas estructurales* necesarias y difíciles, –aunque perjudiquen a algunos– orientadas hacia la *eficiencia* y con la restricción de que no comprometan nuestras opciones de crecimiento económico. ¿Podríamos evitarlas? ¿Podríamos prescindir de las reformas de la asistencia sanitaria y las políticas de salud y “seguir tirando”, tapando las ineficiencias con aumentos de gasto, como en el pasado anterior a la crisis? ¿Podemos incrementar el gasto

sanitario a costa de que siga siendo fuente sistemática de déficit? En los capítulos anteriores hemos razonado que *la vía del déficit y la deuda es una vía muerta* que no debemos volver a recorrer, si queremos escarmentar de nuestros errores, cumplir nuestros compromisos como miembros del mejor club del mundo que es el club llamado Unión Europea y ser solidarios con nuestros jóvenes y generaciones venideras, no cargándoles con el peso del principal y los intereses de la deuda que generemos en el presente para disfrutar de una asistencia sanitaria que quizás estemos condenándoles a ellos a no tener.

Tampoco cabe eludir las reformas aunque consigamos aumentar los ingresos fiscales. Podríamos aceptar que el sector sanitario es prioritario y debe ser destinatario privilegiado de nuevos recursos conseguidos con una reforma del sistema fiscal. En verdad hemos alegado que la reforma y el aumento de ingresos fiscales para financiar la sanidad y el Estado de bienestar son imprescindibles. Pero las *posibilidades de aumento de ingresos no son ilimitadas*, y no están exentas de obstáculos y restricciones. El *desvío de recursos desde otros sectores* menos prioritarios es otra vía posible. ¿Menos AVE y más gasto sanitario? Esta es una discusión legítima, pero todos los sectores, también sanidad, deben someterse a un escrutinio riguroso de sus gastos y la eficiencia relativa de sus inversiones.

Por consiguiente, no debemos dudar de que cada euro que consigamos asignar mejor dentro del propio sistema sanitario, gracias a mejoras de eficiencia, es un triunfo al que, no podemos renunciar. Por otro lado, sanidad es la segunda o tercera función de gasto público de mayor volumen en nuestro país. Y no puede quedar al margen de las políticas de consolidación fiscal. Sin embargo, éstas no tienen por qué consistir simplemente en austeridad y recortes lineales del gasto, “Es momento de evaluar las lagunas de ineficiencia (...) y acometer reformas de mayor hondura que meros recortes lineales” (García Gómez, 2014). *Reformas estructurales y mejoras de eficiencia*, además de dar valor al sistema, han de ser la aportación necesaria del sistema sanitario a la consolidación fiscal y al crecimiento económico español, que, a su vez, son ambas condiciones necesarias de la sostenibilidad del propio sistema sanitario. Es una causalidad circular.

Conocer las *previsiones a corto y mediano plazo de crecimiento de la economía española* –les dedicamos el *capítulo dos*– es fundamental porque es la restricción fundamental para la financiación futura de las nuevas tecnologías y medicamentos y, más en general, para el progreso de nuestro sistema sanitario. Si la economía sigue una senda de crecimiento continuada y estable, su viabilidad es posible, siempre que se sigan políticas de reformas estructurales adecuadas.

“La Gran Recesión” (2009-2013) colapsó la producción, el empleo y el gasto público causando grandes costes sociales. En 2014 se inició una recuperación que en 2015 ha alcanzado un más que notable crecimiento del 3,2% del PIB impulsado por diversos factores externos (los “vientos de cola”) (caída de los precios del petróleo, expansión del turismo, mejora –gracias a las política monetaria súperexpansiva del BCE– de las condiciones financieras y de las exportaciones). También han contribuido factores internos y la política económica, como el saneamiento del sector bancario (ayudado también por el apoyo europeo). Pero el factor decisivo seguramente ha sido la “devaluación interna”, o reducción de salarios y endurecimiento de las condiciones de trabajo, facilitados por la reforma laboral que con grandes costes para gran parte de los ciudadanos, ha conseguido mejorar la competitividad y relanzar la economía. Este proceso no ha sido legitimado por un nuevo contrato social protector de los desfavorecidos y la garantía de un crecimiento futuro sin brechas de desigualdades ominosas, con graves consecuencias sociales y políticas. La capacidad de resistencia y reacción de los trabajadores y las empresas españolas lanzados a la conquista de los mercados exteriores ha sido también determinante. La tacha más flagrante de la recuperación es el frenazo de la reducción del déficit público en 2015 y 2016, a pesar de la mejora del crecimiento, por imprudentes y electorales rebajas de impuestos y relajamiento de la disciplina presupuestaria que han llevado nuestra deuda pública a máximos históricos.

En el corto y mediano plazo los diferentes organismos públicos y privados esperan que se afiance la senda de recuperación iniciada en 2014, aunque con distintos matices. Salvo el Gobierno, esperan que esa recuperación pierda algo de fuelle en 2016 y 2017. También prevén que será muy difícil volver a tasas de crecimiento como las previas a la crisis.

No podemos dar por supuesto que el crecimiento económico está garantizado. Por tanto, tampoco lo está el futuro del sistema sanitario. Persisten fragilidades y desequilibrios que suponen riesgos elevados para un crecimiento sostenido y definen a la economía española como muy vulnerable ante posibles crisis externas o internas, entre ellos el elevado desempleo y el endeudamiento público y privado. El triunfalismo no está de ninguna manera justificado.

El crecimiento a largo plazo depende del empleo “per cápita” y de la productividad del trabajo. Ésta a su vez es tributaria del capital físico y humano por trabajador y de la productividad total de los factores (PTF), cuyo determinante principal es el avance tecnológico. Pues bien, todos los analistas coinciden en el estancamiento de la PTF desde 1990. Por su parte, las estimaciones recientes del Banco de España del crecimiento potencial de la economía española prevén una recuperación muy moderada hasta el 1,5% de media entre 2014 y 2026, lo que significa una marcada reducción, en comparación con la expansión ante-

rior a la crisis. La evolución futura de la población, decisiva para el crecimiento económico, arroja espesas sombras: nacimientos en declive, saldo vegetativo negativo, envejecimiento muy marcado, descenso sostenido de la población en edad de trabajar. Esto supone mayores cargas para los sistemas de salud, pensiones y protección social y menos ingresos públicos.

Sin embargo, no debe haber lugar para el pesimismo y la inacción. No está todo escrito. Debemos aplicarnos "los tónicos de la voluntad". El futuro de la economía en general y del sistema sanitario, en particular, está en nuestras manos. La política económica y social sobre tecnología y fecundidad, tiene grados de libertad. La productividad en parte depende de nuestras decisiones. Las empresas españolas, la investigación científica y aplicada y la innovación florecen en ciertas áreas. Podemos adoptar políticas demográficas de natalidad y familia como las de Francia o Suecia. Estamos en el círculo virtuoso de los países más desarrollados. La política económica y la política general que adoptemos serán decisivas para conseguir el desarrollo a largo plazo y el progreso del sistema sanitario.

Nuestro SNS está inscrito en el marco del *sistema fiscal español* y las reglas y el orden europeo de estabilidad y crecimiento. En el *capítulo III* hemos insistido en que los desequilibrios fiscales, déficit y deuda elevados y sistemáticos, son incompatibles con el desarrollo económico y el progreso de nuestro SNS. Por ello es preocupante que en España el déficit público siga siendo elevado (en 2015, 5,1 puntos porcentuales del PIB), y la deuda alcance el 100 % del PIB, niveles de los más elevados de la Unión Económica y Monetaria europea. Para pagar la deuda cada español en 2016 tendría que trabajar algo más de un año y se estima que no podremos rebajarla hasta el objetivo europeo del 60 % del PIB, hasta 2036. Este desequilibrio fundamental no sólo se explica por nuestros niveles de gasto, sino porque nuestro sistema impositivo es ineficiente e incapaz de recaudar recursos suficientes para financiar nuestro Estado de bienestar. Incrementar los ingresos públicos es una prioridad. Es sabido que la presión fiscal en España es de la más bajas de la zona del euro, nueve puntos menos que la media.

Las políticas de austeridad europeas para afrontar la crisis económica, equivocadas y causantes de mucho sufrimiento social, forzaron en España la "devaluación interna" y los recortes, que afectaron sustancialmente al SNS con un carácter lineal, sin reformas estructurales. Estas políticas en 2016 ya están desacreditadas y en parte abandonadas. La política monetaria ultraexpansiva del BCE desde 2012 permite un gran respiro financiero (compra la mitad de la deuda que emite España). Aunque el Plan Juncker de inversiones resulta insuficiente y la novedosa "posición fiscal" expansiva de la Comisión de noviembre de 2016 ha sido rechazada por el Consejo, significan un cambio de orientación

de decisiva importancia. La economía española se ha relanzado, con las limitaciones y expectativas limitadas de las que hemos hablado en el *capítulo II*. Crecimiento e intervenciones del BCE han ampliado los márgenes de la política presupuestaria, aunque siguen constreñidos por los niveles de nuestra deuda pública y privada que recomiendan proseguir la consolidación fiscal.

Los vientos procedentes del norte de la Unión Europea no han sido sólo las borrascas de la austeridad y los recortes. Queremos pensar que los vientos favorables del orden y la disciplina de estabilidad fiscal de la Unión Económica y Monetaria son los dominantes y acabarán soplando hacia una mayor unidad fiscal. Es un conjunto normativo que pretende detectar, prevenir y corregir excesos de déficit o deuda pública que pueden comprometer el crecimiento. La “regla de oro” presupuestaria (que limita el déficit a corto plazo a un 3% del PIB y el estructural al 0,5% del PIB), el “Semestre Europeo” y los Procedimientos de déficit y desequilibrio excesivos son sus elementos básicos. Como no podía ser de otro modo, este marco limita la autonomía de las autoridades españolas para establecer los presupuestos del sector público y las instituciones europeas vigilan estrictamente la marcha de la economía, los gastos públicos y el déficit, con posibilidad de sanciones en caso de incumplimientos.

Observar las normas de estabilidad como miembros honorables del “Club Europeo” es obligado, por lo menos por cuatro razones de gran peso:

- La fundamental es que resulta conveniente para el desarrollo económico y los intereses de los ciudadanos españoles porque el orden fiscal europeo afianza el crecimiento a largo plazo sobre bases sanas.
- Porque la desestabilización de nuestra economía puede ocasionar graves perjuicios a nuestros socios, a la eurozona y a toda la economía internacional.
- Ser socios cumplidores genera confianza a nuestro favor, en las instituciones europeas, en los mercados y en los inversores internacionales. Ello favorece que nos beneficiemos de los programas y fondos europeos y reduce nuestra prima de riesgo.
- Impulsa las necesarias reformas estructurales, pues permite superar la visión a corto plazo y propensa al derroche que los ciclos electorales estimulan en los gobiernos y partidos políticos, así como vencer las resistencias y el poder de los grupos de presión, a favor de los intereses generales.

Consecuencia necesaria de cuanto acabamos de decir es que el nivel y la evolución del gasto público en sanidad también están constreñidos por el orden

fiscal europeo. De ninguna manera en el futuro podrá financiarse sistemáticamente con cargo al déficit, sino que tendrá que fundamentarse sobre la capacidad recaudatoria de nuestro sistema fiscal y nuestro crecimiento económico. Todo ello exige, como única opción, profundizar en reformas estructurales.

Pero es una fortuna que las cosas sean así. Ser socio de la Unión Europea supone enormes ventajas para España y el orden fiscal europeo debe ser contemplado con visión positiva, como un conjunto de oportunidades abiertas. Si nos sujetamos a sus normas nuestro crecimiento económico a medio y largo plazo estará bien fundamentado sobre la consolidación fiscal, unos presupuestos realistas sin déficit y unos niveles de endeudamiento sostenibles. En esas condiciones el futuro de nuestro gasto sanitario será halagüeño y tendremos impulso para realizar las reformas estructurales.

En la actualidad, sin embargo, estamos lejos de ser un socio cumplidor. España sigue encausada en el Procedimiento de Déficit Excesivo, situación cuyas perniciosas consecuencias muchas veces se ocultan o minusvaloran. Las instituciones europeas han retrasado hasta por cuatro veces y un lapso total de siete años el cumplimiento del objetivo del 3% de déficit. Somos el país de la UEM con mayor déficit. Estos excesos, agravados por las rebajas fiscales y el relajamiento presupuestario de 2015 y sumados a las incertidumbres sobre la continuidad de la recuperación económica, dificultan una financiación holgada de nuestro sistema sanitario en el medio plazo.

El proceso de discusión con las instituciones comunitarias de la política presupuestaria implica un esfuerzo planificador que se concreta en los Programas Nacionales de Reforma, Planes de Estabilidad y Planes Presupuestarios, Previsiones de Invierno y de Primavera y las correspondientes Recomendaciones y Decisiones de la Comisión y del Consejo. En lo que toca a sanidad y Políticas de salud, ¿responden a un diagnóstico certero, una visión estratégica correcta y un plan armónico para el futuro de nuestro SNS? Rotundamente no es así. En los últimos años no van más allá del Real Decreto Ley 16/2012, que no es ciertamente ir muy lejos, ni en la dirección correcta. Recogen medidas inconexas y deslavazadas, mezclan actuaciones de muy diversa índole y no mencionan temas esenciales. Así, las decisiones fundamentales sobre los presupuestos y gasto sanitarios no se sustentan sobre diagnósticos certeros, estrategias correctas ni planes comprensivos y armónicos.

En suma, en el capítulo III hemos llegado a algunas conclusiones de gran importancia:

- España debe aumentar la presión fiscal para financiar el Estado de bienestar y el SNS.

- El gasto público en sanidad está constreñido por el orden fiscal europeo de estabilidad y crecimiento. No podrá financiarse con cargo al déficit, lo que exige realizar reformas estructurales. Dicho orden es garantía de crecimiento económico y de un futuro halagüeño para nuestro gasto sanitario, además de impulsar las reformas.
- España sigue encausada en el Procedimiento de Déficit Excesivo por sus excesos de déficit y deuda que perjudican la financiación del SNS.
- En el plano de su dirección central y relaciones con la UE el futuro de nuestro SNS no está despejado: a las sombras que proyecta el déficit público excesivo se añaden las nieblas de la falta de dirección estratégica y la carencia de planes de conjunto para su reforma.

¿Qué decir de los problemas de las CC.AA., todas ellas responsables desde el principio del milenio de los servicios y del gasto de asistencia sanitaria? ¿En qué situación se encuentran en términos de *restricciones presupuestarias y responsabilidad fiscal*? Ciertamente necesitan de financiación suficiente y estable para atender estas responsabilidades y garantizar el acceso de los pacientes a intervenciones, tecnologías y medicamentos innovadores, ahora condicionado por las haciendas de las CC.AA.

Como hemos analizado con algún detenimiento en el *capítulo cuatro*, desde 2002 la financiación de los servicios sanitarios de las regiones de "régimen común" está subsumida en la financiación general de las CC.AA., diseñada en 2001 y reformada en 2009. Esta reforma aumentó su "espacio fiscal" y confirmó el criterio poblacional para la distribución de recursos (corregido por envejecimiento, dispersión, superficie, insularidad y población en edad escolar) y con la nivelación parcial como objetivo de equidad interregional. A pesar de sus aciertos la financiación de nuestras CC.AA. sigue presentando graves problemas, fundamentalmente de insuficiencia financiera y asimétrico compromiso fiscal, pues tienen más capacidad de gasto que responsabilidad de procurarse ingresos. Como resultado, la deuda de las administraciones territoriales alcanza actualmente un cuarto de la deuda pública total, con origen en parte en el sector sanitario, y la Comisión Europea ha alertado reiteradamente del deterioro de sus cuentas.

En el mismo capítulo hemos repasado las medidas recientes de consolidación fiscal dirigidas hacia las comunidades autónomas. Se ha reformado profundamente el marco legislativo con medidas automáticas de corrección y coercitivas; condicionamiento del acceso a la financiación; habilitación al Gobierno de la nación para imponer cumplimientos forzosos y mecanismos extraordinarios de liquidez y control de la deuda comercial. En la práctica des-

tacan la fijación anual de los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera; la financiación en condiciones más favorables a las CC.AA. y EE.LL. cumplidoras y la aplicación de algunas medidas coercitivas, como la retención de los recursos del sistema de financiación. En sanidad, acompañar el gasto farmacéutico al crecimiento de la economía es ahora condición para acceder a los fondos de liquidez y no hacerlo es causa de penalizaciones. Estas medidas significan que el marco de estabilidad presupuestaria y el control del déficit de las CC.AA. se han reforzado, pero es cierto que su autonomía ha quedado, en cierta medida, recortada.

Persisten de todos modos problemas de financiación que afectan decisivamente a la sanidad. Hemos identificado de forma muy resumida los siguientes

- Las comunidades son muy desiguales, para empezar hay enormes diferencias de tamaño poblacional. Encuadrarlas en un mismo régimen fiscal y financiero y en una organización sanitaria uniforme y compartimentada, da lugar inevitablemente a dificultades.
- Las autoridades regionales se enfrentan a una “restricción presupuestaria blanda”, es decir, su presupuesto anual y el techo de gasto no son creíbles para los distintos agentes. Se espera que el Gobierno central resuelva las dificultades y de una forma o de otra proporcione los fondos necesarios. Por su parte, el Gobierno central aprecia que el coste político de no apoyar a las CC.AA. en déficit sería muy alto y antes o después acude a su rescate.
- Federalismo y corresponsabilidad fiscal tienen insuficiente desarrollo. Las CC.AA. han ejercido poco sus potestades tributarias, y en muchas ocasiones en el sentido de disminuir la presión fiscal, por razones electoralistas a corto plazo.
- Si se puede hacer abstracción de las peculiaridades forales de País Vasco y Navarra, las diferencias en los niveles relativos de financiación por habitante calculadas a base de competencias y habitantes homogeneizados no son pronunciadas.
- La confusión de competencias entre el Estado y las CC.AA.
- Ciertos fenómenos de competencia fiscal entre regiones
- La capacidad para cubrir las necesidades crecientes del gasto en servicios sanitarios es dispar. Algunas CC.AA. necesitarían un crecimiento económico general superior al 3% anual, para poder cubrirlas.

En conclusión, el acceso expedito de los pacientes a los nuevos tratamientos eficientes no estará asegurado si nuestras regiones no tienen unos presupuestos saneados y unas expectativas de viabilidad a largo plazo. Nuestro sistema de financiación de las CC.AA. tiene todavía retos sustanciales que superar tras haber realizado progresos importantes. El principal desafío es progresar en un federalismo fiscal que haga a las CC.AA. plenamente responsables de sus decisiones, de modo que no esperen que el Gobierno central venga a resolver sus dificultades. Si quieren poner en marcha nuevas prestaciones o mejorar las existentes tienen que aumentar sus presupuestos dotándoles de los recursos necesarios, lo que puede exigir menos fondos para otras actividades, o subida de impuestos o mejoras de eficiencia, siempre sin incurrir en déficit sistemáticos que están excluidos por las reglas europeas de estabilidad fiscal.

Para analizar el futuro del SNS hemos examinado el *pasado, presente y futuro del gasto público en sanidad* en el *capítulo cinco*. Recordemos su tendencia secular al crecimiento: en España entre 1970 y 2015 se multiplicó por más de 2,5 en términos reales. La tendencia fue interrumpida, seguramente por pocos años, por la crisis internacional desencadenada en 2007-2008, que afectó profundamente a nuestro sector sanitario. Entre 2009 y 2013, el gasto público total en sanidad a precios constantes, se redujo un 13,1 %; en valores "per cápita" nominales (precios y PPP corrientes) pasó de 2.219 dólares USA (1.575 euros) en 2009 a 2.093 dólares USA (1.410 euros) en 2013; y la participación del gasto sanitario público corriente en el PIB disminuyó desde el 6,8 % de 2009 hasta el 6,4 % en 2013 y el 6,3 % en 2014. Estos recortes se concretaron en reducciones salariales, de personal, de precios de los medicamentos y en la práctica eliminación de las inversiones y fue especialmente intensa en los servicios primarios de salud. Tan fuerte contracción puede matizarse considerando que siguió a un periodo de fortísimo crecimiento, que fue inferior a la de otros países parcial o totalmente rescatados de la UE y con la observación fundamental de que el nivel de gasto no determina por sí sólo el nivel de salud de la población, ni la calidad del sistema sanitario.

Entonces, la pregunta clave es si la crisis y si los recortes en sanidad han afectado a la salud de los ciudadanos. Las investigaciones no han identificado efectos sistemáticos negativos sobre la salud de la población general. Sin embargo, sí ha empeorado la salud mental, aunque por el paro; las poblaciones más vulnerables se han visto más afectadas por la crisis; se ha exacerbado la desigualdad y las listas de espera han empeorado significativamente. Consecuentemente, los remedios son políticas multisectoriales y enfocadas hacia estos colectivos y problemas. En todo caso, estas consecuencias demostradas por los estudios con base empírica son tan negativas que la experiencia debería convencernos a todos –también al sector sanitario– de que debemos poner todos los medios para superar las vulnerabilidad de la economía española y evitar nuevas crisis macroeconómicas en el futuro.

Volviendo la atención hacia la política sanitaria española de respuesta a la crisis y sus consecuencias el balance aparece desolador. Seguramente era forzoso reducir el gasto sanitario pero no en la forma en que se hizo. Las políticas de consolidación fiscal no tenían por qué consistir en simples recortes lineales del gasto. Sobre todo, podrían haberse orientado hacia ganancias de eficiencia mediante reformas estructurales del SNS. Si los recortes (consistentes en reducciones de salarios y precios de los medicamentos y otros insumos), se hubieran aplicado en el marco de unas instituciones prestigiadas y de un proyecto compartido de progreso y sostenibilidad del sistema en beneficio de los pacientes presentes y futuros que, además, contribuye a consolidar la economía nacional podrían haber sido menos dolorosos por los agentes que los han sufrido. Si los recortes van unidos a mejoras de eficiencia, que limitan o eliminan reducciones del servicio y de calidad, sin perjuicios notables para los pacientes, todo ello encuadrado en una reforma profunda, el impacto de la crisis y la consolidación sucesiva podrían haber dado, al cabo de los años, un balance positivo

Se dice que dedicamos menos recursos a sanidad que los países que deberían ser nuestro modelo. ¿Debemos entonces gastar más? Es lo que defienden los grupos de interés que más se beneficiarían del aumento, sin preocuparse mucho de cómo se gasta, es decir de la eficiencia. La inferioridad, en estos términos simples, es más cierta respecto del gasto público que respecto del gasto nacional (incluido el privado). Pero López-Casasnovas y colaboradores han aclarado que la comparación se debe hacer con cuidado: con los países de sistema nacional de salud similar al nuestro; teniendo en cuenta las diferencias de tamaño en población y en PIB; relacionando gasto con renta o aún mejor teniendo en cuenta las características sanitarias y socioeconómicas de los países comparados. Estos investigadores, que han procedido con este rigor, concluyen que nuestro gasto en sanidad público en términos "per cápita" y con ponderación por población, estaría por encima de lo que nos "correspondería" por nuestras características, al menos en algunos años. No está claro que el gasto de otros países –siempre heterogéneos y con "proyecto de país" distintos– deba ser la guía a seguir. En realidad, el PIB como orientación normativa tiene un valor muy limitado. Es sensato garantizar que el gasto sanitario, especialmente el público, no va a superarlo sistemáticamente, generando problemas de financiación imposibles de resolver. Pero un país podría decidir aumentar el gasto sanitario a costa de otros sectores valorados como menos prioritarios, o a la inversa. También para conseguir más salud podría decidir gastar más en educación o en campos de deportes. Por otro lado, marcada la referencia del PIB queda todo por delante en la tarea de planificar y presupuestar.

Según las últimas previsiones a corto plazo de los Programas de estabilidad y Planes presupuestarios acordados entre Gobierno español y Unión Europea el gasto en sanidad público en España flexionaría de un 6,5% del PIB en el año

récord 2009, a un 5,7 en 2019¹ (si bien aumentaría en términos absolutos y “per cápita” por el crecimiento esperado del PIB). Es un pronóstico muy difícil de cumplir pues prolongaría la fractura de la tendencia secular al crecimiento que quebró la crisis. A largo plazo el crecimiento del gasto sanitario es impulsado sobre todo por la innovación tecnológica, mientras que la importancia del envejecimiento ha sido muy matizada por la investigación. La renta y las características institucionales de los sistemas de salud también influyen. Según el Informe sobre el envejecimiento de la Unión Europea de 2015 España sería el país en el que el gasto sanitario público crecería más aceleradamente hasta 2060. En un escenario intermedio² prevé que aumentaría medio punto hasta 2020, llegaría en 2040 al 7,8% del PIB y en este nivel se mantendría hasta 2060 con ganancia de 1,9 puntos (frente a 1,5 la eurozona, aunque quedaríamos 0,6 puntos porcentuales por debajo de ésta). Esto significa en términos porcentuales un incremento del 33%. Los cuidados de larga duración tendrían un incremento importantísimo. En el mismo escenario, 0,3 puntos en 2020, duplicarían en 2040 y cuadruplicarían en 2060 su peso sobre el PIB. Pero creemos que todas estas previsiones minusvaloran el crecimiento futuro por tres razones: fue más rápido en el pasado; las previsiones demográficas se construyen bajo estrictas hipótesis de continuidad y en 2013, año tomado como base, la relación entre gasto sanitario público y PIB fue baja. También hay que tener en cuenta que estas proyecciones se formulan bajo el supuesto de una política sanitaria neutral, es decir, sin reformas estructurales.

Resumiendo, aún tratándose de pronósticos infravalorados, anuncian presiones continuas y considerables sobre el gasto público en asistencia sanitaria, por lo que, como dice el informe europeo, es vital equilibrar las necesidades de asistencia sanitaria con los recursos disponibles, así como realizar esfuerzos continuos para incrementar la eficiencia y la calidad. Para ello es necesaria una política de reformas estructurales que oriente los recursos hacia las actuaciones más eficientes que alcancen el mayor saldo posible en términos de salud para los ciudadanos españoles. Si es difícil alterar las tendencias al crecimiento del gasto, evitemos que aumente sin obtener resultados superiores en términos de salud.

La disminución en nuestro país de los accidentes en carretera y las mejoras en el hábito tabáquico han sido en los últimos años muy importantes. Demuestran que es posible *reducir la presión sobre el gasto sanitario disminuyendo la morbi-mortalidad mediante mejoras del estado de salud* de la población, a través de progresos en las *condiciones o estilos de vida* que lo condicionan, como hemos visto en el *capítulo seis*. Los casos del tabaquismo y de la obesidad

¹ Gasto definido según la EGSP.

² El que llama escenario de “riesgo AWG”.

aportan una evidencia abrumadora acerca de los costes que generan, aunque las medidas a adoptar y los cambios de condiciones sociales y conductas individuales que serían necesarios para evitarlos presentan dificultades notables. Para lograr estos cambios sería imprescindible incorporar la visión de que la salud no depende sólo de la asistencia y del sistema sanitario sino que se ha de contemplar en “todas las políticas”; un decidido liderazgo de las autoridades sanitarias, así como la participación y colaboración de todo el tejido social y muy en particular de los profesionales sanitarios y las sociedades científicas.

La segunda línea de trabajo para incrementar la eficiencia del SNS es gastar de mejor manera. En el *capítulo siete* hemos comprobado que existe un acuerdo bastante general acerca de las amplias posibilidades que tienen los sistemas sanitarios de todo tipo para incrementar su eficiencia. En esta línea hemos analizado algunos *retos fundamentales a los que se enfrenta actualmente el Sistema Nacional de Salud de España (SNS)*. Los cuatro analizados requieren para su solución reformas estructurales, es decir, que han de ir a la raíz de las cosas, superar los intereses de agentes sociales poderosos; fundamentarse en la investigación y las pruebas científica; y ser ampliamente explicadas y discutidas para conseguir participación y apoyo social. Nuestra selección es la siguiente:

- Una particular cultura sobre el Estado de bienestar y el gasto público que favorece el derroche.
- La desintegración de la atención primaria y la atención especializada y de los cuidados de larga duración y servicios sociales.
- Problemas de recursos humanos e incentivos.
- Falta de aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias con carácter normativo.

Las muy legítimas preferencias ciudadanas en favor de la sanidad pública se combinan con muy fuertes resistencias a la reordenación de los recursos sanitarios. Parece muy extendida la opinión de que como “la salud no tiene precio”, siempre están justificados mayores recursos para sanidad, sin atender a criterios de eficiencia, e incluso aunque no esté clara la efectividad. Es una *cultura sobre el Estado de bienestar y el gasto público que favorece el derroche*. Es necesario realizar esfuerzos de información, educación, participación y discusión y dar pasos decididos hacia el buen gobierno de la sanidad para conseguir la comprensión y el apoyo de la ciudadanía en favor de reformas que se orienten hacia la eficiencia, con el objetivo de proporcionar más y mejor salud y a más ciudadanos.

La *desintegración de los distintos niveles de la atención sanitaria, los cuidados de larga duración y los servicios sociales* reduce drásticamente la productividad y la calidad. Una estrategia de integración busca superar las brechas entre dichos ámbitos, de modo que se desarrollen con unidad de dirección, decisiones congruentes, coordinación y continuidad de la atención, para dar respuesta a las enfermedades crónicas y degenerativas hoy dominantes. En España ya se han puesto en marcha iniciativas en esta dirección, pero hace falta mayor liderazgo para la integración, en el marco de un plan general de reforma del sistema sanitario que la desarrolle como una estrategia fundamental.

Otro reto del Sistema Nacional de Salud afecta a los *recursos humanos y los incentivos laborales*. El modelo “estatutario” –desgraciadamente reforzado en tiempos recientes– es un régimen funcional que incluye “la plaza en propiedad”, no reconoce el mérito individual y colectivo y, en conjunción con una deficiente organización y gestión, provoca problemas de productividad y rendimiento (jornada media anual reducida, absentismo, pocas horas de atención directa al paciente y gran variabilidad en rendimientos intracentros e intercentros). Este modelo debe ser eliminado progresivamente para potenciar las dimensiones profesionales, establecer sistemas de pago variable y por resultados, vinculados a los objetivos de salud del sistema y revertir el comportamiento emulador de las comunidades autónomas al fijar las retribuciones y condiciones de trabajo.

El cuarto gran problema en el que nos detenemos es la *falta de aplicación sistemática de la evaluación de tecnologías sanitarias* con carácter normativo. Aunque la tecnología es el principal motor del gasto sanitario y muchas veces existe un abismo entre eficacia y efectividad la ETS en España está lejos de desplegar sus potencialidades. La evaluación de tecnologías por la comunidades autónomas cuando la realizan vincula escasamente a los servicios y en el ámbito de la Administración del Estado no se exige legalmente para los medicamentos. La fragmentación de organismos de evaluación diseminados en varias CC.AA., todos ellos con escasos medios, no parece poder ser compensada por el difuso concepto de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Implantar efectivamente la ETS impulsaría la utilización eficiente de los recursos y la orientación de las empresas y otras entidades hacia la investigación, el desarrollo técnico y las innovaciones.

Además de las sugerencias para la acción desarrolladas hasta aquí, en el *capítulo ocho* desarrollamos *cuatro políticas* importantes para compatibilizar las innovaciones disruptivas con la viabilidad futura del sistema sanitario, sin desconocer que hay otras muchas líneas de trabajo que podrían desarrollarse.

La planificación es imprescindible para atacar los problemas que plantea la incorporación de grandes innovaciones terapéuticas en un contexto de situaciones complejas y recursos limitados y para garantizar la sostenibilidad fiscal y política del sistema sanitario. Es ilustrativo el ejemplo del Plan Nacional para el abordaje de la hepatitis C, que se inició cuando los problemas ya habían explotado. La planificación de la incorporación al SNS de las grandes innovaciones es compleja y no debe limitarse a reaccionar ante los cambios, sino determinar *ex ante* las necesidades de salud, los servicios a prestar, considerar la productividad de profesionales y servicios, diseñar diversos escenarios y efectuar simulaciones. El liderazgo del Ministerio de Sanidad y la cooperación entre comunidades autónomas, que nos resultan tan necesarios, se tienen que expresar fundamentalmente en el ámbito de la planificación estratégica.

La evaluación de la eficiencia de los medicamentos innovadores en el ámbito de la Administración del Estado no se exige legalmente, ni para las decisiones de financiación pública ni para las de fijación de precios de los medicamentos, a diferencia de Inglaterra, Alemania, Francia, Suecia o Portugal. Nuestra legislación es claramente insuficiente y contrasta con la realización en el país de numerosos estudios de este tipo. En este contexto, los nuevos Informes de Posicionamiento Terapéutico son un paso en la dirección correcta. Si se desarrollara la evaluación de eficiencia completa sería un aporte contundente para equilibrar innovaciones disruptivas y viabilidad del sistema sanitario. Para lograrlo se necesita un impulso político del Gobierno central, un esfuerzo de cooperación entre los distintos niveles del Estado, una ley formal y una solución organizativa.

Los programas de *reversión* eliminan, restringen o redefinen las indicaciones de procedimientos, tecnologías o fármacos inapropiados, inefectivos o ineficientes, al tiempo que promueven los de más alto valor y destinan los recursos liberados a financiar estos últimos. En España la Ley de Cohesión y Calidad 16/2003 establece un marco normativo y el Plan de Calidad del SNS ha acogido algunas iniciativas de este tipo. Pero es necesario un esfuerzo global de todos los actores y un compromiso institucional para desarrollar esta política.

Como la salud y la enfermedad están determinadas por muchos factores es claro que la *compartimentación presupuestaria* es una lacra para el SNS: significa que las distintas unidades de la organización se desentienden de las consecuencias de sus acciones si no tienen repercusión sobre su propio presupuesto asignado, porque es el único por el cual se les exigen responsabilidades y rendición de cuentas. Hay que superar esta visión limitada y desarrollar la "salud en todas las políticas", perspectiva a la que obliga nuestra Ley de Salud Pública de 2011. Hemos defendido tres estrategias para superar este problema: la integración de los servicios sanitarios, la presupuestación por programas u objetivos y la utilización de la perspectiva social en las evaluaciones de la eficiencia.

Para hacer *asequibles los medicamentos innovadores y compatibilizar las innovaciones disruptivas con la viabilidad del sistema sanitario* no hay una fórmula única y mágica, como hemos visto en el *capítulo nueve* y último de este libro. Sólo *una política farmacéutica comprensiva*, en el seno de una política de salud también de altos vuelos, puede conseguirlo. En este libro tenemos oportunidad de tratar tres ideas de actualidad. Dos se refieren a los procesos de formación de los precios, la tercera a los incentivos para la investigación.

Los precios basados en el valor se determinan en función del valor adicional que aporta un nuevo medicamento en relación a un comparador, en rigor en el marco de una evaluación de eficiencia. Pero los precios se forman por la interacción entre oferta y demanda y por tanto deben guardar alguna relación con los costes, de modo que el margen no sea abusivo por desaparición total del excedente de los consumidores. En este contexto hemos analizado alguna propuesta novedosa de regulación de los precios acorde con la estructura de costes de los medicamentos innovadores (cantidad fija abonada de una vez por los costes fijos de I+D, más un pago por paciente tratado para cubrir el coste marginal). Los acuerdos de pago por resultados y riesgo compartido tratan de acotar la incertidumbre que afecta a los medicamentos innovadores y repartir el riesgo financiero entre compradores (administraciones públicas o aseguradoras privadas) y vendedores (empresas farmacéuticas). Tanto en el ámbito internacional como en España se han desarrollado ya algunas experiencias. El balance parece que es positivo pero limitado. No se trata de una panacea absoluta, pero sí de una herramienta valiosa en casos concretos. La confidencialidad y falta de transparencia que caracterizan muchos de estos acuerdos son difícilmente compatibles con el Buen Gobierno y el Estado de Derecho. Esta limitación también dificulta la cooperación entre países orientada a reforzar el poder de negociación con compras cooperativas.

Las patentes y otras figuras que otorgan exclusivas de comercialización determinan altos precios en el corto plazo, que elevan el gasto y dificultan el acceso a los medicamentos. Se suelen justificar alegando que estimularán a largo plazo el desarrollo de nuevos medicamentos. Implican una tensión que se ha agudizado recientemente por la aparición de medicamentos innovadores y efectivos a precios muy altos. El balance histórico del sistema de patentes, que incluye una tendencia hacia su refuerzo, es controvertido. Una corriente escéptica concluye que pueden desanimar la innovación, mientras que las políticas que fomentan la difusión de las ideas, facilitan la entrada en los mercados y promueven la competencia pueden fomentar adecuadamente la innovación. Los efectos positivos de las patentes en la innovación y la productividad tampoco han aparecido claros en alguna revisión de las pruebas científicas empíricas. En cambio, alguien tan autorizado como Angus Deaton tiene una opinión positiva sobre este balance.

Estas insatisfacciones motivan diseños de alternativas a las patentes que incentiven la innovación en un equilibrio menos costoso para las personas o países de menor renta y que minimicen los obstáculos al acceso a los medicamentos. Algunos investigadores han propuesto eliminarlas completamente; o sustituirlas por recompensas; o por un fondo internacional de financiación de la investigación (“Fondo de Impacto sobre la Salud”); o por contratos a futuros (“Compromisos Anticipados de Mercado”). La financiación provendría de donaciones o fondos públicos en estas tres últimas proposiciones. Otras sugerencias plantean reformarlas de diversas formas. También se defiende contrapesarlas con controles de precios, ya vigentes en muchos países desarrollados, o favorecer precios más bajos en los países en desarrollo facilitando la discriminación de precios entre países mediante el control del comercio paralelo. La iniciativa más prominente para encontrar alternativas ha sido de la Secretaría General de las Naciones Unidas que nombró en 2015 un Panel de Alto Nivel sobre Innovación y acceso a Tecnologías en Salud. Su principal recomendación está en la línea de documentos anteriores de la OMS: “desligar” la carga de los costes de I+D del producto final, de modo que no tengan que incorporarse a su precio mediante fórmulas diversas.

El dilema entre los incentivos propios del mercado, derechos de propiedad y ánimo de lucro –muy eficaces para impulsar la actividad económica y la innovación– y la función sanitaria, social y humana de los medicamentos se plantea muy agudamente. Quizás la salida sea una combinación de instrumentos diversos. El apoyo público a la investigación, la intervención de precios, la discriminación de precios entre países, el fomento de los genéricos y las licencias obligatorias para casos muy extremos pueden constituir una buena combinación.

Como *colofón* recordemos que el objeto de este libro ha sido establecer si son compatibles tecnologías y nuevos medicamentos disruptivos con la viabilidad o sostenibilidad financiera del sistema sanitario. La respuesta que en definitiva podemos ofrecer es positiva, pero muy prudente y condicionada. Condicionada en primer lugar por la necesidad de proseguir políticas económicas y sanitarias que impidan la repetición de la crisis. El endeudamiento público rampante y en torno al 100 % del PIB es la debilidad fundamental de nuestra economía y su solución es compleja, como hemos visto en capítulos anteriores. Sistemáticamente, desde los años 80 el sistema sanitario público ha gastado más que lo establecido en el presupuesto, contribuyendo al déficit público de manera notable. La insuficiencia financiera no es un fantasma sino una realidad bien palpable. Ahora las deudas afloran a la luz, pero su financiación se traslada al prestamista en última instancia, el Banco Central Europeo quien compra buen parte de la deuda española. Este proceso de sustitución de acreedores y deudores ha sido muy facilitado por su política monetaria súperlaxa y los tipos

de interés nulos o negativos subsiguientes. Pero estas condiciones excepcionales no podemos esperar que se eternicen. La brecha presupuestaria hace de la sanidad un generador impulsor al alza de la deuda pública, cuya magnitud, puede desestabilizar nuestros equilibrios macroeconómicos y, por tanto, nuestra senda hacia el crecimiento económico sostenido. El SNS pagaría otra vez muy cara una nueva crisis.

Si somos responsables frente a todos los pacientes presentes y por venir, el futuro puede ser halagüeño. Si el crecimiento de la economía española presenta fragilidades, también ofrece fortalezas; si el orden fiscal europeo implica exigencia presupuestaria, acaba siendo beneficioso para nosotros; si a nuestras comunidades autónomas se les hace muy cuesta arriba asumir sus compromisos fiscales, pueden diseñarse fórmulas financieras y políticas para que finalmente lo hagan; y si las previsiones de evolución del gasto apuntan hacia muy arriba, disponemos de diagnósticos certeros y herramientas para trabajar en las dos líneas de actuación que hemos repasado: la primera, gastar menos, no con recortes, sino a través de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades; la segunda, aumentar la eficiencia del gasto para lo que resulta preciso acometer reformas estructurales como las que hemos descrito. En ese marco una política farmacéutica comprensiva resulta imprescindible para incorporar los medicamentos innovadores costosos. Y concluyamos con la idea fuerza de este libro: la búsqueda de la eficiencia debe ser una obsesión, porque permite proporcionar más y mejores cuidados de salud a más pacientes, absorbiendo menos recursos y sin comprometer la viabilidad a largo plazo del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO X

CUTLER, D. M. (2004), *Your money or your life. Strong medicine for America's health care system*, Oxford U. P. Oxford y Nueva York.

FERRARIO, A., y P. KANAVOS (2013), Managed entry agreements for pharmaceuticals: the European experience, LSE Research Online, *Discussion paper*.

GARCÍA GÓMEZ, P. (2014), "Un nuevo escenario para la financiación sanitaria", *Diario Médico*, 3-11. Disponible en: (<http://www.diariomedico.com/2014/11/03/opinion-participacion/columna-invitada/nuevo-escenario-financiacion-sanitaria>). Consultado el 4-11-16.

JÖNSSON, B., y K. STEEN CARLSON (2014), *The Value of New Medicines*, SNS Förlag, Estocolmo.

OYAGÜEZ, I.; FRÍAS, C.; SEGÚI, M.A.; GÓMEZ-BARRERA, M.; CASADO, M. A., y M. QUERALT (2013), Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España, *Farmacia Hospitalaria*, 37(3): 240-259.

Félix Lobo es profesor emérito de la Universidad Carlos III de Madrid (Departamento de Economía). Fue director general de Farmacia y Productos Sanitarios (1982-1988) y presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2005-2008) del Ministerio de Sanidad; miembro de las comisiones redactoras de los anteproyectos de Ley General de Sanidad de 1986 y de la Ley del Medicamento de 1990, e inició la elaboración de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición de 2011. Fue miembro de la Subcomisión de Farmacia del Informe Abril. Miembro del Comité de expertos en Política y Gestión del Medicamento de la Organización Mundial de la Salud (1987-2016); del Comité científico de la International Health Economics Association (2006-2008). "Visiting scholar" de la Universidad de California en Berkeley (1975-1976 y 2003) y profesor visitante de la Universidad de Minnesota (2003). S.M. el Rey le concedió la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad el 18 de diciembre de 2009.

La Economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud español

El objeto de este libro es establecer si son compatibles tecnologías y nuevos medicamentos disruptivos con la viabilidad del sistema sanitario. La respuesta que da es afirmativa, pero muy prudente y condicionada. Condicionada por la necesidad de proseguir políticas económicas y sanitarias que impidan la repetición de la crisis y aborden los retos del futuro. Se trata de gastar menos, no mediante recortes, sino de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades y de gastar mejor aumentando la eficiencia. Para ello son imprescindibles reformas estructurales que superen las barreras que oponen intereses económicos y corporativos, la incompetencia, el arbitraje y el populismo. La “idea fuerza” del libro es que la búsqueda de la eficiencia debe ser una obsesión, porque permite proporcionar más y mejores cuidados de salud a más pacientes, absorbiendo menos recursos y sin comprometer la viabilidad del sistema.

Funcas

C/ Caballero de Gracia, 28
Madrid, 28013, Spain
Tel. +34915965481 +34915965718
Email: publica@funcas.es
www.funcas.ceca.es

978-84-15722-68-7

