

Sistemas de salud. Sistema sanitario español

CAPÍTULO 01

Ignacio Riesgo
Director de PricewaterhouseCoopers

Objetivos del capítulo

Los objetivos del capítulo pueden agruparse en tres:

El **primero** es adquirir una perspectiva de lo que representan los sistemas de salud en el mundo:

- Concepto de sistema sanitario y sector salud.
- Distintas funciones en sanidad.
- Razones que justifican la intervención de los gobiernos en los sistemas sanitarios.
- Algunas posiciones básicas sobre los sistemas sanitarios.
- Tipología de los distintos sistemas de salud en el mundo.
- Medición de la *performance* de los sistemas sanitarios.
- Sistemas sanitarios en Europa.
- Características comunes a los sistemas públicos de salud.
- Cambios más relevantes en Estados Unidos, a partir de la asistencia gestionada.
- Retos y tendencias de futuro en los sistemas de salud en los países industrializados.

El **segundo** es entender las grandes tendencias (lo que llamamos *megatendencias*) de los sistemas sanitarios. Un ejercicio arriesgado, pero necesario.

El **tercero** consiste en realizar una aproximación al origen, el funcionamiento, los agentes que operan y los retos del sistema sanitario español.

Lógicamente, una presentación de temas tan complejos en unas breves páginas es un reto por sí mismo importante, con el riesgo de que los conceptos se expongan de forma poco matizada. Por eso, añadimos al final una lista de bibliografía muy seleccionada, comentando lo que aporta cada texto, con el fin de que, si se desea, pueda profundizar en algunos de los aspectos tratados.

Sistemas sanitarios

Sistema sanitario y sector salud

Suele entenderse por *sistema sanitario* el conjunto de instituciones públicas y privadas implicadas directamente en el cuidado de la salud. En la práctica, este concepto suele limitar el sistema sanitario al conjunto de aseguradores (públicos y privados), proveedores (también públicos y privados: médicos,

profesionales de la salud en general, hospitales, centros de atención primaria, centros de rehabilitación, servicios de urgencia, servicios de atención domiciliaria, residencias asistidas y otros servicios a la tercera edad, etc.) y entidades reguladoras de la actividad sanitaria (los departamentos de salud de los distintos gobiernos).

En cambio, el *sector salud* es un concepto más amplio, ya que incluye a todas las empresas y entidades implicadas en la prestación de servicios de salud, pero ya no sólo aseguradores y proveedores, sino también el amplio conjunto de empresas que ofrecen productos y servicios al sector salud: compañías farmacéuticas, empresas de equipamiento electromédico, etc. La Figura 1.1 es una representación gráfica de esta visión del sector salud.

Lo que une a empresas tan distintas como un hospital, una compañía farmacéutica o una aseguradora sanitaria es que todos sus esfuerzos se dirigen, en último término, hacia los usuarios/ciudadanos/pacientes, desde una perspectiva de mejora de su salud.

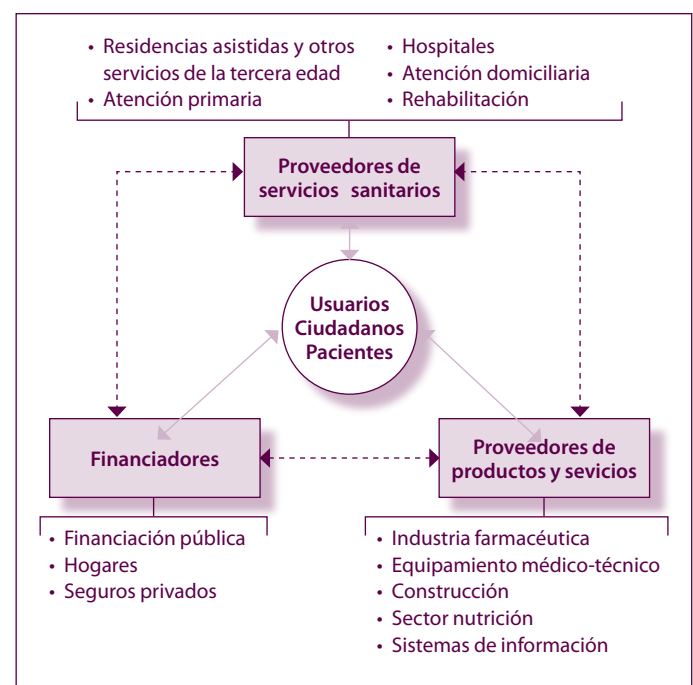


Figura 1.1. Visión de los distintos componentes del sector salud.

Las distintas funciones en sanidad

Con el fin de analizar el papel de los distintos actores en la sanidad, es conveniente distinguir las distintas funciones en el sector:

- **Planificación.** La planificación consiste en el establecimiento de criterios generales de distribución y organización de recursos. La planificación es pública, si bien es muy variable el grado y la intensidad con la que se ejerce por parte de los Estados.
- **Financiación.** Origen de los fondos destinados a sanidad. La financiación puede ser pública o privada. La pública se caracteriza por ser coercitiva (bien a través de impuestos generales, o bien a través de cotizaciones sociales obligatorias para los empresarios y trabajadores). La privada permite al usuario ejercer su soberanía. Puede tener la forma de pagos directos a proveedores de servicios, pago de primas de seguros médicos voluntarios o participación en el coste de algunos servicios (copago)
- **Compra.** Se llama *compra* a la selección del proveedor del servicio. Aunque, en general, la compra suele ser pública cuando la financiación es pública y privada cuando es privada, se dan excepciones. El sistema MUFACE, en España, que permite la selección de proveedores de servicios por aseguradoras privadas es un ejemplo de financiación pública con compra privada.
- **Producción o provisión.** Se trata de la prestación del servicio. La producción puede ser también pública o privada.
- **Regulación.** Con independencia del grado de financiación y producción públicas de la sanidad de un país, los Gobiernos regulan normalmente numerosos aspectos de la misma (las condiciones para el ejercicio profesional, los requisitos para el establecimiento de centros sanitarios, etc.).

En general, tanto la planificación como la regulación suelen ser públicas. Salvo excepciones, la compra no está claramente separada de la provisión.

Por lo tanto, las combinaciones más interesantes en el papel del Estado y del sector privado se dan en las funciones de financiación y provisión. De acuerdo con este criterio, Rovira¹ estableció un cuadro con las distintas combinaciones público/privado en las funciones de financiación y provisión, que se representa en la Tabla 1.1.

De acuerdo con dicha Tabla 1.1, se dan las siguientes posibilidades de combinaciones público/privado:

1. **Provisión privada y financiación privada.** Correspondería a la forma tradicional de ejercicio libre de las profesiones sanitarias, con pago directo a profesionales

independientes o a instituciones privadas, o bien mediante la contratación de un seguro voluntario.

2. **Provisión privada y financiación pública.** Los conciertos del sector público con hospitales u otros centros privados son el ejemplo más evidente en el caso español.
3. **Provisión pública y financiación privada.** No es frecuente. Se daría el caso cuando un hospital público atiende a un enfermo cubierto por una póliza privada a cargo de la compañía aseguradora.
4. **Provisión pública y financiación pública.** Es el caso de la prestación directamente de los servicios por el sector público, por ejemplo, atención a un beneficiario del Sistema Nacional de Salud en una institución pública.

Para cualquier análisis del sistema sanitario de los distintos países, es importante analizar el estado y alcance de las distintas funciones básicas del sistema sanitario.

Gastos en salud y sus resultados

Las condiciones de salud de las poblaciones difieren significativamente de un lugar a otro. En algunos países subsaharianos, la esperanza de vida al nacer no llega a los 40 años, mientras que, en países con economías de mercado consolidadas, supera los 75 años.

Las diferencias en cuanto a gasto en salud son un punto de partida evidente en la búsqueda de explicaciones a las diferentes condiciones de salud de las poblaciones. A mediados de la década de 1990, el gasto sanitario *per cápita* en muchos países subsaharianos no alcanzó los 10 dólares americanos, mientras que en muchos países desarrollados se superaron los 2500 dólares.

En cualquier caso, el gasto sanitario *per cápita* en un país es directamente proporcional a su nivel de riqueza. A mayor PIB *per cápita*, mayor porcentaje del PIB se dedicará a salud.

Razones que justifican la intervención de los gobiernos en sanidad

Los gobiernos intervienen en sanidad de forma mucho más intensa que lo suelen hacer en otros sectores, superando con mucho su papel regulador, para entrar de lleno en el de aseguradores o provisoros de servicios.

Históricamente, este gran protagonismo de los gobiernos en sanidad se ha explicado por varias razones:

- La **reducción o alivio de la pobreza**.
- Los **bienes públicos**. Muchas intervenciones en el ámbito de la salud pública, como la lucha contra los vectores de enfermedades en grandes zonas o la realización de campañas de información sanitaria, son bienes públicos casi puros, cuyo suministro sólo el gobierno puede garantizar.
- La presencia de **externalidades**. Consecuencias sobre un tercero de comportamientos individuales. El ejemplo típico en sanidad son las vacunaciones: «si yo no me vacuno, puedo adquirir una enfermedad contagiosa, que signifique la transmisión a un tercero (externalidad negativa)»
- Las **deficiencias de los mercados de salud**. En estos casos, se habla de la *selección adversa* de riesgos que podrían practicar los aseguradores privados; de *riesgo moral*,

Tabla 1.1. Distintas formas de combinación provisión/financiación.

		Financiación	
		Privada	Pública
Provisión	Privada	1	2
	Pública	3	4

traspasar a otro los costes; de la asimetría de disponibilidad de información entre médico y paciente, y de la competencia imperfecta entre proveedores.

No obstante, no todo son ventajas en la intervención de los gobiernos. Hay riesgos muy notables:

- **Problemas de eficiencia**, ya que, en general, las administraciones públicas están preparadas para la eficacia y la transparencia, pero no tanto para la eficiencia. Este problema se ve reforzado por la ausencia de competencia en un mercado que, automáticamente, expulsa a los ineficientes.
- **Problemas de personalización de los servicios**. En general, las instituciones públicas tienen un gran problema de personalización de sus servicios. Esto es grave en el sector sanitario, dados los públicos tan variados que utilizan estos servicios, con sensibilidades y culturas muy distintas.
- **Politización**, la tentación que puede tener todo político de utilizar el sistema sanitario para fines ajenos al mismo.
- **Debilidad frente a una actividad sindical excesiva**, que, en muchos casos, pone en cuestión las necesidades de eficiencia.
- **Aparición del hipercorporativismo profesional**, algo muy propio de las empresas públicas.

El establecer los límites de la intervención de los gobiernos en sanidad y el incorporar las ventajas de la acción de los gobiernos, minimizando sus inconvenientes, son los grandes retos de los sistemas sanitarios.

Algunas posiciones básicas sobre los sistemas sanitarios

A continuación, se exponen algunas características comunes a todos los sistemas sanitarios, públicos o privados.



En cualquier sistema de salud, el médico ocupa el lugar central.

El médico ocupa el lugar central en cualquier sistema de salud porque sobre él recae fundamentalmente la facultad de decisión. Esta decisión afecta al tiempo de dedicación a cada paciente, a las pruebas diagnósticas que realizará, al tipo de tratamiento (farmacológico o quirúrgico) que prestará al paciente, a dónde ofrecerá sus servicios (con el paciente ingresado, en régimen de atención domiciliaria, etc.), a los recursos que empleará, etc.

Adicionalmente, la relación médico/paciente es clave para el funcionamiento humanizado del sistema.

Aunque los médicos siempre se quejan de falta de poder, lo cierto es que tienen un inmenso poder de veto sobre las decisiones que les afectan. Cualquier decisión de una empresa sanitaria que afecte a la práctica médica, si los médicos no están de acuerdo simplemente no se cumplirá. Por otra parte, los médicos suelen comportarse de forma muy conservadora ante determinados cambios (incorporación de tecnologías de la información, ciertos cambios en la práctica médica, etc.). Sin embargo, esta actitud conservadora puede llegar a ser impulsio-

ra del cambio si se les convence, en general con intervención de algún líder médico.

Por lo tanto, la primera fuente de eficiencia en cualquier empresa sanitaria es que el médico se sienta responsable ante el enfermo y el sistema (ante los dos, no vale ante un sólo agente), y respaldado por este último.

De ahí que una constante de las reformas sanitarias sea la de reenfocar el papel del médico, tratando de considerarlo no sólo como un «sanador», sino implicándolo en la gestión de recursos. Ésta es la filosofía que subyace en muchos planteamientos de la gestión clínica.

No queremos reforzar un discurso corporativo con esta constatación del papel central del médico en el sistema sanitario. Precisamente, un rol flexible de las profesiones sanitarias es uno de los rasgos de sostenibilidad del sistema, según constata el último informe de PricewaterhouseCoopers². En este sentido, hay que destacar el papel creciente de los enfermeros, incluso en la petición diagnóstica y la prescripción bajo determinadas circunstancias, una tendencia que cada vez se extiende más en muchos países.



Los sistemas de salud tienen una capacidad limitada de producir salud

«La asistencia sanitaria puede contribuir con un 10% a mejorar el grado de salud; el 90% restante depende de la economía, del medio y de la conducta higiénica de cada persona»³.



La promoción de la salud no corresponde únicamente al sistema de salud.

La promoción de la salud representa una actividad intersectorial (educación, vivienda, medio ambiente, defensa, sanidad, etc.) que ha de realizar acciones dirigidas a una población sana. Son los gobiernos los que deben ocuparse de la promoción de la salud; no el sistema sanitario, salvo en la parte alícuota que le corresponda.



Los sistemas de salud universales no han impedido el crecimiento de las desigualdades en salud.

Algunos sistemas sanitarios han conseguido la equidad en la asistencia, pero no la equidad en salud. Esto ocurre en Europa, donde existen servicios públicos de salud de acceso universal prácticamente desde la década de 1950, sin que esta equidad en el acceso haya supuesto la desaparición de las desigualdades en salud. La razón es obvia: los múltiples condicionantes del estado de salud (nivel de riqueza, vivienda, educación, defensa, estilos de vida, etc.). El sistema sanitario es sólo un condicionante, y no el más relevante, en cuanto al nivel de salud⁴.



El fin de la asistencia médica no es sólo salvar vidas

Tabla 1.2 Tipología de los sistemas sanitarios

Tipología	Características principales	Ejemplos
Países con ingresos bajos	<ul style="list-style-type: none"> Elevado gasto privado en medicina tradicional y medicamentos Servicios públicos (de mala calidad) financiados con cargo a impuestos generales Escasos seguros 	Bangladesh, India, Pakistán, la mayoría de los países subsaharianos
Países con ingresos medianos <ul style="list-style-type: none"> Seguros privados Seguros sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios públicos (en general, de mala calidad) para grupos de ingresos medianos y bajos, financiados con cargo a impuestos generales Seguros privados y prestación privada de servicios para los grupos acomodados (menos del 10% de la población) Medidas de salud pública y servicios clínicos (en general, de mala calidad) para los grupos de ingresos bajos financiados por impuestos generales Seguro social para la fuerza del trabajo asalariada, con prestaciones mixtas, financiados mediante cotizaciones 	Sudáfrica y Zimbabwe Costa Rica, Corea y Turquía
Países europeos antes socialistas	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos de baja calidad y en proceso de desintegración, financiados con cargo a los ingresos generales En pleno proceso de reformas 	Polonia, República Checa y Eslovaca, y repúblicas de la antigua URSS
Países con economía de mercado consolidada, excluido Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura universal o cuasiuniversal financiada con cargo a los impuestos o mediante cotizaciones sociales obligatorias 	Todos los países de Europa Occidental, Japón, Australia, Nueva Zelanda, Canadá
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Combinación de seguros privados voluntarios Cobertura pública para determinados colectivos: mayores de 65 años, pobres por debajo de un nivel de renta, minusválidos y veteranos Más de 40 millones de americanos sin cobertura 	

Posee otras valiosas funciones como son reducir la incapacidad del enfermo, mitigar el dolor, hacer las enfermedades más soportables, resolver la incertidumbre, disminuir la inquietud física y emocional, proveer confort, etc. Los sistemas de salud no se legitiman en unos ideales sanitarios y políticos imposibles de crear salud o eliminar desigualdades, sino que se justifican socialmente por el cumplimiento de sus fines reales: cuidar, curar, prevenir, rehabilitar y tranquilizar.



Las diferencias de gasto sanitario entre naciones se corresponden con las diferencias en la renta

De esta manera, se explican más del 90% de las variaciones de gasto sanitario. A más nivel de renta *per cápita*, mayor porcentaje de PIB destinado a sanidad. En este sentido, puede decirse que la sanidad se comporta como un bien de lujo o, como dicen los economistas, con elasticidad mayor de 1. A medida que aumenta la renta, crece en mayor proporción el gasto sanitario.

Tipología de los sistemas sanitarios en el mundo

Aunque se han publicado muchas clasificaciones de los sistemas sanitarios teniendo en cuenta múltiples factores (si hay seguro obligatorio o no, la posición del médico en el sistema, las relaciones aseguradores/proveedores, etc.), nos parece sumamente útil la publicada por el Banco Mundial en 1993⁵, ya que pone el acento en el elemento fundamental que condiciona los sistemas sanitarios: el nivel de desarrollo económico y social de los países.

Según esta clasificación, presentada en la Tabla 1.2, hay cinco grandes tipologías de sistemas sanitarios:

- Países con ingresos bajos.
- Países con ingresos medianos.
- Países europeos antes socialistas.
- Países con economía de mercado consolidada, excluido Estados Unidos.
- Estados Unidos.

La performance de los sistemas sanitarios

En el año 2000, la OMS⁶ evaluó el comportamiento de los sistemas sanitarios, tratando de analizar su *performance**.

Aunque el informe levantó una gran polémica por su metodología de elaboración y, en particular, por la clasificación por países de comportamiento según la *performance* de sus sistemas sanitarios, el informe tuvo una gran influencia, ya que por primera vez se trató de investigar en algo que parecía intuitivamente evidente: los sistemas sanitarios tienen distinto nivel de *performance*, algunos se comportan bien, mientras otros lo hacen de manera muy pobre.

En la lista, el primer país es Francia y el segundo, Italia. España ocupa el séptimo lugar, que es un puesto excelente, lo cual ha sido utilizado por algunos grupos conservadores de nuestro país para oponerse a cualquier cambio.

Para valorar los sistemas de salud, la OMS utiliza en este informe cinco criterios:

- Nivel de salud conjunto.
- Distribución de la salud de la población.
- Capacidad de *responsiveness*** conjunta.
- Distribución de la capacidad de *responsiveness*.
- Distribución de la contribución financiera.

Para cada uno de estos criterios, la OMS aplica distintos medidores.

El esfuerzo de la OMS de medición de la *performance* ha tenido continuación en varias organizaciones, particularmente la OCDE, y en distintos países⁷⁻⁹

Sistemas sanitarios en Europa

En Europa Occidental, por su origen histórico, hay dos tipos de sistemas sanitarios:

- **Países con sistemas de salud basados en seguros sociales.** Su origen es la agrupación gremial obligatoria para la cobertura de la asistencia sanitaria. La financiación de este tipo de sistemas es vía cotizaciones sociales (de empresarios y trabajadores). Ejemplos de estos sistemas se encuentran en Alemania, Austria, Holanda, Bélgica, Francia, Luxemburgo, etc.
- **Países con sistemas de tipología Servicio Nacional de Salud.** En éstos, la cobertura va en función de la simple condición de ciudadano y se financia mayoritariamente vía impuestos generales.

En Europa Occidental, todos los países empezaron con sistemas de tipo seguros sociales. En algunos de éstos, iniciando el proceso el Reino Unido, se produjo una transformación hacia la tipología de Servicio Nacional de Salud.

Ambos sistemas han ido evolucionando, en un proceso de convergencia, a una situación caracterizada por tener un porcentaje elevado de financiación pública en el gasto, así como por ofrecer una cobertura universal o cuasiuniversal.

Características comunes a los sistemas públicos de salud

Hay algunos elementos comunes a todos los sistemas públicos de salud de cobertura universal que conviene retener:



La incertidumbre ante el futuro de la salud está en el origen de los seguros de salud

La incertidumbre ante el futuro de la salud y la voluntad de evitar los cuantiosos gastos que eventualmente puede originar un tratamiento médico están en el origen de los seguros de salud, tanto los públicos como los privados.

En los seguros de salud mediante el pago de una prima (en los privados), o a través de impuestos o cotizaciones sociales (en los públicos), se compran los servicios sanitarios que pueden ser necesarios para los colectivos cubiertos y cuyo pago pudiera ser imposible o extremadamente dificultoso para las economías individuales.

Lo importante es retener que el fenómeno asegurador está absolutamente implantado en la sanidad, si bien siempre quedan áreas o colectivos de pago directo de los servicios sanitarios.



Los sistemas de aseguramiento público de carácter universal son propios de los países industrializados

En todos los países industrializados se han ido desarrollando sistemas de salud de cobertura universal. El origen de estos servicios de salud son los seguros sociales que tuvieron su origen en Alemania, en 1883, a partir de la iniciativa de Bismark.



Los sistemas de salud se están enfrentando a un fuerte crecimiento de los gastos

Los gastos tienden con mucho a superar los crecimientos del PIB, por muy diversas circunstancias: a) la incorporación de nuevas y costosas tecnologías, que permiten utilizar medios diagnósticos y terapéuticos en enfermedades hasta entonces no accesibles al tratamiento médico; b) el envejecimiento de la población, con un aumento del porcentaje de población mayor de 65 años, el mayor consumidor de recursos, y c) nuevas demandas sociales.



Los sistemas de salud públicos de cobertura universal están en crisis

Obviamente, esto no quiere decir que vayan a desaparecer, pero asistiremos a cambios en su fisonomía fundamental. Todos se están planteando reformas en profundidad. El origen de la crisis está en deficiencias internas (ineficiencia, desinforma-

* La palabra *performance* tiene una difícil traducción al español. Tal vez la traducción más correcta sea desempeño. (N. del A.).

** La palabra *responsiveness* podríamos traducirla por sensibilidad. Se refiere a cómo el sistema responde no a las necesidades de salud, sino a aspectos no relacionados con la salud (autonomía, confidencialidad, capacidad de elección de proveedor o instalación, rapidez, acceso a redes de soporte social, respeto a la persona, orientación al cliente)

ción, politización...); horizontes de mayor consumo (nuevas tecnologías, envejecimiento de la población, cambios epidemiológicos...); transformación del paciente en consumidor activo, y cambio del papel del Estado en la sociedad libre y plural actual.

El abordaje de los problemas de los sistemas de salud está en todas las agendas políticas de los países industrializados.

La discusión general de los cambios en el Estado del Bienestar ha introducido el concepto de **sostenibilidad** en el debate de las reformas en el sector sanitario.



El efecto del *moral hazard* riesgo moral en los sistemas de seguros produce hiperconsumo

Según Victor R. Fuchs, probablemente el economista de la salud vivo de mayor prestigio, el *moral hazard* o riesgo moral es la tendencia, una vez que los individuos están asegurados, a consumir más asistencia sanitaria de la que consumirían sin seguro, y más de la que es socialmente óptima¹⁰. Es decir, se produce un aumento de los gastos consecuencia de un incremento de la demanda, típica de los seguros, públicos o privados.



Las listas de espera son una característica de los sistemas públicos de acceso universal

Digamos que la asignación de bienes escasos puede regularse por dos vías: por precios o por colas. Suprimidos los precios, se generan las colas.

Hay listas de espera en prácticamente todos los países con sistemas públicos de libre acceso universal (Canadá, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Suecia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Portugal y España). En cambio, no existen listas de espera en países como Estados Unidos –sin sistema público de acceso universal– o en algunos países europeos en los que la oferta está menos contenida, el nivel de gasto es mayor y el copago actúa en la práctica como un precio (caso de Francia, Bélgica, Alemania, Suiza y Luxemburgo).

El hecho de que consideremos las listas de espera como casi consustanciales con los sistemas públicos de acceso universal, no quiere decir que no sea mucho lo que pueda hacerse para mitigarlas, minimizando sus efectos negativos¹¹. En primer lugar, haciéndolas públicas, y, en segundo lugar, estableciendo tiempos de espera máximos por patologías. Es evidente que no es lo mismo esperar por una patología semibanal que por otro tipo de patología progresiva, invalidante o que genere dolor.



El sistema de costes compartidos se ha mostrado muy eficaz en la reducción de la demanda y el gasto

Los grandes aumentos de la demanda a que conducen los sistemas públicos de acceso universal, y la necesidad de corrección de los efectos del riesgo moral, obligan a pensar en el copago y otras formas de participación del usuario en el coste, particularmente en España, donde el «precio cero» en el momento del servicio (excepto en medicamentos ob-

tenidos por vía receta) representa un estímulo sin frenos al consumo sanitario.

La forma concreta del copago como participación del usuario en el coste consiste en el establecimiento de un pago fijo por servicio. El copago es aplicable a todos los ámbitos de la asistencia: Atención Primaria, consultas de especialistas, hospitalización, farmacia, etc.

Los objetivos del copago son varios: disuadir la demanda innecesaria, obtener recursos adicionales y orientar el consumo (modulando el copago en aquellos procedimientos más coste/efectivos). Por lo tanto, es un error considerar la simple recaudación como la única justificación del copago, lo que debe tenerse en cuenta en su diseño.

El experimento más interesante sobre el copago fue el llevado a cabo con 2000 familias en el período 1974-1979 por la Rand Corporation por encargo del gobierno americano¹². Sus resultados son muy alentadores en cuanto a la disminución de la demanda y el gasto que genera, sin apenas producir problemas de salud (excepto en las capas más pobres).

Así pues, el reto está en introducir un copago que produzca los efectos positivos del mismo, sin efectos negativos sobre la salud, lo que podría lograrse excluyendo del mismo a determinadas capas sociales.

El copago no es un tema fácil. No obstante, hacer énfasis exclusivamente en las dificultades de su implantación está en contradicción con una de las necesidades de la asistencia sanitaria pública: avivar la conciencia del coste en el usuario e introducir medidas que responsabilicen a los ciudadanos con el mantenimiento de su estado de salud.



El debate de las prioridades está en el futuro

Los sistemas de salud de acceso universal se han comportado, en la práctica, sin límites en sus prestaciones. Cualquier nueva mejora tecnológica o asistencial era inmediatamente incorporada al inexistente «catálogo» de prestaciones. La situación fue mantenible durante mucho tiempo, hasta que la gran disparidad entre el crecimiento de los gastos y los recursos disponibles obligó a plantearse esta situación.

En esta línea, se han generado iniciativas para abordar la problemática de las prioridades en varios países (Noruega, Holanda, Suecia). En último término, lo que se persigue es la ordenación de las prestaciones en dos grupos:

- Las que serán financiadas por todos los ciudadanos.
- Las que serán pagadas (total o parcialmente) por cada individuo de su bolsillo.

El racionamiento sanitario no es nuevo: todos los sistemas racionan, bien sea por precio (Estados Unidos), bien sea por listas de espera (Canadá, España y Reino Unido). Se parte de la base de que es mejor el racionamiento explícito que el oculto.

En España, recientemente, se ha hecho público un estudio sobre establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud¹³.

Cámbios más relevantes en Estados Unidos: la asistencia gestionada

El sistema americano, que ya hemos visto es una excepción entre los países industrializados, está basado en un conjunto de seguros

privados, en competencia entre sí, sin subsidios directos por parte del Gobierno. La ayuda pública se produce por incentivos fiscales.

No obstante, hay tres programas públicos:

- **Medicare**, para los mayores de 65 años y americanos discapacitados (es un programa federal).
- **Medicaid**, para aquellas personas sin recursos (es un programa de los Estados).
- **Programa de veteranos**, para los que sirvieron en las fuerzas armadas.

Dichos programas públicos no son anécdotas en el sistema americano. De hecho, representan casi el 50% de los gastos en sanidad en ese país¹⁴.

Las características del sistema sanitario americano son:

- Más de 40 millones de americanos carecen de seguro de enfermedad, y esta cifra está creciendo.
- Gasto elevado, más del 15% del PIB americano se dedica a sanidad.

Para entender lo que significó la asistencia gestionada en Estados Unidos, hay que tener en cuenta el punto de partida del *fee-for-services* (pago por servicios). Bajo esta modalidad, en una aseguradora, el asegurado podía escoger proveedor, éste decidía de forma libre qué se le hacía al paciente y todo esto se facturaba *a posteriori* a la aseguradora, de acuerdo con los precios del proveedor.

La escalada de los gastos sanitarios en Estados Unidos llevó, a finales de la década de 1980, y bajo las presiones del gobierno y de los empresarios (que en Estados Unidos pagan el seguro de salud a sus empleados), a introducir el concepto de *asistencia gestionada*, cuyos principios de funcionamiento, muy distintos a los de *fee-for-services*, son¹⁵:

- **Contratación selectiva de proveedores**, el asegurado ya no puede ir a cualquier proveedor, sino, en principio, a aquellos contratados por la aseguradora.
- **Control y gestión del uso de los recursos**, los proveedores ya no podrán hacer cualquier cosa al paciente, sino que deben someterse a un rígido sistema de autorizaciones.
- **Precios negociados**, la negociación se produce con carácter previo por parte de la aseguradora, ya no hay régimen de precios libres.
- **Participación del riesgo por los proveedores**, ya que una parte del pago es por capitación, de tal forma que los hospitales y los médicos corren un riesgo con relación al uso y al coste del sistema.

Las tarifas más bajas de las empresas de asistencia gestionada produjeron un gran desplazamiento de los asegurados hacia esas empresas.

El efecto inicial de la asistencia gestionada fue una ralentización del crecimiento del gasto sanitario en Estados Unidos, que, sin embargo, ha recuperado su empuje en los últimos dos años.

Aunque, en Estados Unidos, parece inverosímil volver al *fee-for-services* tradicional, la asistencia gestionada recibió mucha contestación social, tanto por parte de los consumidores como de los médicos. Una enseñanza de la asistencia gestionada es el gran rechazo por parte de los consumidores a introducir un intermediario con intereses económicos en la relación directa con el médico. A la mayor parte de los consumidores no les gusta la idea de que una tercera parte, extraña tanto a ellos como a sus médicos, decida lo que ellos necesitan.

Temas integradores de las reformas sanitarias

Ya hemos visto que las reformas sanitarias son casi una constante de los sistemas públicos de acceso universal. Tras la diversidad de estrategias subyacen cuatro grandes temas integradores:

- **El nuevo papel del Estado y del mercado en el sistema sanitario.**

A finales de la década de 1980, varios países europeos empezaron a reconsiderar la estructura de gobierno de sus sistemas sanitarios. Algunas funciones estatales se han ido descentralizando dentro del sector público (administraciones locales o regionales) y otras se han encomendado a la gestión privada.

El mercado privado sanitario está tomando un nuevo papel en el sector sanitario, en lo referente a la prestación de los servicios, e incluso a la financiación de los mismos.

En algunos sistemas sanitarios se combinan elementos propios del Estado con elementos propios del mercado, es decir, se introducen mecanismos de mercado (libertad de elección del consumidor, libertad de contratación del organismo financiador, etc.), pero se mantiene la propiedad y operación de los servicios en manos del sector público.

- **La descentralización del sistema sanitario.**

La descentralización se contempla como un medio para resolver los problemas que han planteado las burocracias públicas centralizadas. Por eso hay una gran tendencia de trasladar gran parte de las competencias sanitarias a administraciones regionales o locales.

Las instituciones descentralizadas pueden presentar las ventajas de ser más flexibles, más innovadoras y responder con mayor rapidez a los cambios del entorno y a las necesidades de los consumidores. Por el contrario, pueden presentar efectos negativos. La propia proximidad del administrado puede ser un obstáculo para la toma de ciertas decisiones.

- **El nuevo papel del ciudadano en términos de dotar de poderes, de derechos y de capacidad de elección del proveedor.**

Los consumidores están reivindicando un mayor papel en cuestiones logísticas (elección de médico y hospital), clínicas (posibilidad de intervenir en la toma de decisiones médicas), así como una mayor participación en la formulación de prioridades para el sistema sanitario.

- **La importancia creciente de la salud pública**

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes son las principales causas de muerte en Europa. Las políticas relativas a áreas como la educación, la política fiscal, el transporte y la agricultura con frecuencia tienen un efecto mayor sobre los niveles de salud que las políticas específicas del sector sanitario, en su componente asistencial.

Una visión de futuro

Nuestra visión del sistema sanitario en el horizonte 2010 viene configurada por los siguientes rasgos:

- **Implicación del ciudadano en el mantenimiento de su propia salud**

La primera constatación sobre los elementos relevantes en el futuro es que los sistemas sanitarios deben orientarse hacia el ciudadano; no sólo al paciente, que lógicamente también, pero en primer lugar hacia el ciudadano.

No hay estrategia de salud a largo plazo, que pueda mantenerse y ser eficaz en sociedades avanzadas, que no sea sobre la base de una implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud.

La base de esta afirmación es que el 80% de la morbilidad se debe a enfermedades crónicas, que el 70% de esta morbilidad corresponde a enfermedades evitables, y que puede retrasarse la aparición de la cronicidad mediante la puesta en marcha de programas que impliquen la participación activa del ciudadano¹⁶.

- **«Poder del ciudadano»**

Creemos que los actuales sistemas sanitarios europeos, en los que gran parte del protagonismo reside en los gobiernos, evolucionarán hacia sistemas más «centrados en los pacientes» y en los que el papel de éstos sea mucho más relevante.

Esto significará:

- En vez de un mundo sanitario de medicina compartimentalizada, los pacientes exigirán «modelos integrados de atención», focalizados en el conjunto de la persona.
- Los pacientes asumirán mayores responsabilidades en el cuidado de su salud y colaborarán más estrechamente con su médico en la toma de importantes decisiones sobre las opciones terapéuticas.
- Los pacientes demandarán que los tratamientos, en particular en enfermedades crónicas, se realicen en un entorno de comodidad. Esto va a significar la aparición del «hogar» como un importante entorno de atención.
- **Nuevo rol de los profesionales**

Al ser el sistema sanitario lo que se entiende por una «empresa del conocimiento», el papel de los profesionales es muy relevante. Estas instituciones valen lo que vale la capacidad y la iniciativa de sus profesionales. Por eso, en los mismos, los aspectos relacionados con la gestión del conocimiento y de las competencias tenderán a ocupar un papel central.

Al mismo tiempo, el «nuevo poder» de los pacientes hará que los profesionales se vean obligados a implicar y hacer partícipes a los mismos de sus decisiones.

- **Importancia de los autocuidados**

En relación con la mayor implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud, creemos que el sistema sanitario del futuro potenciará el papel de los «autocuidados».

Esto requiere educar a los ciudadanos con información y guías, todo bajo el concepto básico de que el ciudadano informado puede:

- Determinar cuándo es necesaria y cuándo no la asistencia de un profesional.
- Comprender la necesidad de mejorar los hábitos de vida (promover la salud).

Hay suficiente evidencia de que los autocuidados contribuyen a una mejor salud y, al mismo tiempo, reducen el uso de los recursos y, por lo tanto, el coste¹⁷.

- **Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación**

El uso de las tecnologías avanzadas de la información y la comunicación será la fuerza de cambio de mayor influencia en la atención sanitaria en la próxima década.

El gran impacto de Internet, la revolución de la información en el siglo XXI, afectará de forma decisiva a los sistemas sanitarios, tanto en los aspectos de su actividad «esencial» –la interacción del paciente con los profesionales sanitarios– como en los de soporte¹⁸.

- **Convergencia tecnológica**

Definimos la *convergencia tecnológica* como la combinación de tecnologías previamente distintas y diferenciadas.

Un hecho de la máxima relevancia será la convergencia de las tecnologías médicas con las tecnologías de la información. La práctica óptima de la medicina en el futuro combinará las intervenciones tradicionales mecánicas, farmacológicas y quirúrgicas con nuevas terapias de base eléctrica, tratamientos biológicos y uso innovador de las tecnologías de la información.

- **Continuidad asistencial**

Uno de los problemas de la asistencia tal y como hoy la conocemos es la fragmentación y compartimentación de la misma. La exigencia de la continuidad asistencial por parte de los pacientes será uno de los rasgos del futuro.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación proveen el sustrato para la formalización de este *continuum* asistencial.

- **Medicina molecular e importancia del genoma humano**

Aunque las consecuencias del proyecto Genoma humano sobrepasarán con mucho esta década, es probable que algunos de sus efectos ya empiecen a notarse en el horizonte 2010.

El proyecto permitirá el mejor conocimiento diagnóstico y la aparición de nuevas terapias, y, en general, orientará la medicina hacia una actividad más predictiva que curativa.

Megatendencias en el sector sanitario

Lógicamente, el intento de identificación de megatendencias en un sector tan complejo como el sanitario no deja de ser un ejercicio de arbitrariedad. Conscientes de ese riesgo, vamos a intentar comentar lo que nos parecen megatendencias del sector, esperando aportar claridad para su comprensión.

Nos parece que las principales megatendencias del sector sanitario son:

1. Sanidad es el sector que más va a crecer de la economía.
2. Cambio demográfico y cambios en los patrones de enfermedad.
3. Gran impacto de las nuevas tecnologías médicas.
4. Gran impacto de la innovación, principalmente relacionada con las tecnologías de la información.
5. Preocupación sobre la calidad.
6. Aparición del «nuevo consumidor».
7. Cambios, pero no radicales, en la forma de prestación de los servicios.
8. Cambios en el paradigma del modelo biomédico.
9. Aparición de la emergente economía de la salud.
10. ¿Un lugar para jugadores globales?

Veamos cada una de estas tendencias.

Sanidad es el sector que más va a crecer de la economía

Los gastos sanitarios están creciendo de forma muy acelerada en todos los países, y lo seguirán haciendo en el futuro. La previsión es que el gasto sanitario en Estados Unidos se sitúe en el 21% del PIB en 2020. Pero, para la misma época, el gasto sanitario en el resto de los países de la OCDE será de media un 16% del PIB (Figura 1.2). Tengamos en cuenta lo que esto significa: pasar del 15% al 21% en Estados Unidos y de en torno al 9% de media al 16% en el resto de los países de la OCDE, quitando Estados Unidos.

¿Qué razones explican este crecimiento del gasto en sanidad? La principal causa es la auténtica avalancha de nuevo conocimiento que se está generando en biomedicina (más de 60 000 citas mensuales en el Medline, la base de datos de publicaciones científicas de Estados Unidos)¹⁹. Este nuevo conocimiento se transforma rápidamente en innovadoras tecnologías diagnósticas y terapéuticas, que permiten resolver determinados problemas de salud, hasta ahora inabordables para la humanidad. Ésta es la causa principal. Aparte de esto, el envejecimiento de la población, las nuevas demandas sociales y una exigencia de mayor calidad también contribuyen activamente a este crecimiento del gasto.

Cambio demográfico y cambios en los patrones de enfermedad

Los cambios demográficos que se están produciendo en el sentido de envejecimiento de la población tendrán su influencia sobre el sistema sanitario, haciendo predominantes las enfermedades crónicas y dando mucho mayor peso a las enfermedades mentales.

Gran impacto de las nuevas tecnologías médicas

El centro de prospectiva *The Institute for the Future*²⁰ ha hecho una evaluación de las tecnologías médicas que tendrán más impacto en esta década, son las que se presentan en la Figura 1.3. Según este análisis, las tecnologías más relevantes en la presente década serán: fármacos de diseño, diagnóstico por la imagen, cirugía mínimamente invasiva, pruebas genéticas y farmacogenética, terapia génica, vacunas, sangre artificial, xenotrasplantes y utilización de células madre.

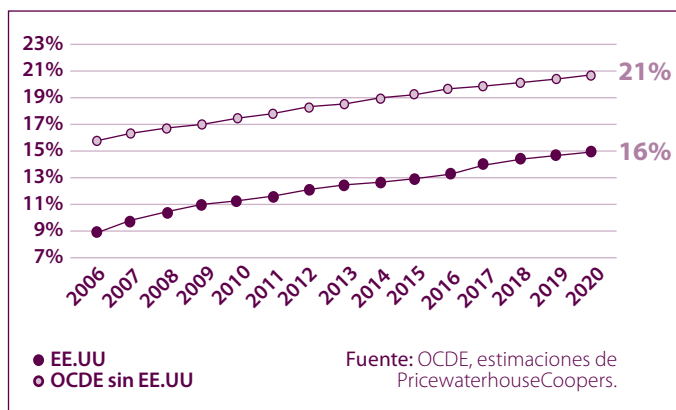


Figura 1.2. El crecimiento del gasto sanitario en la perspectiva del 2020.

Por su parte, Víctor Fuchs²¹ llevó a cabo recientemente una encuesta entre médicos americanos de qué tecnologías habían tenido más relevancia en los últimos tiempos. De entre 30 tecnologías analizadas, se seleccionaron 10 como las de mayor impacto:

1. Resonancia magnética y escáner.
2. Inhibidores de la ECA para tratar la hipertensión arterial.
3. Angioplastia para abrir coronarias bloqueadas.
4. Estatinas para mejorar el metabolismo lipídico y reducir el riesgo de enfermedad coronaria y otras enfermedades vasculares.
5. Mamografía.
6. Bypass de arteria coronaria por injerto.
7. Inhibidores de la bomba de protones y bloqueantes de los receptores H₂ para tratar el reflujo gastroesofágico.
8. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y nuevos antidepresivos no-ISRS
9. Extracción de la catarata e implantación de la lente.
10. Prótesis para el reemplazo de cadera y rodilla.

Gran impacto de la innovación, principalmente relacionada con las tecnologías de la información

Las tecnologías de la información van a revolucionar la práctica médica, particularmente favoreciendo la existencia del paciente informado, posibilitando los contactos profesional-paciente no presenciales, facilitando la información clínica en cualquier momento y entorno asistencial y haciendo posible que el clínico analice e incorpore de forma permanente los últimos avances de la ciencia médica.

Recientemente²² se han analizado las innovaciones de mayor impacto en el sector sanitario. Son las siguientes:

1. Programas de pago por *performance*.
2. Introducción de la historia clínica electrónica en la práctica médica.
3. «Aditivos» a la historia clínica electrónica: dispositivos de codificación, módulos de prescripción electrónica, visitas virtuales y acceso abierto a citas.
4. *Software* facilitador de la prescripción.
5. *Software* que permita el autocuidado, autoservicio y el refuerzo de los consumidores.
6. Monitorización remota *high tech/high touch*, con posibilidades de interactividad para los pacientes.
7. Historias de salud personales con o sin historia clínica electrónica.
8. Programas de *disease management* (gestión de enfermedades crónicas).
9. Movimiento hacia la transparencia.

Preocupación por la calidad

Ejemplificaremos la preocupación por la calidad con dos hechos.

El primero es la publicación por parte del *Institute of Medicine* de su famoso informe²³ sobre los errores médicos, en el que demuestra que en Estados Unidos se producen más muertes por errores médicos en hospitales que por accidentes

**FÁRMACOS DE DISEÑO**

Desarrollados identificando la estructura física y composición química de la diana y diseñando moléculas que actúen sobre la misma.

**DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN**

Avances en todas las áreas: origen de la energía, tecnología de detección, análisis de imágenes y tecnologías de visualización.

**CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA**

Avances en la tecnología de la fibra óptica, miniaturización de instrumentos y sistemas de navegación en catéteres.

**PRUEBAS Y MAPAS GENÉTICOS**

La detección de predisposición genética ofrece las bases para iniciar medidas preventivas. Se han desarrollado pruebas para detectar casi 500 enfermedades

**TERAPIA GÉNICA**

Introducción artificial de material genético que reemplaza genes eliminados o defectuosos. Hay más de 2000 pacientes a escala mundial en ensayos clínicos.

**VACUNAS**

Nuevos usos de vacunas en enfermedades no infecciosas. Se prevé un gran potencial para prevenir cánceres relacionados con virus.

**SANGRE ARTIFICIAL**

La FDA ha aprobado recientemente productos con hemoglobina sintética, que parecen pueden ser un sustitutivo ideal de las transfusiones sanguíneas.

**XENOTRASPLANTES**

Evitaría la limitación de órganos y abordar por esta terapéutica otras enfermedades como diabetes y Parkinson.

**UTILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE**

La magnitud e impacto de la utilización de células madre va a ser enorme en los próximos años. Los primeros éxitos tendrán lugar con piel y huesos, y seguidamente con órganos y tejidos.

Figura 1.3. *Tecnologías médicas de mayor impacto en esta década²⁰.*

de tráfico o por cáncer de mama. Sus resultados se exponen en la Figura 1.4.

El segundo es la aparición en una famosa revista médica²⁴ de un artículo en el que se demuestra que pacientes adultos americanos reciben como media el 55% de la atención recomendada en enfermedades muy comunes. Los hallazgos fundamentales del artículo se presentan en la Figura 1.5.

Aparición del «nuevo consumidor»

Según el Departamento de Trabajo americano, podrían definirse como «nuevos consumidores» aquellos que tuvieran al menos dos de las siguientes características: a) experiencia con las tecnologías de la información (como poseer un ordenador); b) más de un año de educación superior, y c) ingresos familiares superiores a 50 000 euros/año. Este «nuevo consumidor» tendría una actitud ante los servicios sanitarios distinta a la del tradicional «paciente», y más parecida a la de un exigente cliente.

Según estos criterios, más del 50% de los usuarios de los sistemas sanitarios son nuevos consumidores, también en nuestro medio.

Cambios, pero no radicales, en la forma de prestación de los servicios

Con este enunciado, queremos decir que no se vislumbra la aparición de ninguna organización sanitaria que sea capaz de sustituir a las consultas médicas individuales y a los hospitales como formas predominantes de provisión en sanidad.

Sin embargo, aparecerán nuevas formas asistenciales, complementarias y en gran parte sustitutivas de las anteriores: servicios médicos *online*, e-visitas, desarrollo de la telemedicina, aparición

de organizaciones focalizadas especializadas en un determinado problema de salud, etc.

Manteniéndose las formas tradicionales de atención, habrá un cierto desplazamiento de la actividad presencial por actividad y seguimiento a distancia, aprovechando las posibilidades de las nuevas tecnologías.

Cambios en el paradigma del modelo biomédico

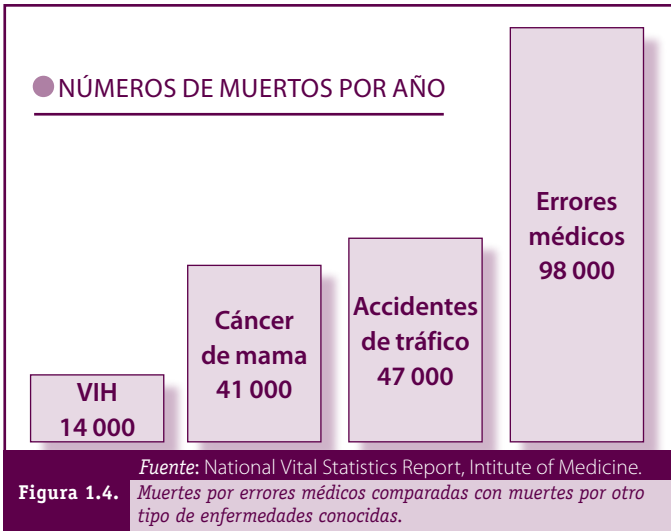
Estos cambios tratan de representarse en la Tabla 1.3, en la que se contemplan los cambios desde la atención episódica, centrada en la curación, pagada por acto, dirigida por el profesional y desde una perspectiva curativa a los nuevos paradigmas, que pone énfasis en la gestión de enfermedades crónicas, el seguimiento, el rol del paciente y la medicina predictiva.

Aparición de la emergente economía de la salud

Este concepto incorpora la idea de que no hay mayor impulsor del crecimiento económico en esta década que el concepto de salud y

Tabla 1.3 *Cambios en el modelo biomédico.*

Modelo biomédico	Futuro
Atención episódica	Gestión de enfermedades crónicas
Objetivo: curación	Control y adaptación a la enfermedad, cuando no es posible la curación
Pago por acto	Suscripción
Proceso liderado por el proveedor del servicio	Proceso liderado por el consumidor
Medicina curativa	Medicina predictiva

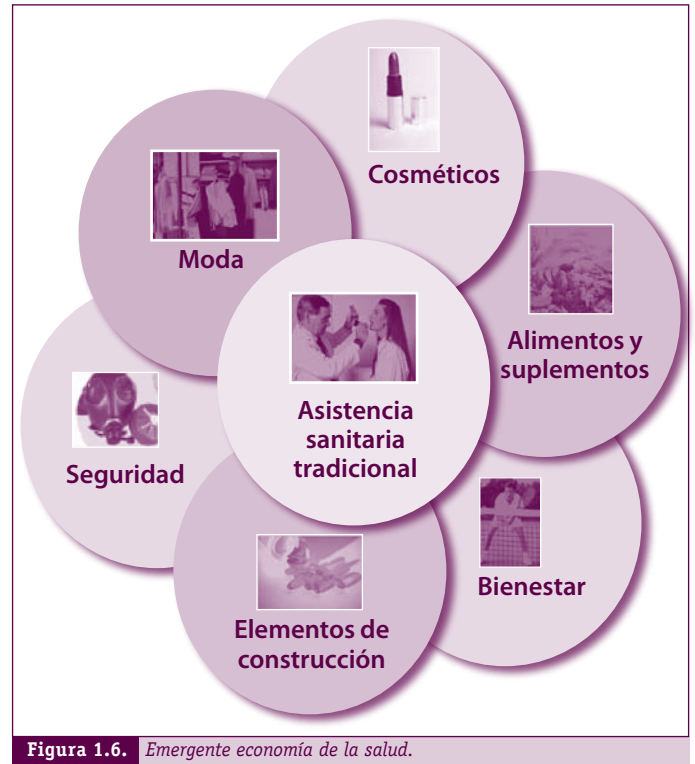


los productos y servicios vinculados a este concepto, por encima de la biotecnología, de la tecnología de comunicaciones inalámbricas o la nanotecnología.

Alrededor del sistema sanitario tradicional, que, como hemos visto, seguirá creciendo de forma muy pronunciada, surgirán nuevos productos y servicios relacionados con la salud en sentido amplio: elementos del bienestar (*wellness*), productos dietéticos, productos cosméticos, sistemas de protección, etc. Esta idea trata de expresarse en la Figura 1.6.

Se producirán varios fenómenos en torno a esta emergente economía de la salud: los consumidores europeos seguirán utilizando los servicios sanitarios tradicionales a través de la forma del tercer pagador (el seguro sanitario, sea público o privado), y, al mismo tiempo, accederán a los nuevos productos y servicios de salud pagando con dinero de su bolsillo.

Por otra parte, empresas del sector sanitario empiezan a incorporar a su oferta productos y servicios no tradicionales relacionados con la salud, así como también empresas no vinculadas al sector salud se están adentrando en estos terrenos.



¿Un lugar para jugadores globales?

Hasta ahora, en el sector sanitario, las únicas compañías globales eran las farmacéuticas y de equipamiento electromédico. Las compañías aseguradoras y proveedoras de servicios sanitarios actuaban en mercados locales. Se decía que las especificidades regulatorias y de relaciones con los profesionales eran tan determinantes que las compañías globales no podían aportar valor. No sabemos si esta situación estará empezando a cambiar.

Los defensores del nuevo papel de compañías globales en el ámbito del seguro y la provisión sanitaria dicen que el elemento diferencial de competitividad será cada vez más la innovación, y que estas compañías globales están en disposición más favorable de introducir la innovación que las compañías locales.

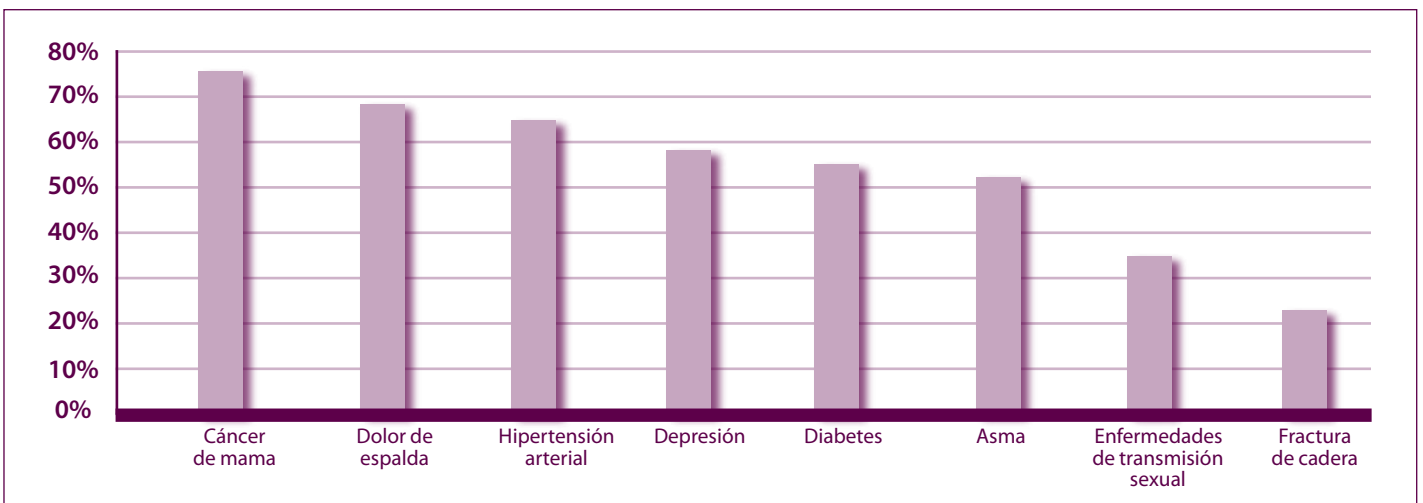




Figura 1.7. Principales compañías proveedoras o aseguradoras sanitarias con operaciones internacionales.

Lo que es cierto es que hay determinadas compañías de seguros sanitarios y de provisión que tienen operaciones internacionales, según podemos ver en la Figura 1.7.

Sistema sanitario español

Atributos generales del sistema sanitario español

El sistema sanitario español, aunque tiene su origen, como todos los europeos, en un sistema de tipología de seguros sociales, evolucionó, sobre todo a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, hacia un sistema con las características de Servicio Nacional de Salud (aunque se prefirió denominar Sistema Nacional de Salud, para hacer énfasis en su carácter y vocación de descentralización, evitando el paralelismo con el entonces hipercentralizado *National Health Service* británico).

Aparte del sector público, existe un relativamente amplio y dinámico sector privado. Aproximadamente un 12% de la población tiene doble cobertura, a partir de aseguradoras privadas. También existe una potente red hospitalaria de provisión privada.

Principales características del sistema

En cuanto al estado de salud



Unos buenos indicadores generales de salud

Si tenemos en cuenta los indicadores clásicos de salud, entre éstos la esperanza de vida, nuestro nivel de salud es excelente, y puede situarse entre los mejores del mundo.

Estos buenos indicadores generales de salud se ponen de manifiesto en el análisis comparativo de la esperanza de vida al nacer en los distintos países de la OCDE, tal y como se pone de manifiesto en la Tabla 1.4.

Otros indicadores, como la esperanza de vida a los 65 años (para ambos sexos), la mortalidad infantil, o los años

potenciales de vida perdidos antes de los 70 años en mujeres y varones, confirman esta buena situación.



Una morbilidad propia de país desarrollado

Las causas de muerte en España tienen el perfil de un país desarrollado: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes, como causas fundamentales. Nada que ver, por lo tanto, con el perfil propio de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo: desnutrición o enfermedades infecciosas o parasitarias.

Las principales causas de muerte en 2002 fueron ²⁵: enfermedades cardiocirculatorias (31.5%), cáncer (28.3%) y causas externas (5.7%).

En cuanto a la tipología general del sistema



Un sistema con tipología Servicio Nacional de salud, muy descentralizado

La tipología general de nuestro sistema sanitario es la de un Servicio Nacional de Salud. Recordemos que ésta es una de las tipologías fundamentales de organización de los servicios públicos de salud en Europa. Las principales características del español son:

- **Pertenencia al mismo en función de la condición de ciudadano**, no por pertenecer a un gremio específico, como en los de tipología seguros sociales.
- **Financiación predominantemente pública vía impuestos**, y no por cotizaciones sociales. Desde 1988, hubo un cambio sustancial de financiación, por el cual perdía peso la financiación vía cotizaciones de trabajadores y empresarios para adquirir el peso fundamental la aportación del Estado.
- **Predominio de provisión pública**. Al revés que los sistemas de seguros sociales, en los que gran parte de la provisión está en manos de instituciones privadas (con o sin ánimo de

Tabla 1.4. Esperanza de vida al nacer (2004).

Países	Mujeres	Varones
Francia	83.8	76.7
España	83.8	77.2
Suecia	82.7	78.4
Italia	82.5 (2000)	76.6 (2000)
Canadá	81.9 (2000)	76.7 (2000)
Bélgica	81.4 (2000)	75.1 (2000)
Alemania	81.4	75.7
Grecia	81.4	76.6
Reino Unido	80.2 (2000)	75.4 (2000)
Portugal	80.0 (2000)	73.2 (2000)
Dinamarca	79.9	75.2
Estados Unidos	79.5 (2000)	74.1 (2000)

Fuente: OECD Health Data; 2006.

lucro), en España, gran parte de la provisión es pública, es decir está organizada y gestionada por el sector público (no sólo financiada). En España, es de gestión pública directa el 70% de las camas hospitalarias y, con muy pocas excepciones situadas fundamentalmente en Cataluña, toda la Atención Primaria.

- **Sistema muy descentralizado.** Iniciándose en Cataluña en 1981 y culminando para todas las comunidades autónomas a partir de 2002, todos los servicios sanitarios públicos en nuestro país están gestionados por las comunidades autónomas.



Cobertura universal

En España, el sistema sanitario público tiene una cobertura universal o cuasiuniversal. En esto, está alineado con los sistemas de salud de los países industrializados, con la excepción de Estados Unidos.

El 99% de la población tiene cobertura pública, a través del sistema obligatorio.

Aproximadamente el 12% de la población tiene, además, cobertura privada, con lo cual tiene doble cobertura.

Esta situación de cobertura pública universal delimita el papel del sector privado, que puede ser del siguiente tipo:

- **Complementario**, áreas de actividad no cubiertas por el sistema público. Dada la amplia cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, este papel queda restringido a muy pocas actividades: cirugía plástica, cirugía ocular refractiva y pocas cosas más.
- **Sustitutivo**, cuando en vez de elegir el sistema público, se elige el privado. Dado el carácter obligatorio del sistema público, sólo los funcionarios del Estado pueden elegir, a través del Mutualismo Administrativo, como veremos más adelante.
- **Alternativo**, posibilidad de utilizar alternativamente el sistema público o el privado. Accesible al porcenta-

je de población con doble cobertura, por disponer de una póliza privada. También a los que, en un momento dado, deciden acudir al sistema privado, sin cobertura de seguro, pagando los honorarios de su bolsillo.



Un sistema de tipología «integrado»

Se llaman *sistemas integrados* cuando la financiación, compra y provisión de servicios no están claramente separadas en cuanto a dependencias. Nuestro sistema público tiene las características de un sistema «integrado» y las recientes transferencias a las comunidades autónomas han contribuido a reforzar esta característica.

Los meritorios, innovadores y parciales esfuerzos de cambio en la forma de gestión que se han puesto en práctica en algunas comunidades autónomas (Cataluña, entre otras) no han cambiado sustancialmente esta situación.



Un sistema generoso en las prestaciones

La amplitud de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y la práctica ausencia de copago (sólo presente en la prestación farmacéutica, y con notables excepciones y bolsas de fraude) configuran a nuestro sistema como uno de los más generosos, si no el que más, de la OCDE.

La pregunta es si esto es mantenible, asegurando los niveles de calidad y sin que los gastos en sanidad representen un porcentaje inasumible sobre el producto interior bruto (PIB), dado nuestro valor de renta.

Es fácil mantener la actual amplitud de las prestaciones degradando la calidad o impulsando al alza el gasto sanitario. Nos preguntamos si cualquiera de estos escenarios es asumible por nuestra sociedad.

En cuanto a la financiación



Financiación predominantemente pública

El 70.9% del gasto sanitario en España es público. España se mueve en una razón por debajo de la mayoría de los países europeos en cuanto a financiación pública sobre gasto sanitario total, tal y como se pone de manifiesto en la Tabla 1.5.



Un gasto sanitario en relación con nuestro nivel de riqueza

El gasto sanitario en España viene a corresponder a un 8% del PIB. Es, por tanto, más bajo que la media de los países de la OCDE, que está en torno a un 9%. Esto es utilizado por algunos analistas y grupos políticos como una demostración de que España gasta menos en sanidad de lo que debería. Lo que no se tiene en cuenta es que en análisis de gastos en sanidad no vale comparar porcentajes: hay que comparar porcentajes con niveles de renta. A mayor nivel de renta *per cápita*, mayor porcentaje de gasto sanitario en relación con el PIB. Cuando se hace una recta de regresión comparando estos elementos (gasto sanitario en porcentaje del PIB y renta *per cápita*) en

Tabla 1.5 Porcentaje de financiación pública sobre gasto total en salud (2004).

Países	Porcentaje de gasto público
Reino Unido	85.5
Suecia	84.9
Dinamarca	82.9 (2002)
Francia	78.4
Alemania	78.2 (2003)
Italia	76.4
Portugal	71.9
Bélgica	71.1 (2003)
España	70.9
Canadá	69.8
Grecia	52.8
Estados Unidos	44.7

Fuente: OCDE Health Data; 2006.

los países de la OCDE, vemos que España está, más o menos, a la altura de gasto sanitario que le corresponde²⁶.

El porcentaje de PIB dedicado a sanidad en un grupo seleccionado de países de la OCDE se presenta en la Tabla 1.6.



Bajo nivel de participación en el gasto en el momento del servicio (bajo nivel de copago)

España es uno de los países de la Unión Europea con menor copago en los servicios sanitarios públicos: sólo existe el 40% en medicamentos expedidos por receta para activos. Sin embargo, las numerosas excepciones que existen a ese 40% (enfermos crónicos, pacientes de SIDA, etc.), la exclusión de los pensionistas y, la bolsa que existe por la utilización fraudulenta de las recetas de los pensionistas²⁷ hacen que ese 40% se convierta en no más del 8% del gasto público en medicamentos financiados por medio del copago.



Un alto porcentaje de gasto farmacéutico sobre gasto sanitario total, que coexiste con un bajo gasto en medicamentos *per cápita*

España es uno de los países de la OCDE con más alto porcentaje de gasto farmacéutico sobre gasto sanitario total (Tabla 1.7). Esta realidad hay que contrastarla con el hecho de que, al mismo tiempo, España es uno de los países de Europa con los precios de medicamentos más baratos, así como con un consumo farmacéutico *per cápita* de los más bajos de los países de la Unión Europea (Tabla 1.8).

En cuanto a recursos

Tradicionalmente, y de forma simplificada, se decía que teníamos un sistema sanitario con pocas camas, muchos médicos y pocos enfermeros y dentistas. Esta situación está cambiando. Veamos cada apartado.

Tabla 1.6 Porcentaje del PIB dedicado a sanidad (2004).

Países	Porcentaje del PIB
España	8.1
Reino Unido	8.3
Italia	8.4
Dinamarca	8.9
Suecia	9.1
Canadá	9.9
Grecia	10.0
Portugal	10.0
Bélgica	10.1 (2003)
Francia	10.5
Alemania	10.9 (2003)
Estados Unidos	15.3

Fuente: OECD Health Data; 2006.

Tabla 1.7 Porcentaje de gasto farmacéutico sobre gasto sanitario total (2004).

Países	Porcentaje de gasto farmacéutico
Portugal	23,2
España	22,8
Italia	21,4
Francia	18,9
Canadá	17,7
Grecia	17,4
Reino Unido	15,8 (2000)
Alemania	14,6 (2003)
Suecia	12,3
Estados Unidos	12,3
Bélgica	11,3
Dinamarca	9,4

Fuente: OECD Health Data; 2006.



Pocas camas

España es de los países de la Unión Europea con menos camas por 1000 habitantes. Esta situación no significa que estemos defendiendo una política masiva de apertura de nuevas camas. De hecho, en los países de la Unión Europea con más camas (Dinamarca y Alemania) se está produciendo una reducción significativa del número de camas, y el auge de las alternativas a la hospitalización tradicional (cirugía mayor ambulatoria, hospitalización de día, hospitalización domiciliaria, etc.) hace que exista una tendencia en todo el mundo a la reducción del número de camas, tendencia de la que no puede excluirse nuestro país, a pesar del bajo número de camas de partida.

La situación de las camas de agudos por 1000 habitantes en algunos países de la OCDE se refleja en la Tabla 1.9.

Tabla 1.8 Gasto farmacéutico per cápita (2003) en dólares estadounidenses

Países	Gasto farmacéutico per cápita
Dinamarca	272
Grecia	322
Suecia	339 (2002)
España	401
Alemania	436
Italia	498
Canadá	507
Francia	606
Estados Unidos	728

Fuente: Health at a Glance, OECD, 2005

Tabla 1.9 Camas de agudos por cada 1000 habitantes(2004).

Países	Camas de agudos
Suecia	2.2
Estados Unidos	2.8
España	2.8 (2003)
Portugal	3
Canadá	3 (2003)
Dinamarca	3.3 (2003)
Reino Unido	3.6
Italia	3.7 (2003)
Grecia	3.8 (2002)
Francia	3.8
Bélgica	4.8
Alemania	6.4

Fuente: OECD Health Data; 2006.

>> Muchos médicos

Hasta hace poco, España era uno de los países del mundo con más médicos por 1000 habitantes. Los efectos del *numerus clausus* mantenido en nuestras Facultades de Medicina han ido modificando esta situación²⁸, hasta el punto de que en el momento actual España está por debajo del número de médicos por 1000 habitantes en relación con muchos países europeos (Tabla 1.10)

Tabla 1.10 Médicos por cada 1000 habitantes (2004).

Países	Número de médico
Canadá	2.1
Reino Unido	2.3
Estados Unidos	2.4
Portugal	2.5 (2003)
Dinamarca	3 (2003)
Suecia	3.3 (2003)
España	3.4
Alemania	3.4
Francia	3.4
Bélgica	4
Italia	4.2
Grecia	4.9

Fuente: OECD Health Data; 2006.

>> Pocos enfermeros

Había un patrón típico en Europa. En los países del norte de Europa, había muchos enfermeros y pocos médicos, mientras que, en los mediterráneos, se daba el patrón inverso: muchos médicos y pocos enfermeros. Aunque en España esta situación se está corrigiendo y no es ya tan llamativa como en Italia o Grecia, todavía respondemos en parte a este patrón (Tabla 1.11).

>> Un número bajo de dentistas

A pesar del esfuerzo tan impresionante que se ha hecho en nuestro país de creación de Facultades de Odontología, en términos comparativos, nos encontramos con un índice bajo de dentistas por 1000 habitantes entre los países de la OCDE (Tabla 1.12)

En cuanto a utilización

>> Un alto nivel de inmunización

Las tasas de inmunización para difteria, tétanos, tos ferina y sarampión en niños son de los más altos de los países de la OCDE²⁹

>> En términos relativos, una frecuentación alta de consultas médicas y una baja frecuentación hospitalaria

La baja frecuentación hospitalaria tiene sin duda su razón de ser en la baja razón de camas por 1000 habitantes (Tabla 1.13). Más difícil es explicar la alta frecuentación de consultas

Tabla 1.11 Enfermeros por cada 1000 habitantes (2004).

Países	Número de enfermeros
Grecia	3.8 (2002)
Portugal	4.4
Italia	5.4 (2003)
España	7.4
Francia	7.5
Estados Unidos	7.9 (2002)
Reino Unido	9.2
Alemania	9.6
Dinamarca	9.7 (2003)
Canadá	9.9
Suecia	10.3 (2003)

Fuente: OECD Health Data; 2006.

Tabla 1.12 Dentistas por cada 1000 habitantes (2002).

Países	Número de dentistas
Reino Unido	0.4
España	0.4
Portugal	0.5
Italia	0.5
Estados Unidos	0.6
Canadá	0.6
Francia	0.7
Alemania	0.8
Dinamarca	0.9
Suecia	0.9
Grecia	1.1

Fuente: OECD Health Data; 2003.

médicas (Tabla 1.14), muy llamativamente por encima del resto de los países de la OCDE.



Una estancia media hospitalaria relativamente alta

La estancia media en hospitales de agudos es relativamente alta, en relación con otros países de la OCDE, como puede observarse en la Tabla 1.15.

En cuanto a las características generales del modelo asistencial



Una potente red hospitalaria, predominantemente pública

Tabla 1.13 Altas hospitalarias por cada 1000 habitantes (2003).

Países	Días en camas de agudos
Portugal	7 818
Canadá	8 828
España	10 893 (2002)
Estados Unidos	11 712 (2002)
Italia	14 053
Grecia	16 095 (2000)
Dinamarca	19 741
Alemania	20 164
Reino Unido	23 659
Francia	25 110 (2002)

Fuente: Health at a Glance. OECD; 2005.

Tabla 1.14 Número de consultas per cápita (2003)

Países	Número de consultas
Suecia	2.9 (2001)
Reino Unido	5.2
Italia	6.1 (2000)
Canadá	6.2 (2001)
Francia	6.9 (2002)
Dinamarca	7.3
Bélgica	7.8 (2002)
Estados Unidos	8.9
España	9.5

Fuente: Health at a Glance. OECD; 2005.

A pesar de lo que hemos dicho en cuanto al número de camas hospitalarias en España, en nuestro país existe una potente red hospitalaria de agudos, en general bien dotada de medios técnicos, con alta cualificación del personal y altamente eficaz.

La red es pública de forma predominante, ya que el 70% de las camas hospitalarias son públicas. Sin embargo, esta proporción se invierte en Cataluña, donde son públicas en torno al 30%, siendo las restantes concertadas, si bien muchas de éstas están constituidas por consorcios con participación de ayuntamientos, es decir, aunque en muchas de éstas exista gestión privada, en realidad, son también públicas.

En general, con algunas excepciones, son públicos los grandes hospitales de referencia y universitarios.



Una potente red de Atención Primaria, basada en centros de salud

La organización de la Atención Primaria pública en España está basada en los centros de salud (edificios o lugar en donde

Tabla 1.15 Estancia media en camas de agudos (2003).

Países	Estancia media
Dinamarca	3.6
Suecia	4.8 (2002)
Francia	5.6
Estados Unidos	5.7
Grecia	6.2 (2000)
Reino Unido	6.7
Italia	6.8 (2002)
España	7 (2001)
Canadá	7.4 (2002)
Bélgica	7.7 (2001)
Alemania	8.9

Fuente: Health at a Glance. OECD; 2005.

se ejerce la asistencia) y en equipos de Atención Primaria (conjunto multidisciplinar de profesionales, formado por médicos y enfermeros, fundamentalmente). Los centros son públicos y los profesionales son empleados públicos. Esto es atípico en Europa, donde la Atención Primaria se ha formado por evolución natural de la práctica médica y está constituida por profesionales independientes que mantienen un contrato con el sistema público. Ésta es la situación que se da incluso en países con Servicio Nacional de Salud, como el Reino Unido.



La Atención Primaria como puerta de entrada al sistema público (papel de *gate-keeper* o «portero»)

España es de los países de Europa en los que la Atención Primaria actúa como puerta de entrada al sistema sanitario público. Digamos ahora que hay algunos países en los que la Atención Primaria cumple este papel (Reino Unido y España), mientras que en otros no lo ejerce y hay acceso directo al especialista (caso de Francia, aunque esta situación se está modificando con las últimas reformas)³⁰.

En general, esta circunstancia se valora muy positivamente y se considera uno de los puntos fuertes del sistema. Una Atención Primaria bien organizada, con un papel de *gate-keeper*, puede hacer mucho por la continuidad asistencial y por la racionalidad de la asistencia.

Determinantes no médicos de la salud



El consumo de tabaco es un importante problema de salud

España es uno de los países de la OCDE donde más se fuma, tal y como puede verse en la Tabla 1.16.



También el consumo de alcohol es alto

En términos relativos, España es también uno de los países de la OCDE donde más alcohol se consume (Tabla 1.17).

Tabla 1.16 Porcentaje de adultos que fuma diariamente (2004).

País	Porcentaje de fumadores
Canadá	15.0
Suecia	16.2
Estados Unidos	17.0
Portugal	20.5 (2000)
Francia	23.0
Italia	24.2 (2003)
Alemania	24.3 (2003)
Reino Unido	25.0
Dinamarca	26.0
Bélgica	27 (2003)
España	28.1 (2003)

Fuente: Health. Data; 2006.

Tabla 1.17 Consumo en litros de alcohol per cápita (población mayor de 15 años) (2004)

País	Consumo per cápita
Suecia	6.5
Canadá	7.9 (2003)
Italia	8 (2003)
Estados Unidos	8.4 (2003)
Grecia	9.2 (2002)
Alemania	10.1
Bélgica	10.7 (2003)
Dinamarca	11.4
Portugal	11.4 (2003)
Reino Unido	11.5
España	11.7 (2003)
Francia	14.0 (2003)

Fuente: OECD Health Data; 2006.



El sobrepeso es un problema creciente

Aunque sin alcanzar los niveles de epidemia grave que está tomando en Estados Unidos, o en el Reino Unido y Canadá, el sobrepeso es un problema creciente en nuestro país (Tabla 1.18).

Componentes del sistema sanitario español

Es importante tener claro que el sistema nacional de salud, constituido por los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas, no es todo el sistema sanitario, que está formado por un complejo entramado de instituciones públicas y privadas, tal y como queda reflejado en la Figura 1.8. De la misma manera

Tabla 1.18 Porcentaje de varones mayores de 15 años con índice de masa corporal superior a 30 (población obesa) (2004).

País	Porcentaje con sobrepeso
Italia	9 (2003)
Francia	9.5
Dinamarca	9.5 (2000)
Suecia	9.8
Bélgica	12.7
Portugal	12.8 (2000)
Alemania	12.9 (2003)
España	13.1 (2003)
Canadá	22.4
Reino Unido	23
Estados Unidos	30.6 (2002)

Fuente: OECD Health. Data; 2006.

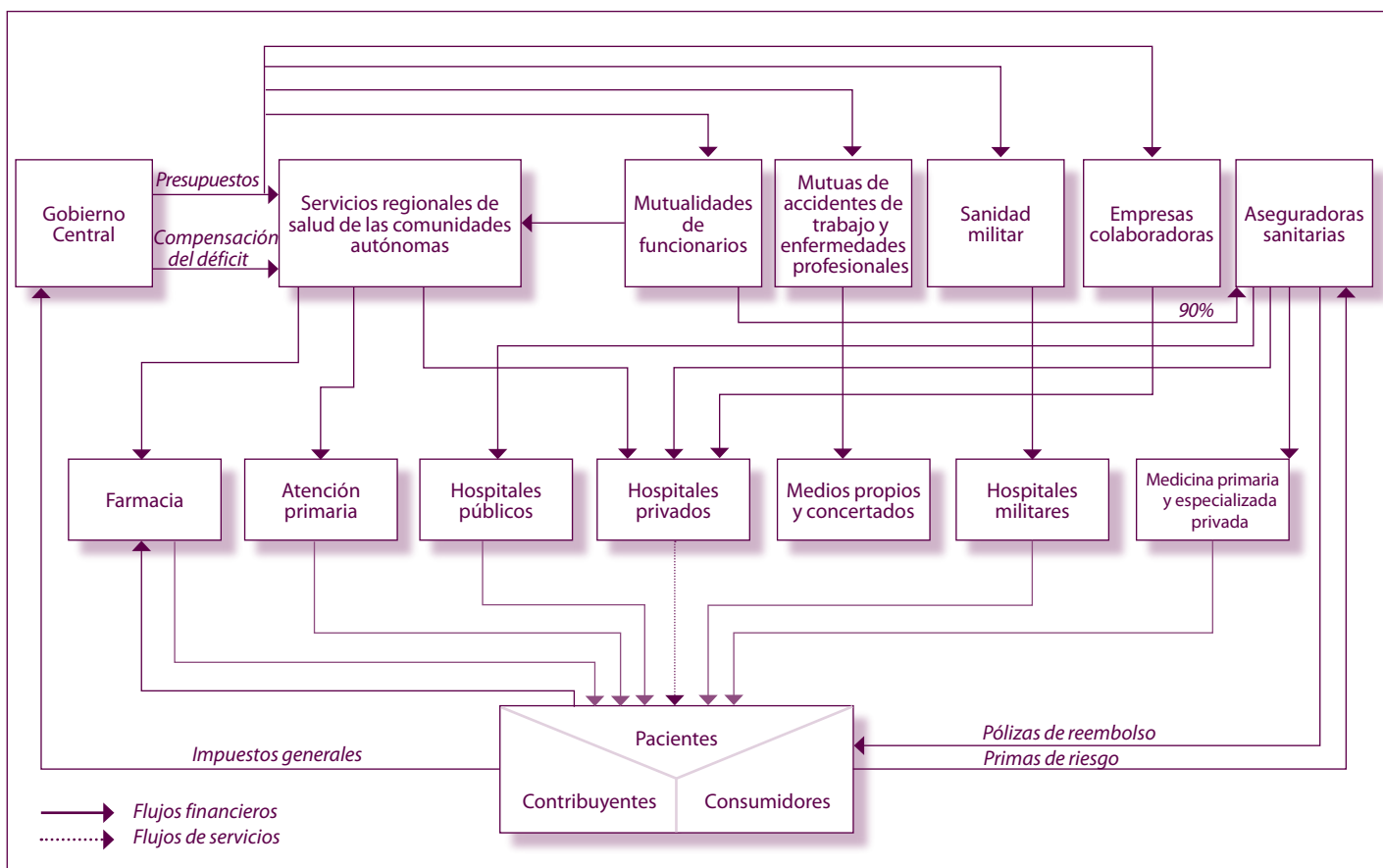


Figura 1.8. Componentes del sistema sanitario español.

que el sistema sanitario es una parte del más amplio sector salud.

Para una aproximación conceptual más rigurosa del papel del sector público y de la iniciativa privada en el sector sanitario, veámoslo desde el juego de las distintas funciones en el sector, en el caso español. Analicemos las distintas combinaciones de financiación, compra y provisión, asumiendo que la planificación y la regulación son públicas.

En la Tabla 1.19, se presentan las distintas combinaciones público/privado que pueden darse en nuestro sistema sanitario.

Sector público: Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud, aunque es una realidad muy evidente, no tiene personalidad jurídica propia, ni una estructura de gestión específica. Está formado por los servicios de salud de las comunidades autónomas.

El Sistema Nacional de Salud ofrece servicios sanitarios a través de sus medios propios o, de ser insuficientes, por medios ajenos, a través de la prestación concertada.

Prestación por medios propios

Esto ocurre en la totalidad de la Atención Primaria (bien por el sistema tradicional de los médicos generales o por el nuevo y ya muy generalizado de los centros de salud y los equipos de Atención Primaria). Solamente en algunas áreas de Cataluña

existe prestación de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud por medios ajenos, en régimen de convenio con el sistema público.

Prestación por medios concertados

En cuanto a la prestación de servicios hospitalarios, en gran parte, se hace por medios propios (los hospitales de la antigua red de la Seguridad Social, en primer lugar, y otros públicos). No obstante, dado que los hospitales públicos son insuficientes para atender a las necesidades del Sistema, se recurre también a la utilización de hospitales privados. Para ello, existen diferentes regímenes de concertación en las distintas comunidades autónomas, así como convenios singulares.

Perspectivas del Sistema Nacional de Salud

El futuro del Sistema Nacional de Salud es crítico para la evolución de conjunto del sector, dada su importancia. Hay que tener en cuenta que el Sistema Nacional de Salud representa la parte del león de los gastos sanitarios.

Sobre el Sistema Nacional de Salud recae el peso fundamental de la asistencia sanitaria en nuestro país. No obstante, hay gran coincidencia en que el Sistema Nacional de Salud tiene graves problemas derivados de su rigidez administrativa, irresponsabilidad burocrática, ineficiencias, incentivos perversos, politización y desánimo del personal sanitario. Todo ello requiere un proceso de reforma, en la línea de dar mayor protagonismo al paciente, y autonomía y res-

* El artículo 149.1.16^a atribuye al Estado las funciones de «bases y coordinación general de la sanidad». El alcance y las funciones de la coordinación general de la sanidad, como rol diferenciado del establecimiento de las bases, fueron ratificados por Sentencias del Tribunal Constitucional (32/83 y 43/83).

Tabla 1.19 Combinaciones público/privado en el sistema sanitario español.

Financiación	Compra	Provisión	Ejemplos	Peso relativo
Pública	Pública	Pública	Paciente del SNS que es atendido en una institución pública	Es la forma más común de prestación de servicios sanitarios en nuestro país
Pública	Pública	Privada	Paciente del SNS que es atendido en una institución privada, mediante un concierto	Muy frecuente, funciona así todo el régimen concertado, particularmente hospitalario. Hay que tener en cuenta que sólo el 70% de las camas hospitalarias son públicas
Pública	Privada	Pública	Rara, pero existe. Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente del Mutualismo Administrativo («sistema MUFACE») que opta por una aseguradora, en los raros casos en que la aseguradora utiliza el sector público (para determinadas prestaciones, p. ej: trasplantes) • También la utilización del sector público por parte de mutuas de accidentes de trabajo 	Peso escaso
Pública	Privada	Privada	Mutualismo Administrativo con opción de aseguradora, con provisión por medios privados; Entidades colaboradoras y mutuas de accidentes de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • El Mutualismo Administrativo cubre a 2.1 millones de funcionarios, el 85% de los cuales opta por una aseguradora • Entidades colaboradoras • Mutuas de accidentes de trabajo (enfermedad profesional y accidente laboral) cubren en torno a 9 millones de trabajadores
Privada	Pública	Pública	Prácticamente no existe	
Privada	Pública	Privada	Prácticamente no existe	
Privada	Privada	Pública	Es rara pero existe, cuando una aseguradora utiliza el sistema público por carecer de esa prestación	Excepcional
Privada	Privada	Privada	<ul style="list-style-type: none"> • Seguros sanitarios voluntarios • Sistema de pago directo sin seguro 	Más de 4 millones de ciudadanos están cubiertos con una póliza privada (doble aseguramiento)

ponsabilidad a los centros del Sistema. Es ésta una reforma que periódicamente se anuncia, pero cuya complejidad, dificultad y coste político no escapan a nadie.

Fuerzas centrífugas y centrípetas en el Sistema Nacional de Salud

El hecho de las recientes transferencias a todas las comunidades autónomas ha hecho plantearse a algunos si el Sistema Nacional de Salud seguirá siendo un sistema o irá evolucionando hacia un conjunto heterogéneo de subsistemas, en el que los elementos comunes sean mínimos³¹.

Esta pregunta es pertinente, ya que aunque, según la Constitución de 1978, corresponden a la Administración central del Estado el establecimiento de las bases y la coordinación general de la sanidad*, lo cierto es que la *realpolitik* parece decir que por mucho artículo constitucional que pueda esgrimirse, es difícil mantener la influencia sin un presupuesto. Y el presupuesto está casi totalmente descentralizado en las comunidades autónomas.

Aunque es pronto para contestar a la pregunta de si el Sistema Nacional de Salud seguirá siendo un sistema, no parece arriesgada la respuesta dada por Juan del Llano* de que esto

va a depender del equilibrio entre las fuerzas centrífugas y las fuerzas centrípetas.

Entre las fuerzas centrífugas destacan:

- Voluntad de diferenciación de los servicios autonómicos por motivos políticos.
- Disparidades en la calidad y en el acceso a las mismas prestaciones.
- Diferencias en los recursos financieros *per cápita*, por la distinta capacidad de recaudación mediante recargos impositivos y el diferente punto de partida.
- Limitaciones del Fondo de Cohesión Sanitaria, destinado sólo a financiar desplazados, sin margen para utilizarse como compensador de desigualdades y de pérdidas de equidad.
- Dificultades de comparación y de evaluación de la equidad, por falta de homogeneidad en la información.
- Dispersión de regímenes de personal y retribuciones.
- Heterogeneidad en los sistemas de gestión y aprovisionamiento y en la utilización de los recursos privados.

* Juan del Llano, intervención en el desayuno organizado por BearingPoint el 19 de enero de 2005

Entre las fuerzas centrípetas podríamos señalar:

- Funcionamiento de los órganos de coordinación liderados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Consejo Interterritorial y comisiones especializadas) y de las iniciativas de cooperación entre comunidades autónomas.
- Influencia de los problemas de fondo compartidos, que aconsejan dar respuestas convergentes a la demanda creciente de cantidad y calidad de las prestaciones
- Problemas financieros comunes.
- Presiones de los colectivos profesionales.
- Influencia de los proveedores de medicamentos, productos, bienes y servicios.
- Sensibilidad de los ciudadanos-pacientes a las desigualdades comparativas.
- Implantación de garantías en el seno de la Unión Europea sobre prestaciones y acceso a los servicios.
- Planes integrales de salud.

El subsector de la concertación privada desde el sistema público

Aunque hay varios tipos de proveedores privados concertados con el sistema público (laboratorios, gabinetes radiológicos, etc.), realmente, el gran peso de la provisión privada concertada corresponde a la hospitalización.

Son privadas el 30% de las camas en España. Aparte del sector público, los potenciales clientes de estos hospitales proceden de las aseguradoras sanitarias, de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de empresas colaboradoras y pacientes privados, que pagan de su bolsillo. Lógicamente, la combinación de cada uno de esos orígenes varía mucho en cada hospital privado. Algunos se dedican más a trabajar lo que reciben vía concierto con el sistema público, mientras que otras se dedican más a las aseguradoras o al sector privado puro.

Hasta hace poco, las clínicas privadas tenían una propiedad familiar o de un grupo reducido de médicos. Aunque todavía hay muchas de ese tipo, estamos asistiendo en nuestro país a la consolidación de redes hospitalarias privadas. Las redes hospitalarias privadas o están vinculadas con aseguradoras (ADESLAS y ASISA tienen redes hospitalarias) o pertenecen a grupos independientes de las aseguradoras (CAPIO antes, Ibérica de Diagnóstico y Tratamiento, USP, Grupo Quirón, Grupo NISA, Hospitén, etc.)

Perspectivas del sector provisor privado

Tras unos años en los que se cerraron muchas clínicas privadas (décadas de 1970 y 1980), el sector hospitalario privado parece estar conociendo un auge. Hay un fenómeno nuevo: el gran interés de las empresas de capital riesgo en invertir en el sector, así como la constitución de potentes grupos de hospitales privados, no vinculados a aseguradoras.

El subsector que, con financiación pública, participa en el servicio público, aunque con formas de organización privada

Hay tres grandes grupos de actividad que actúan bajo esta forma:

- Mutualismo Administrativo.
- Las Empresas colaboradoras.

- Mutuas de accidentes de trabajo.

Mutualismo Administrativo

Los funcionarios en España constituyen el único colectivo que puede optar, en un marco de financiación pública, entre recibir asistencia por el Sistema Nacional de Salud o por entidades privadas.

Esta asistencia se presta a través de MUFACE (para los funcionarios civiles del Estado³², MUGEJU (para los funcionarios de la Administración de Justicia)³³ e ISFAS (para los miembros de las Fuerzas Armadas)³⁴. Hay que tener en cuenta que sólo pertenecen al Mutualismo Administrativo los funcionarios de la administración central del Estado, no los de las comunidades autónomas o entidades locales, salvo que hubieran sido transferidos del Estado, en cuyo caso pueden mantener esa opción a título individual.

El Mutualismo Administrativo no ha organizado servicios sanitarios propios, basándose en el sistema de conciertos con los servicios regionales de salud o con aseguradoras privadas (ASISA y ADESLAS son las aseguradoras que más miembros del Mutualismo Administrativo tienen entre sus afiliados).

La proporción de funcionarios que opta por una entidad de seguros privados es muy elevada. El porcentaje de cobertura vía entidades privadas se sitúa por encima del 85%.

Perspectivas del Mutualismo Administrativo

A lo largo de los años, el Mutualismo Administrativo ha demostrado que es capaz de ofrecer, al mismo tiempo, un alto grado de satisfacción a sus usuarios y un coste más bajo que el sector público.

Lo más probable es que este sistema va a seguir desempeñando un papel en el futuro del sector. Tal vez para ello necesite un esfuerzo de legitimación. Esto sólo puede pasar por ventajas desde el punto de vista de calidad y coste, y, al mismo tiempo, porque esta opción no quede circunscrita a los funcionarios, sino que se abra a otros colectivos.

Empresas colaboradoras

Determinadas empresas pueden ser autorizadas para cubrir las contingencias de sus trabajadores respecto a enfermedad común y accidente laboral. Esta forma de autoaseguramiento no se considera como seguro privado de asistencia sanitaria, sino como colaboración en la gestión de la Seguridad Social (artículo 208 de la Ley General de la Seguridad Social).

Las empresas que se acogían a esta posibilidad financiaban el sistema a partir de un descuento de la cuota de la Seguridad Social. Naturalmente, esto cambió cuando el sistema sanitario empezó a financiarse por impuestos generales.

El sistema inicialmente cubría a unas 500 000 personas. Algunas grandes empresas que estaban en este régimen (ONCE y Telefónica) optaron por salirse.

Perspectivas de las empresas colaboradoras

Aunque los planteamientos del sector de los servicios médicos de las empresas colaboradoras han mantenido el sistema en la Comunidad de Madrid (que era donde más presencia tenía), todo parece indicar que ésta es una fórmula residual de prestación de la asistencia sanitaria.

Mutuas de accidentes de trabajo

Las empresas tienen la obligación de asegurar a sus trabajadores frente a las contingencias de enfermedad profesional y accidente laboral, ambas circunstancias no cubiertas por el régimen general de la Seguridad Social.

Esto pueden hacerlo o bien a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en cuyo caso actuarán, como prestadores de servicios, los servicios regionales de salud) o, lo que es más común, afiliándose a algunas de las mutuas de accidentes de trabajo, que son asociaciones de empresarios, constituidas con el objeto de colaborar con la cobertura de estas contingencias, bajo la dirección, tutela y vigilancia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Son entidades que se forman para que las empresas asuman mancomunadamente el coste de la protección ante los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. No persiguen fines de lucro.

Actualmente, y tras un proceso de concentración, existen 27 mutuas³⁵, aunque sólo algunas concentran la mayor parte de la actividad (FREMAP, Asepeyo, La Fraternidad e Ibermutuamur).

Perspectivas de las mutuas de accidentes de trabajo

El papel de las mutuas de accidentes de trabajo ha sido reforzado de manera importante en los últimos tiempos, por dos circunstancias: la posibilidad de que asuman la prestación económica de los casos de incapacidad temporal y su papel en el control de los casos de bajas por dicha incapacidad.

El sector de las mutuas es un sector empresarialmente consolidado y sólido, y cuyo papel en el futuro del sistema sanitario parece asegurado.

El subsector de las aseguradoras sanitarias bajo el régimen de doble cobertura

De los más de 6 millones de personas que están cubiertas a través de un seguro de asistencia sanitaria, algo más de 2 millones son funcionarios por el sistema de opción a través del Mutualismo Administrativo, y más de 4 millones han contratado directamente su póliza. Estos últimos tienen, por lo tanto, doble cobertura.

Las razones que llevan a algunas personas a contratar una póliza de asistencia sanitaria, a pesar de tener ésta cubierta por el sistema público, son las siguientes:

- Obtener una atención más personalizada.
- Acceso directo al especialista.
- Más derecho de opción de médicos y hospitales.
- Evitar las listas de espera para determinadas intervenciones.
- Pago de la prima, total o parcialmente, como un beneficio en especie por parte de la empresa en la que trabaja el asegurado.

De las numerosas compañías que operan en el sector, tres de ellas, ASISA, SANITAS y ADESLAS, acaparan más del 55% del mercado. Esto quiere decir que el mercado del seguro sanitario en España está dominado por las compañías aseguradoras especialistas en salud, ya que las tres citadas sólo tienen actividad

en salud. Las compañías aseguradoras generalistas han tenido grandes dificultades para entrar en este sector.

Por la tipología del seguro, hay dos grandes grupos:

- **Seguro de reembolso de gastos**, minoritario, que sigue la lógica del negocio asegurador y limita el compromiso de la empresa a reembolsar con posterioridad los gastos que el asegurado haya pagado por la asistencia recibida y que él mismo ha de buscarse en caso de enfermedad. En España, esta modalidad absorbe menos del 5% del negocio asegurador sanitario.
- **Seguro de prestación de servicios médicos**. Integra la función aseguradora con la provisión de servicios, de tal modo que la compañía se obliga con sus asegurados a la prestación de determinados cuidados (según la cobertura de la póliza) y con ello se convierte en organizador y responsable de esa atención sanitaria, sea con medios propios o concertados.

Perspectivas de las aseguradoras sanitarias privadas

En España, tenemos un seguro sanitario privado de bajo precio, muy influido por el hecho del seguro obligatorio. El precio aproximado para un matrimonio de edad media (40-50 años), con dos hijos pequeños, está entre 170 y 200 euros/mes. Esto incluye prestaciones similares a las del sistema público, excepto los medicamentos. El precio es significativamente menor de lo que cuesta un seguro de estas características en cualquier país europeo, como Alemania. Hasta ahora, se contaba con que, en determinadas situaciones, los asegurados acudirían para problemas graves al seguro público. Esto está cambiando en la actualidad, lo que obligará a cambiar también los precios y los servicios dados por las aseguradoras privadas.

Hasta la fecha las aseguradoras jugaban con extensos cuadros médicos y de clínicas, que eran prácticamente los mismos para todas las aseguradoras, lo que hacía a los productos de las mismas difícil de distinguir para los clientes.

Una parte del futuro de las aseguradoras sanitarias depende de decisiones políticas en cuanto al enfoque de la situación actual del doble aseguramiento. Son muy difíciles las perspectivas de un crecimiento significativo en número de afiliados bajo el régimen de doble cobertura*. Por ello, las aseguradoras están explorando otras opciones: introducirse en el terreno de los provisos (en particular para prestaciones no cubiertas por el sistema público: clínicas dentales, etc.), prestar servicios a la tercera edad o posicionarse ante las perspectivas de una regulación del seguro de dependencia.

Subsector privado puro

Bajo esta denominación englobamos la actividad asistencial en la que el proveedor (hospital, médico...) se relaciona directamente con el paciente, sin intermediación de ninguna entidad aseguradora, sea pública o privada.

Se trata de una actividad cuyo volumen total en términos económicos es difícil de evaluar, si bien tiene carácter minoritario, ya que el fenómeno asegurador está absolutamente enraizado en sanidad.

* Desde una perspectiva internacional, el carácter sustitutivo o adicional del seguro sanitario privado es el elemento estratégicamente más relevante para su desarrollo, tal y como se pone de manifiesto en el reciente informe de PricewaterhouseCoopers: Healthy choices: the changing role of the health insurer, 2006.

Comprende tanto la actividad médica en consultorios individuales, como la hospitalización de pacientes privados.

Prácticamente todas las clínicas privadas tienen un porcentaje de este tipo de pacientes. Incluso hay unos pocos hospitales privados (La Luz Rúber, en Madrid, por poner algunos ejemplos) cuya actividad fundamental es con pacientes privados «puros». Son fenómenos muy aislados y propios de grandes ciudades.

Perspectivas del subsector privado «puro»

A pesar de su carácter minoritario y de la extensión del fenómeno asegurador en sanidad, siempre habrá espacio para una actividad de estas características, y determinados «nichos» de población o de tipología de actividad médica en la que este tipo de ejercicio puede florecer, aunque siempre en términos minoritarios. Nos referimos a la actividad en consultorios privados para determinadas especialidades médicas (Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría...), a la hospitalización para capas de población muy determinadas, o a prestaciones especialmente mal cubiertas desde el sector asegurador, sea público o privado (la actividad oncológica integral puede ser un ejemplo).

Análisis DAFO del sistema sanitario español

Los análisis DAFO, el análisis de las fortalezas y de las debilidades internas, junto con las oportunidades y amenazas del entorno, se utilizan mucho en los análisis estratégicos. Aunque dichos análisis suelen hacerse para instituciones y no tanto para sistemas, vamos a intentar aplicar esta metodología al sistema sanitario español, partiendo y modificando en parte el ejercicio ya hecho por Julián García Vargas y Juan del Llano³⁶.

El ejercicio lo hacemos para el conjunto del sistema sanitario, no sólo para el Sistema Nacional de Salud.

El enfoque metodológico es contemplar al sistema sanitario de acuerdo con la matriz DAFO, representada en la Figura 1.9.

Fortalezas

- Personal bien formado.
- Gestores con experiencia creciente y aceptación progresiva, por parte del personal, de enfoques empresariales.
- Red asistencial con buena dotación tecnológica.
- Gasto sanitario total que permite un crecimiento en la medida en que la economía siga creciendo.
- Lista de prestaciones amplia.
- Equidad básica de acceso.



Figura 1.9. Matriz DAFO.

- Diferencias de calidad todavía dentro de límites asumibles.
- Oferta privada dispuesta a cooperar con los servicios públicos.
- Participación cada vez mayor en los debates del sistema sanitario de otros agentes del sector, hasta entonces fuera del mismo (empresas de equipamiento sanitario, empresas farmacéuticas, etc.).
- Creciente interés por el sector sanitario de inversores privados y empresas de capital riesgo.
- Proceso de consolidación y de fortalecimiento empresarial tanto del sector asegurador privado como del proveedor, con aparición de redes hospitalarias privadas de alcance nacional.

Debilidades

- Marco organizativo y de gestión obsoleto.
- Catálogo de prestaciones no priorizadas ni valoradas en términos de efectividad y eficiencia.
- Servicios poco orientados a objetivos de salud.
- Gran y creciente peso del gasto farmacéutico en el gasto sanitario total.
- Política de relaciones laborales muy rígida.
- Sindicatos poco dispuestos a impulsar o aceptar los cambios de renovación del sistema.
- Escasa orientación al paciente.
- Escasa participación de los ciudadanos en la toma de decisiones con práctica inhibición de los ayuntamientos en este papel.
- Escasa conciencia entre la población del creciente gasto sanitario y de la necesidad de introducir medidas de contención de su crecimiento.
- Integración insuficiente de niveles asistenciales.
- Largas listas de espera, tanto para hospitalización como para consultas o pruebas especiales.
- Poco desarrollo de los servicios sociosanitarios y sociales.
- Indefinición de las relaciones público-privado y deficiente integración del sector privado en el sistema.
- Mal sistema de aprovisionamiento y de relaciones con los proveedores: múltiples sitios de contratación, grandes retrasos en el pago y encarecimiento del suministro.

Oportunidades

- Transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas, con lo que representa de posibilidad de surgimiento de distintos polos de innovación, riqueza de modelos y emulación.
- Desarrollo a ámbito nacional de la sociedad de la información, que influirá en el sistema sanitario, impulsando la implantación de tecnologías de la información (e-salud).
- Profesionales mejor formados.
- Usuarios y pacientes más informados.
- Impulso de la Unión Europea, por la necesidad de que el sistema sanitario se relacione con otros sistemas sanitarios europeos.
- Colaboración en la modernización del sistema del conjunto de empresas sanitarias del cluster de salud.

Amenazas

- Ausencia de impulso político para abordar determinadas acciones de modernización del sistema.
- Envejecimiento de la población y aumento de los problemas sociosanitarios.
- Aumento de las enfermedades derivadas de los hábitos de vida.
- Sobredemanda de servicios y exigencias de mayor calidad y confort.
- Encarecimiento de la tecnología y de los medicamentos innovadores.
- Demanda de nuevas prestaciones.
- Dificultad para encontrar fuentes de financiación complementarias.

Como suele decirse en estrategia, el éxito del sistema sanitario como organización vendrá dado por la explotación de las fortalezas, la neutralización de las debilidades, el aprovechamiento de las oportunidades y la superación de las amenazas. Todo un reto para los políticos sanitarios, para los gestores, para las empresas que actúan en el sector y para la población en general.

Tendencias estratégicas del sector sanitario en España

En la Tabla 1.20 tratamos de representar las tendencias estratégicas del sector sanitario en nuestro país. Distinguimos entre cinco tipos de tendencias: marco político general, aspectos generales de organización, medidas de contención del gasto, reformas en el sector público y cambios en el sector privado.

Marco político general

- Crecimiento del gasto sanitario

Todas las previsiones no sólo nacionales sino internacionales hacen ver que el gasto sanitario continuará creciendo, hasta alcanzar un porcentaje significativamente mayor del PIB que en el momento actual. En algunas publicaciones so-

bre previsiones se manejan cifras superiores al 30% del PIB dedicado a sanidad en las próximas décadas³⁷. Parece algo extraordinario, pero, visto en perspectiva, ¿quién les iba a decir a los norteamericanos, que en el año 1960 dedicaban el 5.1% del PIB a sanidad, que en el momento actual iban a superar el 15%?

- Consolidación de una cierta diferencia en las comunidades autónomas como consecuencia de las transferencias

La *Ley de Cohesión y Calidad* pretendía precisamente mantener unos ciertos criterios comunes de actuación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (básicamente, catálogo de prestaciones, determinados niveles de calidad homogéneos y garantía de movilidad de profesionales), pero, quitando en el mejor de los casos estos elementos, la dinámica de las transferencias nos lleva a que vayan consolidándose ciertas diferencias en la forma de gestión y abordaje de los problemas, lo cual no es necesariamente malo, ya que puede significar el nacimiento de distintos polos de innovación y la riqueza de modelos.

- Escenario de privatización

El aumento del gasto sanitario va a dar protagonismo al sector privado en el ámbito del aseguramiento, siguiendo la estela de otros países europeos (Alemania, Holanda..). Por otra parte, la necesidad de mejorar la eficiencia en provisión llevará al aumento de colaboración con el sector sanitario privado desde el sector público.

Aspectos generales de organización

- Incorporación de herramientas de gestión con la filosofía de gestión integral de servicios sanitarios

El predominio de las enfermedades crónicas hace que haya una tendencia general a la superación de la gestión de instituciones aisladas, para avanzar hacia una gestión de base poblacional. Los cambios que se están produciendo en algunas comunidades autónomas, como Aragón, Extremadura, Andalucía, Comunidad Valenciana o Galicia, van en esa línea.

Tabla 1.20 Tendencias de futuro en el sector sanitario español.

Ámbito	Tendencia
Marco político general	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del gasto sanitario • Consolidación de una cierta diferencia en las comunidades autónomas como consecuencia de las transferencias • Escenario de privatización
Aspectos generales de organización	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de herramientas de gestión con la filosofía de gestión integral de servicios sanitarios • Énfasis en los sistemas de información
Medidas de contención del gasto	<ul style="list-style-type: none"> • Escenario de copago • Escenario de contención del gasto farmacéutico
Reformas en el sector público	<ul style="list-style-type: none"> • Reformas en el sector público en la línea de empresarialización • Mayor colaboración con el sector privado
Cambios en el sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación del proceso de concentración del sector asegurador privado • Concentración en el sector provisor privado • Nuevas formas de prestación de servicios

- Énfasis en los sistemas de información

Los sistemas de información, entendidos no tanto como ayuda a las actividades de soporte de las empresas sanitarias (gestión económica, gestión de recursos humanos, logística...) sino como elementos fundamentales para la realización de la actividad *core* del sector sanitario, (la interacción profesional/paciente), tendrán un importante desarrollo. Nos referimos a aplicaciones del tipo historia clínica electrónica, prescripción electrónica o estación de trabajo médico o de enfermería.

Medidas de contención del gasto

- Escenario de copago

Aunque el tema del copago en el momento actual es un tema políticamente tabú en España, no es menos cierto que nuestro país es uno de los países europeos con menor copago, ya que, como hemos visto, existe solamente para medicamentos no hospitalarios y con numerosas excepciones. Si duda, la necesidad de modular el consumo sanitario hará que el tema del copago forme parte de las propuestas de futuro.

- Escenario de contención del gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico está creciendo en los últimos años de forma más acelerada que el gasto sanitario total. Partimos de la base de que los componentes del gasto no tienen por qué crecer todos al mismo ritmo, sino en la medida en que aportan valor al sistema. Si los medicamentos aportan más valor al sistema que otros componentes del gasto, es razonable que su ritmo de crecimiento sea más alto. Sin embargo, el crecimiento del gasto farmacéutico ciertamente acelerado y el hecho de que el gasto en medicamentos represente un porcentaje sobre el gasto sanitario total de los más elevados de los países de la OCDE harán, sin duda, que se introduzcan medidas de contención del mismo, actuando tanto sobre la demanda como sobre la oferta.

Reformas en el sector público

- Reformas en el sector público en la línea de empresarialización

La mayor parte del sector sanitario público es un conjunto no de empresas públicas, sino una parte de la Administración Pública. Se da así la circunstancia de que instrumentos administrativos, pensados para otros fines, tienen que gestionar centros sanitarios sometidos a todo el dinamismo de cambios organizativos, tecnológicos, de modalidades asistenciales, etc., algo verdaderamente imposible. Por eso, desde algunos ámbitos responsables del sector sanitario público, se está favoreciendo una «huida del derecho administrativo» para pasar al régimen de gestión privada,

aún con titularidad pública, bien bajo la forma de empresas públicas, fundaciones o consorcios.

- Mayor colaboración con el sector privado

Tradicionalmente, en el sector sanitario, la colaboración entre el sector público y el privado eran los conciertos para actividad quirúrgica. Esto se mantiene. Sin embargo, en los últimos tiempos, están surgiendo nuevas formas de colaboración público/privada: financiación privada de infraestructuras públicas (hospitales de las comunidades de Madrid, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Baleares y Asturias), asignación de un área a una aseguradora sanitaria (en la Comunidad Valenciana), etc. Todo hace pensar que ésta será una tendencia que se reforzará en el futuro.

Cambios en el sector privado

- Continuación del proceso de concentración del sector asegurador privado

Ya hemos visto que ha habido un proceso de concentración muy notable en el sector asegurador sanitario privado. Nada hace pensar que este proceso vaya a detenerse. Al contrario, la tendencia del sector asegurador en general es a la concentración. En España, hay 312 aseguradoras inscritas de todos los ramos en el 2006, frente a las 320 registradas en el 2004. Tanto la tendencia al crecimiento de las grandes compañías, como las nuevas reglas económicas y normativas sobre solvencia, avalan esta tendencia.

- Concentración en el sector provisor privado

El sector provisor privado, aparte de las consultas individuales de los médicos y de las redes hospitalarias vinculadas a órdenes religiosas o a entidades sin ánimo de lucro (como la Cruz Roja), o pertenecientes a aseguradoras sanitarias (caso fundamentalmente de ADESLAS o ASISA), estaba constituido por un conjunto de hospitales aislados, en general, fundados por un médico o grupo de médicos y propiedad en gran parte familiar o de pequeños grupos. Esta situación se está modificando rápidamente, para dar lugar al nacimiento de redes hospitalarias no vinculadas a aseguradoras, como es el caso de Ibérica de Diagnóstico y Cirugía (adquirida por la empresa CAPIO), USP o el Grupo Quirón. Todo parece indicar que las necesidades de financiación, de renovación de la gestión y de refuerzo de las capacidades de interlocución con los aseguradores harán que se refuerce esta tendencia.

- Nuevas formas de prestación de servicios

Hay una tendencia que tuvo su origen en Estados Unidos, pero que ahora también se percibe en Europa, que consiste en el nacimiento de organizaciones focalizadas³⁸, centros u hospitales especializados en una patología o grupo de pacientes, algo que está teniendo auge especialmente en el sector privado: centros oftalmológicos, dentales...

LECTURAS RECOMENDADAS

Health and Healthcare 2010. *The Forecast, the Challenge*. 2º ed. The Institute for the Future, Jossey-Bass, 2003.

(Un análisis de prospectiva del sistema sanitario. Desde la perspectiva norteamericana, pero muy interesante).

Health at a glance. *OECD Indicators 2005*. OECD, 2005.

(Este documento y, en general, las bases de datos de la OCDE son las fuentes más fiables para comparaciones internacionales de los sistemas sanitarios).

HealthCast 2020. *Creando un futuro sostenible*. PricewaterhouseCoopers, 2005.

(Se trata de un análisis del futuro del sector a escala global, desde la perspectiva de la sostenibilidad. Incorpora experiencias de países de los cinco continentes).

Healthy choices: the changing role of the health insurer. PricewaterhouseCoopers, 2006.

(Un análisis comparativo en varios países de los seguros sanitarios privados).

Porter ME, Olmsted Teisberg E. *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press, 2006.

(La visión del sistema sanitario por parte de uno de los grandes teóricos de la estrategia de las organizaciones).

Rico A, Sabés R. *Sistemas sanitarios en transición: España*. Observatorio Europeo de Servicios Sanitarios, 2001.

(Un documento muy completo sobre el sistema sanitario español).

The OECD Health Project. *Towards high-performing health systems*. OECD, 2004.

(Analiza los esfuerzos de medición de la *performance* en varios países, así como algunos procesos de reforma sanitaria).

Un sistema sanitario sostenible. Madrid: Círculo de Empresarios; 2006.

(Interesante análisis de los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario español).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rovira J. Alternativas de provisión pública y privada en un sistema de financiación pública
Libro de Ponencias del Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria.
Madrid; 1987. p. 167- 183.
- 2 HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible. PricewaterhouseCoopers; 2005.
- 3 Surgeon general report on health promotion and diseases prevention. EE.UU; 1979.
- 4 Crombie IK. Closing the health gap: an internacional perspective. World Health Organization; 2005.
- 5 Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud. Banco Mundial; 1993.
- 6 The World Health Report 2000, Health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
(<http://www.who.int/health-systems-performance/whr2000.htm>)[consulta: 11 de octubre de 2006]
- 7 J.L. Murria and DB. Evans Health Systems Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism) Geneva, World Health Organization, 2003
- 8 National Report on Health Sector Performance Indicators 2003
A report to the Australian Health Minister's Conference Noviembre de 2004
- 9 Towards High-Performing Health Systems OECD, 2004
- 10 Fuchs VR. The future of health policy.
Harvard University Press; 1993. p. 32-33.
- 11 Tackling hospital waiting: the 18 week patient pathway. An implementation framework.
National Health Service; 2006.
- 12 Newhouse P. Free for all?
Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press; 1993.
- 13 Del Llano J. Polanco C. Garcia. S. ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español
Fundación AstraZeneca; 2004.
- 14 Smith C *et al.*
National health spending in 2004: recent slowdown led. Prescription Drug Spending.
Health Affairs 2006; 25 (1): 186-196.
- 15 Woods D.
The future of the managed care industry. The Economist Intelligence Unit; 1997.
- 16 Fries J *et al.* Beyond Health promotion: reducing need and demand for medical care.
Health Affairs 1998; 17(2):70-84.
- 17 Fries J *et al.*
Op, cit.
- 18 Goldsmith J. How will the Internet change our health system?
Health Affairs 2000; 19(1):148-156.
- 19 Goldsmith J. Medicina Digital
PricewaterhouseCoopers-Ars XX; 2005.
- 20 Health and health care 2010. The Forecast, the Challenge, 2º ed.
The Institute for the Future; 2003.
- 21 Fuchs VR, Sox H Jr «Physicians» Views of the relative importance of thirty medical innovations.
Health Affairs; 2001.
- 22 Reece RL. The top 10 healthcare innovations for 2006.
Health Leaders News; agosto de 2006.
- 23 To err is human.
Institute of Medicine; 1999.
- 24 McGlynn EA *et al.* The quality of health care delivered to adults in the United States
N Eng J Med 2003; 348:2635-2645.
- 25 Health at a glance.
OECD indicators 2005.
OECD; 2005.

- 26 Bohigas LL. El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea.
Papeles de Economía Española 1998; 76.
- 27 Informe sobre el fraude en España. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 1994; p. 265-271.
- 28 The supply of physician services in OECD countries.
OECD Health working papers.
OECD; 2006.
- 29 OECD Health Data; 2006.
- 30 Ettelt S *et al.* Health care outside hospital. Accesing generalist and specialist care in eight countries.
World Health Organization; 2006.
- 31 del Llano Señarís J. García Vargas. J.
El SNS después de las transferencias: ¿seguirá siendo un sistema?
En: Informe 2003, Fundación Encuentro: 225-295.
- 32 MUFACE
<http://www.map.es/muface/prestaciones_sanitarias/index-ides-id-web.html> [consulta: 20 de octubre de 2006].
- 33 MUGEJU
<http://www.justicia.es/servlet/Satellite?cid=1089117175762&pageName=Portal_del_ciudadano/OrgPaginaMJ/Tpl_OrgPaginaMJ&c=OrgPaginaMJ> [consulta: 20 de octubre de 2006].
- 34 ISFAS.
<<http://www.mde.es/isfas/>>
[consulta: 20 de octubre de 2006].
- 35 AMAT (Asociación de mutuas de accidentes de trabajo)
<www.amat.es> [consulta: 11 de octubre de 2006]
- 36 García Vargas J. Del Llano Señarís, J
En: Informe España 2003. Fundación Encuentro. p. 258-259.
- 37 Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM
Increased Spending on health care: how much can the United States afford?
Health Affairs 2003, 22: 15-24.
- 38 Herzlinger R. Market Driven health care.
Addison-Wesley; 1997.