

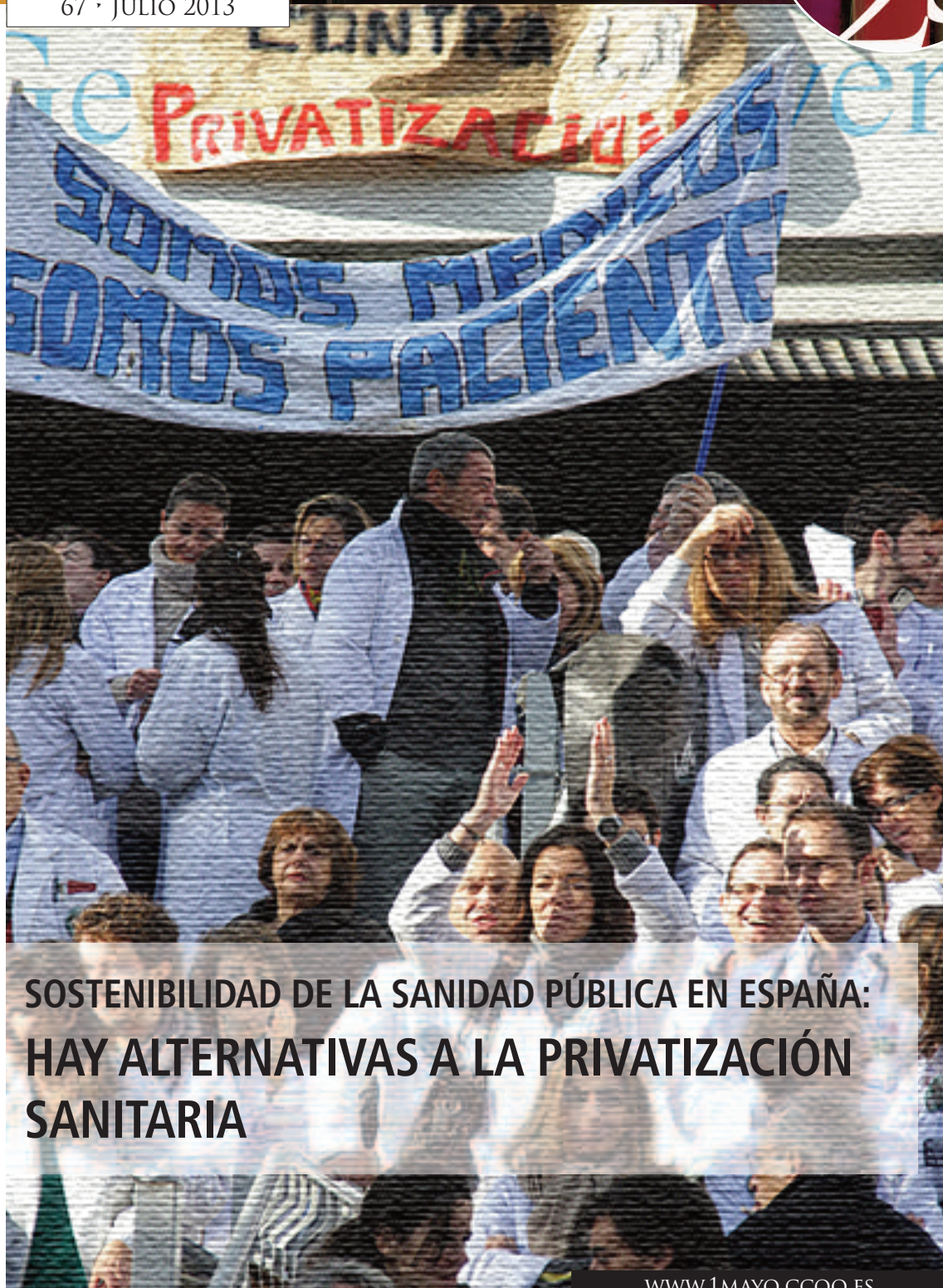
FUNDACIÓN 1 DE MAYO

Estudios

FUNDACION
1 MAYO
1988-2013

25

67 · JULIO 2013



**SOSTENIBILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA:
HAY ALTERNATIVAS A LA PRIVATIZACIÓN
SANITARIA**

WWW.1MAYO.CCOO.ES

**SOSTENIBILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA:
HAY ALTERNATIVAS A LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA**

FUNDACIÓN 1º DE MAYO
C/ Longares, 6. 28022 Madrid
Tel.: 91 364 06 01
1mayo@1mayo.ccoo.es
www.1mayo.ccoo.es

COLECCIÓN ESTUDIOS, NÚM: 67
ISSN: 1989-4732

© Madrid, Julio 2013

SOSTENIBILIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA: HAY ALTERNATIVAS A LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA

FUNDACIÓN 1º DE MAYO
ÁREA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y ESTADO DEL BIENESTAR

JESÚS REY GARCÍA
MANUEL MARTÍN GARCÍA
BERNARDO SANTOS
RAMÓN C. ROMERO SERRANO
ROSARIO FERRER IVARS
ROSA CAMPMANY BUIRA
LUISA LORES AGÚIN
MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

Coordinación:
MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

Índice

Presentación.....	5
Atención Primaria y estrategias comunitarias.- Jesús Rey García	7
Mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario no es el objetivo de la llamada “nueva gestión sanitaria”.- Manuel Martín García.....	17
La privatización condiciona el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.- Manuel Martín García.....	25
Propuestas para la contención del gasto farmacéutico en España.- Bernardo Santos	41
Atención hospitalaria: frecuentación de urgencias, hospitalización inadecuada.- Ramón C. Romero Serrano, Rosario Ferrer Ivars, Rosa Campmany Buira.....	59
La privatización, el hiperconsumo y la insostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.- Luisa Lores Agúin.....	73
Medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.- Marciano Sánchez Bayle	91

PRESENTACIÓN

El Sistema Sanitario Público es el resultado de un esfuerzo de solidaridad entre quienes tienen buena salud y quienes no la tienen; entre quienes tienen más recursos y quienes carecen de ellos, y constituye uno de los principales pilares, junto con las pensiones y la educación, del modelo de Estado social.

Sin embargo, la sanidad pública lleva años en el punto de mira de los mercados.

Una situación que no ha hecho sino recrudecerse al calor de la crisis, pero que es anterior a ella, y que se remonta a la primera ola liberalizadora de los años 80 que encontró, precisamente en el sistema de salud británico, un “nuevo” espacio de negocio.

Ahora en pleno integrismo de mercado, los embites a la sanidad pública vuelven a cobrar protagonismo; un protagonismo que ha llevado a las calles a multitud de profesionales de la salud, pero también y principalmente, a la ciudadanía que sabe que la mercantilización de la salud (aunque sea utilizando “términos eufemísticos” de colaboración público-privada) es un retroceso que tendrá graves consecuencias, muchas de ellas irreversibles en la salud de la población, y especialmente, entre aquellos grupos más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico, y con más problemas de salud y por lo tanto con más necesidades de atención sanitaria.

Porque, en efecto, poner la gestión o la provisión de la sanidad pública en manos de empresas privadas, además de encarecer su coste, es ineficaz por naturaleza, en la medida en que entre lo público y lo privado hay un nada disimulado conflicto de intereses que, naturalmente, se decantará del lado del negocio en detrimento de la salud.

Sin embargo, no se trata de una situación que no se pueda combatir, que no cuente con alternativas, o que sea irreversible.

Con este trabajo queremos dar a conocer tanto algunas cuestiones básicas relativas a la privatización de los servicios públicos de salud (y a los intereses reales que alientan tras dicha privatización), como alternativas para una mejora en la sostenibilidad y la eficacia del sistema, conscientes de que la defensa de la sanidad pública es necesaria e ineludible.

ATENCIÓN PRIMARIA Y ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

En primer lugar, es necesario partir de una afirmación que, probablemente, no es preciso demostrar: la sanidad no es un lujo con el que se puede jugar en época de crisis. Al revés: la Sanidad es una inversión que hay que proteger.

La Sanidad Pública Española no es culpable en absoluto de la crisis actual, es más, está demostrado que es una de las más eficientes del mundo, pues tiene unos excelentes indicadores sanitarios y sin embargo el porcentaje de PIB dedicado a la misma es de los más bajos de nuestro entorno (menor que el promedio de la UE15, UE27 y OCDE) y porcentualmente en los últimos 10 años crece aproximadamente la mitad que la media de la OCDE (2,7% frente al 4,1%).

En realidad, España gasta en sanidad menos que lo que le correspondería gastarse en relación al nivel de riqueza (PIB per cápita es el 94% del PIB per capital promedio de la UE-15, mientras el gasto sanitario público per cápita es sólo el 79,5% del gasto sanitario público promedio de la UE-15). El problema de nuestra sanidad pública es su insuficiente financiación, causante del actual déficit. Por lo tanto no se entiende, salvo por determinados intereses oscuros (más bien muy claros), las dudas sobre la sostenibilidad del mismo y los continuos recortes que los profesionales y la población estamos sufriendo.

En caso de que un gobierno tuviera que hacer recortes, existen muchas áreas de ineficiencia e injusticia social en las que recortar, antes que hacerlo en prestaciones sociales y básicas como la sanidad (por ej.: número de políticos, gastos en defensa, financiación de la iglesia católica, deudas tributarias de los equipos de fútbol entre otros, etc...). Además, si hay que intervenir el Sistema Nacional de la Salud (SNS) español, ¿por qué no lo hacen también por decreto los países que están gastando bastante más que nosotros??"

Lo que sí existen son importantes diferencias en la financiación sanitaria pública según CCAA, y el Ministerio de Sanidad, y el Consejo Interterritorial debería actuar para que los presupuestos sanitarios sean suficientes. Esta inequidad entre comunidades autónomas debe resolverse con mecanismos de reparto basados en las necesidades de salud de la población, para lo que es necesario elaborar un Plan Integrado de Salud para favorecer la cohesión del SNS.

Está constatado por diferentes estudios que los países que conceden más importancia a la Atención Primaria (A.P.) tienen una población con mejores niveles de salud y a menor coste, demostrando una mayor eficacia, seguridad, eficiencia y equidad. Sin embargo, en nuestro país la A.P. está progresivamente siendo postergada, disminuyendo no solo sus recursos y financiación, sino perdiendo protagonismo en la atención sanitaria. Solamente en las citas preelectorales es citada como puerta de entrada, eje del sistema sanitario, base del mismo, etc...La realidad, sin embargo, es bien diferente. Habría que recuperar las propuestas de la estrategia AP21, continuando las propuestas de los diferentes planes de mejora iniciados en algunas CCAA, para que realmente pase a ser el eje fundamental del SNS.

También es verdad que el sistema nacional de salud tiene bolsas de ineficiencia (al igual que la inmensa mayoría de los países europeos), y precisamente la crisis debería de servir para corregirlas en lo posible. La prestigiosa organización NICE ha identificado en los sistemas de salud europeos más de 800 prácticas clínicas de dudosa efectividad. Hay que buscar la eficiencia del sistema, rediseñando carteras de servicio y actividades de la práctica clínica basadas en la evidencia científica y retirando parcial o totalmente recursos de tecnologías, medicamentos, procedimientos o prácticas existentes, que aportan escaso o nulo valor en relación al coste que comportan.

La atención primaria como base del sistema sanitario

La reforma de la A.P. consiguió importantes mejoras en recursos y formación, sin embargo no consiguió su verdadero objetivo de conseguir que los médicos de familia sean los verdaderos responsables integrales de los pacientes (conductor de autobús como dice S. Minué).

Los momentos de crisis se tienen que aprovechar para mejorar las ineficiencias, y la primera y más importante estriba en la orientación global de la asistencia sanitaria, pues, aunque el médico de familia es la puerta de entrada del sistema, está considerado a nivel social, e incluso por parte de la administración, con un reconocimiento inferior respecto a los “especialistas” hospitalarios.

La A.P. es la partida del gasto sanitario que menos ha crecido en los últimos 25 años; la especializada ha crecido un 20% más que la primaria y su peso dentro del gasto sanitario público ha aumentado en los últimos 10 años. Actualmente el centro de la actividad sanitaria se basa en el hospitalocentrismo, la alta tecnificación y la subespecialización de los profesionales en un sistema que presta al ciudadano una atención sanitaria cada vez más fragmentada.

Es el momento adecuado para seguir las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos en el sentido del fortalecimiento de la atención primaria con el fin de garantizar la equidad y la eficiencia del sistema. Además, en A.P. (médicos de familia y EAP) disponemos de la ventaja de la longitudinalidad y continuidad de cuidados a lo largo de toda la vida de las personas, situación que debería ser aprovechada, aumentando la capacitación de los médicos de familia y del resto de personal de los equipos.

La longitudinalidad permite conocer y abordar al paciente en su medio familiar, laboral y social a lo largo de toda su vida. También tiene ventajas clínicas: permite una “espera expectante” para responder a las dudas diagnósticas a lo largo de los días, y tiene impacto en salud pública al “bajar” las acciones sobre poblaciones al nivel de personas, familias y comunidades según sus características. Por todo ello, la longitudinalidad debería de ser fomentada.

Aprovechando estas ventajas, la A.P. actual, para una mayor eficiencia del sistema sanitario, debería de pasar a realizar parte de las actividades que se realizan en el segundo nivel asistencial y que deberían ser competencia del primer nivel. Para ello, es necesario modificar algunas de las actividades que se realizan en los dos niveles, tanto por motivos de eficiencia como de prevención cuaternaria. En un reciente informe de la ADSP se cuantifica en 970 millones de euros el ahorro que se podría conseguir traspasando el 25% de las consultas hospitalarias a A.P.

Aunque en relación a la situación previa a la reforma de A.P. se han incrementado de forma clara las competencias que asume el Médico de Familia, técnicas como cirugía menor, infiltraciones, monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPAS), ecografías, etc... no se realizan de forma generalizada y, en general, no existe un reconocimiento específico para quien las realiza.

Necesitamos médicos de familia polivalentes y capacitados, que ofrezcan cuidados clínicos sólidos en todos los campos, con el necesario apoyo y capacitación de todos los profesionales que trabajan en los equipos (enfermería, fisioterapia, trabajo social, personal administrativo y auxiliar, etc...), bien organizados y orientados a las necesidades de los ciudadanos, realizando las actividades necesarias según cada capacitación profesional y siempre con criterios de eficacia y eficiencia.

Evidentemente si lo que se quiere es mejorar la eficiencia en el sistema y se apuesta por su futuro, la potenciación máxima en temas de docencia e investigación a todos los niveles es

fundamental. En este sentido, si se apuesta porque los médicos de familia sean los gestores del sistema, la implantación de esta asignatura en la Universidad debería de ser obligatoria e inmediata.

La necesaria corrección de las ineficiencias actuales

También las múltiples actividades que se realizan en A.P. (y en atención secundaria) deben de ser revisadas, potenciando las que realmente tenga demostrado resultados en salud y anulando las ineficientes.

El médico de familia se encuentra ante una elevada carga de trabajo, generada en buena parte por actividades burocráticas y asistenciales que no precisarían de su atención.

Muchas de las actividades burocráticas se realizan por un mal entendido “compromiso” con los pacientes, cuando realmente no existe normativa legal que las justifique, como es el caso de la mayoría de los certificados médicos. En el caso de la responsabilidad de la IT (incapacidad transitoria) depende legalmente del médico del servicio público que atiende inmediatamente al paciente, no solamente del médico de familia. Tampoco tiene mucha explicación la repetitividad en la recogida de partes semanales que se continúan haciendo en la mayoría de las CCAA. Los médicos de A.P. y los pacientes no tenemos culpa de la tremendamente deficiente interrelación entre las diferentes administraciones (INNS, Servicios de salud, Diputaciones, ayuntamientos...) para corregir estas irregularidades que son una importante ineficiencia del sistema.

No hablemos de la prescripción inducida, cifrada según diferentes estudios entre un 20 y un 60%, y que tantos conflictos acarrea, en muchos casos consiguiendo verdaderas luchas entre los protagonistas afectados (paciente, médico de atención primaria y médico de atención secundaria), fundamentalmente debido a la incapacidad de los administradores sanitarios para medirla con exactitud, imputándola en muchos casos a la A.P. En el momento actual, con o sin prescripción electrónica, no es razonable que las administraciones sanitarias no aborden la coordinación de la gestión de la prescripción en todos los niveles asistenciales.

En lo que se refiere al transporte sanitario generado en atención secundaria debería ser gestionado a dicho nivel en vez de ser “delegado” a la atención primaria. Sin embargo en el momento actual el actual gobierno parece haber encontrado otra fórmula “perfecta” para racionalizarla, excluyéndola prácticamente de las prestaciones sanitarias.

Algo parecido pasa con las actividades preventivas. Las actividades de prevención y promoción de la salud deben de ser realizadas fundamentalmente en A.P. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) puso en marcha hace 24 años constituyó un gran avance sobre todo en el fomento de la cultura de la prevención.

Es hora de “adelgazarlo”, así como se deben de “podar”, por ejemplo, las guías de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y de la Asociación de Pediatría. El objetivo debe ser una profunda revisión orientada a evitar actividades preventivas innecesarias por sí mismas o en la frecuencia de su realización, para disminuir el daño que causan algunas actividades sanitarias.

Además, es importante tener en cuenta la edad de los pacientes y su comorbilidad, valorando asimismo en los pacientes ancianos la esperanza de vida, y priorizando las actividades preventivas basándose en ello.

También hay que tener en cuenta diferentes actividades preventivas que se realizan en muchos casos en el medio hospitalario y deberían pasar a la Atención Primaria. Un claro ejemplo son las “consultas de salud” realizadas en la mayoría de las comunidades en los servicios de

Ginecología. En primer lugar, no tiene sentido que en el medio hospitalario existan consultas de salud; y mucho menos que la frecuencia de las revisiones de las mujeres para screening de cáncer de cérvix y de endometrio sea anualmente, tengan la edad que tengan y con o sin relaciones sexuales, en contradicción con las recomendaciones de todas las sociedades científicas y consensos nacionales e internacionales (PAPPS, Asociación Española contra el cáncer, Sociedad española de ginecología y obstetricia, Task Force Canadiense y Americana, etc...).

Igualmente se podrían citar las consultas por alteraciones de la refracción atendidas en las consultas de oftalmología de los hospitales, las cuales perfectamente se podrían favorecer de convenios y colaboraciones con los establecimientos ópticos existentes, tal y como realizan actualmente varias CCAA. Todo esto en un contexto en el que las consultas de ginecología y oftalmología encabezan el ranking de listas de espera en casi todas los hospitales de nuestro país.

Situación parecida tendríamos si analizáramos el consumo de medicamentos para la prevención de la osteoporosis, en muchos casos aconsejados por diferentes profesionales sin seguir los criterios de cribado propuestos por los diferentes organismos científicos (PAPPS, Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Americana de médicos de familia, Sociedad de Osteoporosis de Canadá, etc...).

Lo mismo podríamos decir de diferentes actuaciones sin demostración científica basada en la evidencia, y que sin embargo se realizan diariamente en diferentes ámbitos del sistema sanitario, como solicitud de PSA como cribado de cáncer de próstata, determinaciones anuales o incluso bianuales para “saber como tengo el colesterol” o por “chequeo”,etc....

La necesaria definición de una única Cartera de servicios

A pesar de la importante evolución de la A.P. en los últimos años, mejorando las carteras de servicios de los centros (lo que se tradujo en mejoras tanto en cifras como en percepción de salud por parte de la población), las diferencias existentes entre las diferentes CCAA , así como dentro de las mismas, impone una reflexión y modificación urgente para conseguir redefinir funciones y reasignar recursos, intentando acabar con la inequidad imperante.

El modelo a conseguir debe estar basado en la calidad y eficacia, y no en la rentabilidad política ni en los recortes. Tiene que ser un modelo basado en la visión de área, integralidad y autogestión, con consenso y participación activa de profesionales de todas las categorías profesionales y niveles, con una reasignación de recursos a la A.P. que facilite una mayor capacidad resolutoria de la misma para mejorar la equidad y la eficiencia en el área.

El Consejo Interterritorial, en el que están representadas las CCAA, debe establecer la guía de ruta hacia la equidad, calidad, y eficiencia en la práctica asistencial para mejorar la salud de los ciudadanos, basado en las experiencias previas y en la medicina basada en la evidencia, por consenso y sin buscar otro tipo de “rentabilidades”.

Además de estar modulada por el marco legislativo (RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización), la cartera de servicios que reciben los ciudadanos está fundamentalmente influenciada por aspectos organizativos y de gestión, así como por el propio comportamiento de los profesionales y de los propios pacientes. El mayor nivel cultural, económico y participativo de nuestra sociedad empuja hacia el aumento de la complejidad de la cartera de servicios.

También en el ámbito profesional, continuarán las fuerzas para introducir innovaciones y, en contra o en paralelo, las fuerzas para implantarlas con la evaluación pertinente, ya sea farmacológica, tecnológica, organizativa o participativa.

Es imprescindible el análisis en profundidad de todas las variables, con participación consensuada de todas las partes implicadas (administración sanitaria, atención primaria y secundaria, profesionales y ciudadanos), para decidir qué prestaciones se deben realizar, cómo hacerlo, quién y donde se hace, a quién se dirige, y como se evalúan.

En lo que respecta a la propia A.P., el médico de familia debe de ser la figura clave en la conducción de los pacientes por el sistema sanitario. Sin embargo, para que la atención primaria pueda responder a las necesidades de salud en su comunidad, es imprescindible la participación de diversos profesionales.

Los centros de salud por definición se caracterizan por la multiprofesionalidad, siendo imprescindible la integración de los diferentes enfoques y funciones de los mismos, con identificación de objetivos comunes orientados a las necesidades reales de la sociedad, y poniéndolos al servicio de los resultados. Pero el centro de salud no debe dar respuesta casi exclusiva a la demanda asistencial de enfermedad, sino también se deben realizar actividades de intervención comunitaria y, por supuesto, las ligadas a la promoción de la salud inherentes a la A.P.

Para facilitar toda esta integración de objetivos comunes con criterios de calidad, es imprescindible que la formación sea la adecuada. En todas las CCAA se han llevado a cabo políticas de personal totalmente contrarias a esta filosofía de trabajo y que facilitan el deterioro de la atención.

El caso más sangrante es el de los profesionales de enfermería. Se crea, entre otras, una especialidad específica de enfermería familiar y comunitaria y se continúa fomentando el trasvase de profesionales de un nivel al otro. Estas políticas de personal están promoviendo que trabajen en A.P., por ejemplo, enfermeras especialistas en cirugía, mientras en los hospitales desarrollan sus funciones las especialistas en medicina familiar y comunitaria; ¡increíble!. Todo esto en el contexto de unos de los países de Europa en los que existe mayor carencia de enfermeras.

Tampoco debemos olvidarnos de la actitud de los propios profesionales; por un lado los médicos de familia y pediatras no han sabido colaborar y delegar parte del control y seguimiento de algunas patologías o del niño sano en enfermería; y por otro algunos profesionales de enfermería, que no han querido o no han sabido asumir su papel.

La cartera de servicios de los centros debe de tener visión de área, integralidad y autogestión, adecuada a la sociedad actual, a las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos, y al progreso legítimo de los profesionales. Lógicamente debe de incluir criterios de coste-efectividad basados en la evidencia científica, desechando actividades ineficientes. Hay que tener claro que los factores de riesgo no son enfermedades, y que existen “pre-enfermedades” que están medicalizando la vida real.

Para no caer en nuevas ineficacias, debe de ser una cartera de servicios clara, explicitando criterios de calidad y frecuencias de actividades, aumentando las actividades clínicas, realizando una prevención priorizada, disminuyendo la frecuentación de crónicos estabilizados y mejorando la atención de enfermos crónicos desestabilizados, pluripatológicos, encamados y terminales. Una vez definidos sus contenidos es imprescindible conseguir la equidad de acceso por parte de todos los ciudadanos, para lo cual se deben explicitar las diferentes maneras de acceder, incluyendo en los casos necesarios, la capilaridad en el acceso. Para lograrlo es imprescindible el diálogo con profesionales, gestores y ciudadanos para conseguir una nueva

asignación de recursos, orientada a mejorar la capacidad resolutoria en atención primaria, y de esta forma mejorar la eficiencia en el área.

El acceso y uso racional de pruebas complementarias

En los últimos años existe la tendencia a la medicalización excesiva. Se inventan enfermedades, se amplían sus límites y se reducen los márgenes de la “normalidad”, llegando incluso a veces a asustar a individuos, comunidades o poblaciones. El nivel a partir del cual una persona es considerada “enferma” y necesita tratamiento cada vez es más bajo, al igual que los objetivos terapéuticos a alcanzar, lo que contribuye a la medicalización de amplios grupos poblacionales, sin que haya un fundamento científico sólido que lo sustente. Hay que tener siempre presente que la medicalización no es un proceso inocente, arrastra a personas sanas y enfermas a los excesos de la medicina y de los medicamentos.

La capacidad diagnóstica del médico de A.P. exige no pasarse, por exceso ni por defecto, en la utilización de pruebas diagnósticas, y es uno de los aspectos diferenciales entre la atención primaria y la hospitalaria. En la población general, la prevalencia de enfermedad es mucho menor que en la población hospitalaria, y por tanto la rentabilidad y la fiabilidad de las pruebas diagnósticas y su intensidad de uso también. Al médico de atención primaria corresponde hacer un uso prudente de las pruebas diagnósticas, máxime en un marco de incertidumbre, falta de evidencia científica e indefinición de la mejor forma de uso de muchas de las pruebas disponibles, cuyo papel en la mejora de la calidad es relativo.

En atención primaria no siempre trabajamos con diagnósticos específicos. En situaciones de reciente comienzo (agudas) es frecuente la inespecificidad. Ante ellas puede ser suficiente la valoración de la gravedad, tranquilizar al paciente, el uso prudente del «esperar y ver», y de diversos recursos terapéuticos no agresivos ni “enmascaradores”. El éxito de estas actuaciones dependerá del grado de tolerancia a la incertidumbre por parte del médico y del paciente, lo cual está relacionado con la percepción de posible gravedad, el conocimiento previo, la continuidad de la atención y la confianza mutua.

Otro problema frecuente es la excesiva realización de pruebas diagnósticas como elemento para tranquilizar al paciente o satisfacer sus demandas sin tener en cuenta la evidencia científica respecto a su uso (“chequeos” con cierta periodicidad, analíticas por síntomas inespecíficos, radiografías u otras pruebas de imagen por cualquier dolor osteomuscular, etc...). La capacidad diagnóstica debe estar reflejada en la gestión, como cumplimiento del consenso social que la cartera de servicios significa.

Pero además, algunas restricciones en la petición de pruebas diagnósticas desde atención primaria deberían ser revisadas. Por un lado se estima que, aproximadamente, la tercera parte de los estudios por imagen son innecesarios, aumentando los riesgos del paciente en su deambular sanitario, y aumentando costes (se estima en un 30% del gasto sanitario total).

Por otra parte, la realización de pruebas y exploraciones complementarias debe estar determinada por la patología del paciente, solicitada por el profesional que la precise en cada momento, indiferente de que la petición sea de atención primaria o especializada, con la misma lista de espera orientada por prioridades similares para ambos niveles, evitando duplicidades y, si fuese el caso, estableciendo el cronograma de su realización. No se entienda que, actualmente, nuestros residentes durante su período formativo tengan acceso a la solicitud de determinadas pruebas complementarias a las cuales, cuando ya son especialistas, no tienen acceso.

También hay que tener en cuenta que, actualmente, encontramos en todas las CCAA, con mayor o menor implantación, mecanismos favorecedores de ello, como la historia clínica electrónica o la telemedicina. Su potenciación adecuada debe de ser un elemento fundamental para que atención primaria sea la verdadera gestora de la atención sanitaria de la población.

La coordinación entre niveles: un reto para la Gestión.

A la coordinación entre niveles asistenciales, que se hace cada vez más necesaria debido a la cada vez mayor complejidad de la atención y al incremento de los pacientes crónicos y pluripatológicos, aún le queda un largo camino por recorrer. Algunas CCAA han establecido de forma clara las competencias que debe asumir cada nivel en cada patología, y esto genera un marco útil de interrelación que es fundamental. Por ello, sorprende que estos protocolos de actuación que especifican competencias no existan de forma oficial en la mayoría de CCAA.

De todos modos, uno de los problemas latentes es que en la relación entre atención primaria-atención secundaria, se le concede mayor “peso jerárquico” a la atención secundaria. Todo esto en un contexto en donde existe, desde hace más de 30 años, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (actualmente de 4 años de formación), y recientemente se instauró la de Enfermería Familiar y Comunitaria. Como decíamos anteriormente, hay que cambiar la “filosofía” en la orientación global de la asistencia sanitaria, rompiendo con la actual fragmentación de la atención, actuando en cascada, y en todos los ámbitos de gestión (macro, meso y microgestión) para colocar a la A.P. en el centro de la actividad sanitaria, y al médico de familia en el auténtico gestor de la salud de la población.

En los últimos años estamos viviendo asombrados como las diferentes CCAA “ensayan” diferentes modelos de organización/gestión sanitaria teóricamente encaminadas a mejorar la continuidad asistencial: áreas únicas (2 comunidades), áreas integradas (5 CCAA), y autogestión de los equipos (8 comunidades con diferentes niveles de descentralización, 3 de ellas en fase experimental).

En la vida real no parecen claras las ventajas y desventajas de unas u otras, y casi todas adolecen de defectos básicos de forma y/o fondo, antes ya de su puesta en marcha. Entre otros podríamos nombrar: falta de comunicación, información y participación de los profesionales y Sociedades Científicas de ambos niveles, estudios de percepción de los profesionales, claridad en la definición del médico de A.P. como figura gestora de la salud de las personas, reestructuración de las carteras de servicios como comentábamos anteriormente, análisis del gasto real de cada nivel asistencial previo a la “refundición”...

Tal y como aparece reflejado en el Informe del SNS de 2009, parece mentira que aún hoy en día no se conozca, en el contexto del gasto total sanitario en el Sistema Nacional de Salud, el gasto real imputable a la Atención Primaria. Existen diferencias entre CCAA, tanto en lo que incluyen o no como gasto en A.P.; como son los criterios para asignar el presupuesto en las áreas de A.P. o en las gerencias/áreas integradas, la falta de rigor en la inclusión o exclusión de elementos importantes del gasto (la prescripción inducida, o la demanda a atención especializada de pruebas complementarias o estudios de imagen).

Previamente a poner en marcha un modelo de gestión diferente, además de conocer con exactitud los gastos imputables a cada nivel asistencial, es necesario cambiar la cultura de la organización. Para ello hace falta mucha comunicación y consenso, dirigidos a que los profesionales interioricen que nuestro objetivo final es conseguir el mejor estado de salud posible para los ciudadanos, prestando la atención en el lugar más adecuado, por el profesional más adecuado, que garantice la mayor calidad y orientados a la eficiencia. Sin estas premisas, los cambios estructurales no tienen validez ni conseguirán una adecuada continuidad asistencial.

El fomento y adecuación de sistemas de información compartida entre ambos niveles asistenciales (historia clínica electrónica, telemedicina...), de la gestión clínica, la gestión por procesos basados en guías y vías clínicas, la potenciación de la enfermería de enlace y gestora de casos, etc..., son evidentemente mecanismos favorecedores de la continuidad asistencial.

En el apartado de gestión por procesos, ante las diferentes modalidades existentes en las CCAA que están apostando por ello, habría que dejar claro que el responsable o propietario de cada proceso tiene que ser la persona que asuma mayor peso y responsabilidad en el mismo, la que asegura la respuesta al cliente interno (profesional) y al externo (paciente).

La gestión por procesos tiene que ser transversal, no pueden basarse en la estructura organizativa vertical (no debe pesar el criterio jerárquico). Es necesario que dispongan de indicadores tangibles para su evaluación, el desarrollo de auditorías, la independencia de los evaluadores y de los mecanismos de revisión, y la validez y fiabilidad del conjunto. Para ello, es necesario utilizar sistemas de evaluación transversal e indicadores comunes que analicen estructura, proceso y resultados. Lógicamente tienen que aportar valor añadido para: los destinatarios de la atención, los proveedores de la asistencia, los que financian, los que establecen las políticas y la estrategia. Asimismo, deben de estar incentivados, apostando por la toma de decisiones a nivel local, y gestionados por los equipos proveedores. En definitiva, transferir riesgos y beneficio a los equipos, fomentando la autonomía.

En este contexto debería ser clave la figura de los gestores/directivos sanitarios. Sin embargo, tal y como refleja una reciente encuesta de la SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud), el 71% de ellos responden que la elección del directivo sanitario depende de su afinidad política en mayor medida que su experiencia en gestión, gerencial y/o clínica. Asimismo, solamente el 17% manifiestan tener autonomía en la toma de decisiones. No tiene lógica que los gerentes y directores dependan de los partidos políticos que gobiernan, pues sus cargos pueden ser efímeros y sus sucesores suelen desandar lo andado y vuelta a empezar. Tampoco parece lógico que a los responsables de gestionar organizaciones tan importantes no se les exija una formación tipo MIR, como ocurre en la mayoría de los países europeos.

También está claro que los centros sanitarios tienen que estar sujetos a unos estándares nacionales y a inspecciones externas, pero los gestores deben tener total independencia en todas las áreas de gestión (al igual que lo son los jueces de los políticos, y como sucede en el National Health Service británico). Se debería dejar margen de actuación a una gestión clínica despolitizada, descentralizada, basada fundamentalmente en el conocimiento, y promoviendo la máxima autonomía de gestión posible por parte de los profesionales.

Los pacientes, los usuarios y los ciudadanos

En los últimos años estamos asistiendo a un cambio en la relación clínico asistencial, que se está transformado del modelo paternalista (sujeto pasivo), preponderante hasta avanzado el siglo XX, en un modelo autonomista, promovido desde la bioética y regulado por cambios normativos, en el cual el usuario quiere ser consultado para tomar sus propias decisiones. Ya la Ley General de Sanidad de 1986 consagraba el respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, y garantizaba a través de la organización sanitaria la protección de la salud como derecho inalienable de la población y establecía el respeto a la intimidad y confidencialidad de la información relacionada con la asistencia.

La Ley de Autonomía del Paciente en 2002 ha venido a consolidar estos derechos, reforzando la autonomía del paciente, regulando las instrucciones previas, el acceso a la información de la historia clínica, la intimidad y el consentimiento informado. Este necesario nuevo rol de los pacientes como agentes activos, gestores y generadores de su salud también lo sustentan el aumento de la esperanza de vida y la consecuente prevalencia de enfermedades crónicas, que suponen ya un 80% de las consultas de atención primaria. Sin embargo, tanto la inercia y complejo por parte de los profesionales como la comodidad de los propios usuarios, habituados a una relación más directiva y asimétrica, está retrasando la aplicación del principio de autonomía en la relación asistencial, al chocar ambas concepciones.

Todo lo que sea potenciar la autonomía y corresponsabilidad en la obtención de salud por parte de los ciudadanos redundará finalmente en una mayor eficiencia del sistema sanitario y mejora continua de la atención sanitaria. Para ello, debe de ser función del sistema sanitario fomentar esta autonomía de decisión compartida entre los profesionales y los pacientes. En este sentido es imprescindible, en primer lugar, que toda la información ofrecida a los usuarios y ciudadanos sea fidedigna y esté basada en la evidencia científica.

También es necesario que en toda la cadena asistencial (área administrativa, enfermería, médicos, atención primaria y secundaria, equipos directivos, etc...) se tenga y se transmita la misma información. Evidentemente, la formación basada en la evidencia científica y los estudios riesgo/beneficio, son claves para que esta suceda. Asimismo sería importante que los medios de comunicación y los propios políticos tomen conciencia de la importancia de no transmitir información que no sea científicamente evidente.

A pesar de que se consiga todo esto, siempre existirán situaciones en las que exista incertidumbre y en las que la evidencia científica propone un balance riesgo/beneficio similar entre dos opciones terapéuticas. Es en este escenario en donde la bioética y la relación médico paciente recobran mayor valor, si cabe, y la toma de decisiones compartida se hace más necesaria.

Las asociaciones de pacientes y de profesionales piden cada vez con más insistencia, apoyados por la estrategia sanitaria de la UE 2008-2013, la participación ciudadana en la toma de decisiones. Sin embargo el actual gobierno de nuestro país, apoyado por unas elecciones generales que parece ser que lo justifican todo, está tomando las decisiones cada vez más “verticalmente”. Se hacen todo tipo de “recortes, ajustes y cambios” sin diálogo con las partes implicadas; y lo que es peor, con la sensación de dar “palos de ciego” en temas tan importantes como deberían ser la Sanidad pública y la salud de la población. Resulta curioso que, como reacción a la crisis, el Gobierno Central imponga Reales Decretos primero sobre los elementos del Estado de Bienestar. La visión de que el Estado de Bienestar es un gasto y no una inversión en un país no es un buen punto de partida para tomar decisiones. El Real Decreto que se discute estos días es un recorte sin un plan. Este tipo de decisiones unilaterales, sin contar con la participación de ciudadanos y profesionales, lo único que consigue es llevar a conflictos innecesarios y a la pérdida de confianza de los agentes implicados.

Los pacientes y los ciudadanos lo que reclaman es un discurso basado en indicadores de salud, que se contraponga al discurso meramente económico promovido por personas ajenas al sector sanitario y que ofrece una imagen “injusta” e “inapropiada” de los pacientes. Piden a los políticos que en su toma de decisiones no sean ajenos a la realidad social de las personas enfermas y sus familiares, teniendo en cuenta a sus representantes legítimos en aquellas decisiones que les afectan. Asimismo, reclaman a la clase política que muestre una mayor “empatía” por la condición de vulnerabilidad económica y social que supone la condición de paciente, especialmente en una situación de pérdida de ingresos económicos en las familias españolas, y especialmente en aquellas en las que hay personas enfermas. Solicitan a la clase política que sea honesta con la ciudadanía y transmitan de manera inequívoca su visión de la sanidad evitando la emisión de mensajes contradictorios o ambiguos que generan mayor incertidumbre y confusión en las personas enfermas. En definitiva, exigen a los políticos del sector que lideren un discurso sanitario creíble y que genera confianza en la ciudadanía.

Como contrapartida, los ciudadanos también tienen mucho que aportar para colaborar en la futura sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Los ciudadanos deben participar en las políticas públicas y la organización de la prestación de servicios. Es su deber, apoyados por las administraciones y profesionales, educarse, formarse y capacitarse para evitar un uso inadecuado de la sanidad (alfabetización sanitaria). Sin el necesario diálogo y colaboración de todos los agentes implicados, las ineficiencias persistirán o aparecerán otras nuevas.

Para concluir, avanzamos una propuesta de decálogo para mejorar la Atención Primaria:

1. **Universalidad.** Las leyes existentes en nuestro país defienden claramente el principio de Universalidad en la Sanidad. El artículo 1.2 de la Ley General de Sanidad de 1986 explicita que son titulares del derecho a la salud todos los españoles; y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del 2003 establece el principio de aseguramiento universal y público por parte del Estado y de cooperación entre todas las Administraciones sanitarias del país.
2. **Eficiencia.** La Sanidad Pública de nuestro país tiene demostrado sobradamente su eficiencia, y no es la culpable de la crisis actual; por lo que no sólo no se debería recortar en la misma, si no que se debería aumentar la financiación sanitaria a costa del aumento del PIB dedicado a ella hasta igualar la media de los países europeos.
3. **Inequidad.** Existen importantes diferencias en la financiación sanitaria pública según CCAA. Esta inequidad entre comunidades autónomas debe resolverse con mecanismos de reparto basados en las necesidades de salud de la población. También hay que tener en cuenta que todas las CCAA tienen transferida la Sanidad, y por lo tanto tiene capacidad de gestión propia.
4. **Atención Primaria.** Está sobradamente demostrado que por eficacia, seguridad, eficiencia y equidad la A.P. tiene que ser considerada como la verdadera gestora del sistema sanitario. Para ello se debe acabar con la actual postergación de la misma, aumentando sus recursos, financiación y capacidad resolutive, y recuperando el espíritu y las propuestas de la estrategia AP21, para conseguir una A.P. solvente, resolutive y socialmente deseable por todos los estratos de la población.
5. **Ineficiencia.** Estos momentos de crisis se deberían aprovechar para corregir las bolsas de ineficiencia existentes en el sistema sanitario. Para ello hay que rediseñar carteras de servicios y actividades de la práctica clínica que estén basadas en la evidencia científica y tengan demostrado su efectividad, eliminando las que no aportan valor (en todos los niveles de atención).
6. **Coordinación Asistencial.** Debido a la cada vez mayor complejidad de la atención y al incremento de los pacientes crónicos y pluripatológicos, la coordinación entre niveles asistenciales se hace cada vez más necesaria. Para mejorarla sería necesario colocar a la A.P. en el centro de la actividad sanitaria, y al médico de familia en el auténtico gestor de la salud de la población. Existen mecanismos favorecedores por los que hay que apostar firmemente: las nuevas tecnologías, gestión clínica, gestión por procesos, enfermería de enlace y gestora de casos, etc...
7. **Gestión.** No se deberían “ensayar” modelos de gestión importados de otros lugares y que no tienen demostrada su eficiencia. Los gestores y directivos sanitarios no deberían tener una “dependencia política”, y su formación debería de estar “reglada”, al igual que lo está la de los profesionales que dirigen. La gestión sanitaria debería apostar decididamente por la mayor autonomía de gestión posible por parte de los profesionales.
8. **Docencia e Investigación.** Las apuestas por mejorar la eficiencia del sistema tienen que llevar consigo, la potenciación máxima en temas de docencia e investigación a todos los niveles. Asimismo, si se apuesta porque los médicos de familia sean los gestores del sistema, la implantación de esta asignatura en la Universidad debería de ser obligatoria e inmediata.
9. **Ciudadanos y pacientes.** El nuevo rol de los pacientes como agentes activos, gestores y generadores de su salud debe de ser asumido por el sistema sanitario en su totalidad. Todo lo que sea potenciar la autonomía y corresponsabilidad en la obtención de salud por parte de los ciudadanos redundará finalmente en una mayor eficiencia del sistema sanitario y mejora continua de la atención sanitaria. El sistema sanitario debe de fomentar la participación ciudadana en la toma de decisiones y por su parte, los ciudadanos deben comprometerse al uso adecuado de la Sanidad.
10. **Participación.** La imposición de decisiones tomadas sin analizar previamente en profundidad, la verticalidad en su imposición en cualquier campo de la vida no son una

buena práctica. En la Sanidad, tampoco. Las decisiones en temas tan importantes deben de estar bien analizadas, fomentando un diálogo productivo con todas las partes implicadas, y buscando el mayor consenso posible. Y este consenso debe intentarse activamente en todos los niveles de la cadena: políticos, gestores, profesionales y ciudadanos. No puede avanzarse en la mejora de la eficiencia, eficacia y calidad del sistema sanitario sin contar con la activa participación de los profesionales, organizaciones sociales y ciudadanos.

MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO NO ES EL OBJETIVO DE LA LLAMADA “NUEVA GESTION SANITARIA”

El aumento de la provisión privada y la baja cobertura de población, el incremento de los costes sanitarios, la baja productividad de algunos servicios, la irracionalidad y la variabilidad de muchas decisiones clínicas o la falta de evidencia demostrada de muchas de ellas determinaron que, a finales de la década de los setenta y comienzos de los ochenta, surgiera un importante debate sanitario sobre la necesidad de introducir reformas en los servicios sanitarios de todo el mundo.

Para hacer frente a esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Estrategia Salud Para Todos, que proponía colocar a la promoción de la salud y la atención primaria en el centro del sistema y potenciar la corresponsabilidad social en las decisiones y actuaciones de salud. Esta estrategia, orientadora de la Ley General de Sanidad (LGS), tuvo como complemento el la medicina basada en la evidencia, que pretendían racionalizar las decisiones clínicas basándose en hechos científicamente comprobados.

Sin embargo, el triunfo del neoliberalismo en Estados Unidos y Reino Unido, a finales de los ochenta supuso la paralización de estas propuestas, que fueron sustituidas por el mercado y la competencia. El neoliberalismo propone transformar los centros sanitarios en empresas, desarrollar la competencia y potenciar el papel de la gestión y los gestores (relegando a los profesionales clínicos y los usuarios). Esta estrategia ha sido respaldada por importantes organismos internacionales, como la Organización Mundial de Comercio (OMC), el Fondo Monetario Internacional (FMI) o el Banco Mundial, e influyentes grupos financieros y empresariales multinacionales del sector sanitario, que ven en ella una importante oportunidad de negocio.²

El desarrollo de esta propuesta en España vino de la mano del «Informe Abril» que proponía para mejorar el sistema, separar la financiación de la provisión de servicios, dotar a los hospitales y centros sanitarios públicos de formas de gestión privada, crear un mercado interno e introducir la competencia entre los proveedores de servicios sanitarios. Estas medidas se fundamentaban en que la gestión pública supone un corsé para el funcionamiento eficiente y transparente de los centros sanitarios y para la calidad asistencial, por rigidez presupuestaria, sus controles burocráticos y su política de personal poco incentivadora.

Estas propuestas (Nueva Gestión), presentada por sus promotores como una innovación estrictamente neutral, esconde sin embargo su componente ideológico, proponiendo trasladar a la sanidad los instrumentos propios del mercado y la gestión empresarial (a través de una gran variedad de fórmulas: fundaciones, consorcios, sociedades anónimas, empresas públicas, cooperativas, etc.).

Contradicciones de estas propuestas

- Los importantes incrementos de los costes de la atención sanitaria están asociados a la difusión y uso intensivo de las nuevas tecnologías sanitarias, solo justificadas en una tercera parte.
- El crecimiento del gasto farmacéutico, no asociado a una mejora de los medicamentos que tan solo en un 6-10% mejoran los ya existentes, mucho menos costosos
- La medicalización y la demanda irracional de los ciudadanos, sugestionados por una cultura consumista que se traslada a los servicios sanitarios
- Una gran variabilidad de la práctica clínica, no basada en la evidencia ni en la generalización de instrumentos que orienten las decisiones clínicas

- La persistencia de un modelo basado en la enfermedad, el hospital, la súper-especialización y la utilización intensiva de recursos,
- El abandono y marginación de la promoción de salud
- La marginación de la Atención Primaria
- Falta de integración de la Atención primaria y la especializada

En prácticamente ninguna de estos condicionantes la gestión empresarial o la competencia tiene ningún papel relevante, por el contrario las organizaciones sanitarias empresariales son aliados estrechos de la industria tecnológica y los laboratorios farmacéuticos, que promueven y financian, investigaciones, reuniones, publicaciones, que marcan y orientan los comportamientos de los profesionales sanitarios

El modelo de gestión de los centros o el desarrollo de la competencia no tienen ninguna capacidad de mejorar esta situación, sino que al contrario la agravarán

Apenas existen evaluaciones de los resultados de trasladar el modelo empresarial a los centros sanitarios, y sin embargo sus promotores avanzan cada vez más en su generalización

Algunos resultados de la actividad de las fundaciones

La FADSP ha analizado algunos de los resultados publicados sobre la actividad de las *fundaciones sanitarias públicas* existentes en toda España, comparándolos con los centros sanitarios de gestión pública, para comprobar si sus resultados responden a los criterios esgrimidos para justificar su puesta en práctica (reducir la burocracia, aumentar los niveles de productividad, eficiencia y calidad asistencial o promover mayores transparencia y participación), así como su repercusión en los valores esenciales que el sistema sanitario público debe garantizar, como la equidad, la accesibilidad y la calidad.

Los resultados muestran que las fundaciones tienen menos personal (total, médico y de enfermería), realizan menos consultas por habitante, tienen mayor tiempo de espera, recortan camas y quirófano y menor productividad que los hospitales públicos de similares características.. (*Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia, Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García. Fundación Alternativas Documento de trabajo 43/2004, Nuevas Formas de Gestión y su impacto sobre las desigualdades: M Martín y M. Sanchez Bayle Gaceta sanitaria 2007; 18 (supl 1): 96-101*)

Los contratos de sus profesionales acogidos al modelo laboral soportan una elevada temporalidad y no se atienden equidad, mérito o capacidad. Las experiencias demuestran que la subcontrataciones como la limpieza, lavandería y alimentación y presentan numerosas irregularidades. La gestión presupuestaria carece de rigor y transparencia y soporten un importante endeudamiento. Todo ello hace concluir que la gestión empresarial de los centros sanitarios estaría destinada, además de a reducir el gasto sanitario, eludir los controles públicos (p. ej., de los tribunales de cuentas independientes de la Administración). Las fundaciones sanitarias no parecen un modelo que vaya a mejorar asistencia sanitaria y la eficiencia.

Autonomía de Gestión, Gestión Clínica, Institutos clínicos

Estos modelos pretenden trasladar el modelo empresarial a los centros sanitarios públicos y la creación de unidades que integren recursos y profesionales de diferentes especialidades, disciplinas y niveles asistenciales. Su puesta en práctica exige la descentralización administrativa y funcional de los servicios sanitarios y la creación de nuevas unidades que integran.

Sus promotores dan a estas unidades autonomía plena para organizarse, financiarse y establecer relaciones con otras unidades y centros, con la finalidad de generar beneficios y posibilidad de

apropiárselos (incentivación). La idea es crear microempresas dentro de los centros con capacidad para competir y/o establecer alianzas y acuerdos con otras del mismo o de diferentes centros sanitarios para desarrollar sus estrategias empresariales.

Los objetivos teóricos de estas unidades se centran en mejorar la eficiencia, la calidad y la racionalidad de los centros sanitarios, trasladar a los servicios y centros sanitarios y las estrategias empresariales basadas en competir y asumir riesgos y reducir los costes en la actividad de los centros.

Los contratos como eje de las relaciones entre los elementos del sistema sanitario

Se pretende que las relaciones entre financiadores, compradores y proveedores se basen en transacciones de servicios reguladas por contratos: Los directivos asumen riesgos en sus decisiones, sin poner en juego su patrimonio, aunque pueden apropiarse de una parte de los beneficios y ahorros generados. Teóricos de los sistemas de salud del Reino Unido como Allyson Pollock o Sally Ruane han señalado que los contratos (la separación entre financiación y provisión) son el eje fundamental sobre el que pivota el desmantelamiento de la Sanidad Pública al introducir en su interior la lógica de los intereses comerciales y de la búsqueda de beneficios. Principales riesgos asociados a esta estrategia:

- Fragmentación de los centros sanitarios
- Imposibilidad para garantizar una atención integral e integrada basada en la cooperación y coordinación entre niveles asistenciales, servicios y profesionales asistenciales.

Este modelo lleva asociados importantes problemas:

- Se refuerza el poder de algunos grupos profesionales dentro de los centros sanitarios como son gerentes y jefes clínicos, sobre todo de aquellas especialidades que manejan tecnologías más avanzadas que les otorga mayor prestigio y capacidad para conseguir recursos costosos
- Se condiciona la capacidad de decisión de los profesionales clínicos cuya actividad quedará condicionada a los gerentes de las nuevas unidades
- El sistema pierde capacidad para planificar el sistema
- Se favorece que estas unidades con autonomía de gestión puedan seleccionar los clientes rentables y a rechazar los que presenten patologías más complejas y costosas.
- Se potencian los enfrentamientos por acaparar recursos y tecnologías (poder de influencia y decisión de las unidades), lo que incrementa los costes y deteriora la racionalidad y la equidad en la asignación de los mismos.
- Acaba con las áreas sanitarias como espacios físicos y poblacionales para asignar, gestionar, coordinar los recursos atendiendo a criterios de racionalidad y equidad. Las relaciones basadas en un mercado precisan grandes espacios para competir para captar clientes (como ejemplo podemos señalar el que la Comunidad de Madrid, enfrascada en un proceso de desmantelamiento y privatización para dar entrada a proveedores privados que ha suprimido las 11 áreas de salud para crear una sola)
- Se favorece la privatización del sistema dado que las multinacionales tendrán la oportunidad de seleccionar y apropiarse de las parcelas más rentables del sistema.
- Imposibilitar el desarrollo de sistemas de información, dado que las relaciones basadas en la competencia evitan que las unidades empresarializadas proporcionen información y pistas a los competidores sobre sus debilidades y fortalezas.

La Atención Primaria gran perdedora en este modelo

La AP tiene asignado la función de eje del sistema sanitario, que aunque no se haya desarrollado completamente ha mejorado la racionalidad en el uso de los recursos y un mejor acceso a los mismo.. En un modelo basado en el agrupamiento de recursos especializados con capacidad y autonomía para competir por recursos y pacientes, la AP quedará relegada a un papel subalterno de filtro para controlar del flujo de pacientes a las nuevas unidades empresariales, más fuertes y poderosas. La falta de poder de la AP se puede comprobar en la desaparición de las gerencias de AP que están siendo absorbidas por las hospitalarias.

La gestión empresarial busca reducir costes y maximizar beneficios y lleva asociada la reducción de recursos humanos y de actividad no rentable,, especialmente en un marco de crisis y de reducciones presupuestarias (el riesgo de trasladar a sanidad los modelos empresariales de de IKEA o Ryanair).

Solo una AP potente y con capacidad negociadora puede garantizar la integralidad de la atención, la racionalidad en el uso de los recursos y la deriva medicalizada y despilfarradora del actual modelo. Pero esto es imposible con la creación de unidades clínicas con capacidad de negociar presupuestos, recursos y actividad.

La ciudadanía perderá definitivamente su capacidad para colaborar activamente en la planificación y control de los servicios. El cliente paga pero no decide

Financiación Público Privada: algunas experiencias

La experiencia en el Reino Unido

Según una evaluación de la organización profesional NHS Consultan's Association del Reino Unido en 1995 las PFI mostraron: Un Aumento de los costes burocráticos; su incompatibilidad entre los planes estratégicos de salud y el mercado; la aparición de competición y confidencialidad comercial y ruptura de la cooperación; el establecimiento de distintos servicios para grupos de población; el cierre de centros y la reducción de prestaciones; presiones financieras para disminuir la cantidad y calidad de los servicios y disminuir la investigación clínica; la desmoralización de los profesionales; la noción de que la provisión sanitaria pública es extravagante y poco practica; la erosión de la salud pública; y un importante déficit democrático en detrimento de la participación de los profesionales y ciudadanos

Estas modalidad de gestión de los hospitales condicionaron que el 13 % de las enfermeras tituladas fueran reemplazadas por ayudantes de atención sanitaria (<http://www.web.ca/ohc/nursesandP3s.htm>); reducciones de entre un 20 y un 30 % menos de plantilla que los hospitales (14 % en personal médico y enfermería, 38 % en personal de apoyo) (Pollock, A. et al. Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? *bmj*, Vol. 321, 2002). El NHS calcula en 100.000 el número de puestos de trabajo menos (el 10 % de la plantilla) (3), 36.000 de ellos en el 2007 (*Diario Médico*, 8 enero 2007); el éxodo enfermería: el 45 % de las enfermeras tituladas en los últimos 4 años se han ido al extranjero (*The Guardian*, april12, 2006: Nursing crisis looms, says RCN).

El fiasco de Alzira Hospital de financiación y gestión privada (la mentira del riesgo):

En 1998 Adeslas se lanzó a un nuevo negocio: construir y gestionar un hospital público a cambio de una cuota de la Administración por cada habitante asignado. La ganadora fue una unión temporal de empresas controlada por Adeslas (con el 51%), Bancaixa y la Caja de Ahorros del Mediterráneo (el 45%) y las constructoras Dragados y Lubasa (con el 2% cada una de aseguradoras sanitarias, cajas de ahorros y constructoras). Sin embargo los números no salieron.

En cuatro años perdieron 2,67 millones: contrato en caso de perder dinero lo pondrían los accionistas de la empresa y no el Estado”, pasó todo lo contrario.

La Generalitat Valenciana rescató el hospital, pagó las deudas (supuso el 40% de toda la inversión sanitaria 2003) y volvió a sacarlo a concurso con reglas más favorables a la (misma) concesionaria Incluyendo la atención primaria (controlar flujo de pacientes) y subió la cuota por habitante un 68%: de 225 a 379 euros (ahora está en 639). Desde 2003 a 2011 la compañía ha obtenido beneficios de 28 millones de euros. Las Condiciones laborales y salariales de los trabajadores son peores que en la pública, trabajan 180 horas más al año, su salario fijo es un 10% inferior al público, los ritmos de trabajo son abusivos con unas plantillas sobre-explotadas e infra-dimensionadas. Los pacientes de fuera se facturan a la Generalitat: tienen servicios de hospital general (no comarcal) un 15% ingresos de la concesionaria (28,8 de 193 millones) procedieron de pacientes de otras áreas.

PFI en Madrid

En el caso de Madrid los 7 nuevos hospitales de financiación privada además de tener unos sobre costes siete veces superiores (a las concesionarias privadas les costaron 701 millones de euros y la administración pública deberá pagar 5.010 millones), sus costes por cama y año son un 34,7% más elevados que los públicos. El coste por cama en los hospitales gestión privada fue en el año 2010 de 424.920 €/año frente a 277.375 €/año en las de gestión pública. Hay que a pesar de tener menores costes los hospitales públicos de Madrid tienen más camas (923 camas de media frente a 226 de los privados) por lo que su equipamiento técnico es más complejo, tienen más personal y atienden patologías más complicadas y costosas

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de 2006 concluyó que la iniciativa de financiación privada para construir y gestionar hospitales es más cara como consecuencia de que el sistema público debe financiar los mayores costes financieros que soportan las empresas concesionarias que además deben repartir dividendos a accionistas y a la ingente cantidad de dinero que los Gobiernos tienen que destinar al rescate de estos hospitales cuando quiebran (cosa que ocurre con bastante frecuencia). En un informe publicado en el Boletín de la OMS sobre la PFI: “*Bulletin of the World Health Organization 2006;84:890-896*” sobre “*Alianzas publico-privadas para los hospitales*” se reseña que la experiencia de países como Australia, España y el Reino Unido demuestra que los nuevos hospitales de financiación público-privada son más costosos que si se hubieran empleado los métodos tradicionales además de ser proyectos extremadamente complejos que complican aún más la ya de por sí difícil tarea de construir y dirigir un hospital.

Riesgos asociados a la externalización de los servicios (reducir y compartir conocimientos con socios privados):

Pérdida de calidad (la empresa quiere reducir costes y maximizar sus ganancias); en sanidad evaluar la calidad de los resultados es compleja y difícil para el sistema y para los usuarios; el monopolio privado elimina la posibilidad de castigar a la empresa o cambiar de proveedor es casi imposible; el conocimiento lo tiene la empresa contratada lo que dificulta evaluar la calidad de los resultados por el sistema); se produce una descapitalización intelectual del sistema público; el sistema público queda sometido a la empresa privada en un sector estratégico (dependencia); los servicios públicos carecen de capacidad para evaluar y controlar a empresas contratadas ; las empresas privadas maquillan resultados; existen evidencia de trasferencias de personal entre empresas privadas y gestores públicos (conflictos intereses): los gestores evitan enfrentarse a empresas que les pueden contratar

¿Que subyace bajo la privatización de la sanidad pública de la Comunidad de Madrid?

1 – *Intereses políticos:*

- Algunos patronos de la FAES, fundación que elaboró el documento de privatización de nuestro SNS, o sus familiares directos pertenecen, o pertenecían durante su elaboración, a Bankia (Ribera Salud) y/o a los consejos de administración o los patronatos de las fundaciones de la industria sanitaria privada.
- Uno de los objetivos esenciales de la Madrid Medical destination (MMD) sociedad privada “sin ánimo de lucro” del popular Manuel Lamela (1,8 millones de euros/año de ingresos para el exconsejero, según estimaciones) es la atención al turismo sanitario de primer nivel, por lo que es una de las entidades que más se beneficiará de la decisión del gobierno de Rajoy de suspender la atención sanitaria a no residentes. El Instituto Valenciano de Infertilidad, socio de la MMD y principal grupo europeo de reproducción asistida, se aprovechará de la ausencia de cobertura de este servicio por la sanidad pública, así como Capio, Sanitas y Adeslas, que incrementarán sus clientes en este y otros servicios que se eliminarán de la cartera básica del SNS (decreto 16/2012).
- Además, Romay Becaría (FAES) es patrono de la fundación renal FRIAT, concertada con la sanidad pública, Rodrigo Rato, aún es director de la Caja Madrid de Bankia (Ribera salud) y la presidenta de Genómica, de la farmacéutica Zeltia, empresa patrocinadora de las empresas beneficiarias (IDIS) es Rosario Cospedal hermana de Dolores (FAES).

2 – *El fracaso de la gestión sanitaria del gobierno de Aguirre*, ya que sus nuevos hospitales solo tienen cabida en los presupuestos y en la asistencia sanitaria de la Comunidad *si previamente se desmantelan los hospitales públicos*, que gozaban de gran prestigio antes de someterse al rodillo de la expresidenta.

3 – *El intento de compensar las pérdidas de una red de empresas y entidades financieras con grandes problemas de tesorería y en muchos casos vinculadas al partido gobernante.*

- La decisión de privatizar la sanidad madrileña es de tal envergadura que no puede ser adoptada por un presidente interino, aprovechando el trámite de los presupuestos, sino que debería discutirse en el parlamento o incluso someterse a una consulta popular.
- La ausencia de transparencia y los intereses cruzados entre los que toman la decisión y los que se benefician de ella la convierten en nula de pleno derecho y no debe ser admitida por los profesionales del sistema público ni por la población de la Comunidad de Madrid

Medicina gestionada hospitales HMO

En Estados Unidos los costes de los hospitales con ánimo fueron en el año 2001 un 19% más elevados que los públicos, alcanzando los 6 billones de dólares en dicho año (*Woolhandler S : JAMC 2004 ; 170 : 1814-15*). Entre las causas de este sobre coste están unos mayores gastos de administración: el gasto burocrático fue un 19% del total en los hospitales de las *Health Maintenance Organization (HMO)* con ánimo de lucro (organizaciones que proporcionan atención médica para seguros de salud), frente al 13% en las HMO sin ánimo de lucro; mientras que los costes administrativos en el *Medicare* (seguro para los mayores de 65 años en Estados Unidos) supusieron 3% del total frente al 1% en los hospitales públicos de Canadá.

Estos mayores costes de los centros privados se dan a pesar de que los centros privados realizan selección de riesgos rechazando a los pacientes con patologías costosas o complejas de tratar

(Woolhandler S: JAMC 2004 ; 170 : 1814-15); tienen peor calidad asistencial y una mayor mortalidad y morbilidad general y en áreas específicas como en el tratamiento de la diálisis renal.

Propuestas sostenibilidad del sistema

1. Mejora de la financiación sanitaria

Hay que ser conscientes de que con la bajada del 5% de los sueldos de los empleados públicos se ha producido “de facto” una disminución del gasto sanitario de aproximadamente el 2,5% de promedio. Esta disminución, así como los ahorros generados del resto de las medidas deben de destinarse a la financiación sanitaria para evitar que vuelva a producirse una generación de deuda. La perspectiva debe de ser de situar el gasto sanitario en el promedio de la UE.

2. Carácter finalista de la financiación

La financiación sanitaria debe de dirigirse a las CCAA con carácter finalista estableciendo mecanismos de control de su utilización y condicionando los nuevos fondos a la comprobación del uso debido de los ya recibidos. Por supuesto las CCAA tendrán la opción de destinar otros fondos propios al sistema sanitario.

3. Mejorar la cohesión del SNS mediante el Plan Integrado de Salud

La aprobación del Plan Integrado de Salud debe de servir para establecer los objetivos comunes al conjunto del SNS y también para determinar las necesidades de salud de las CCAA y los presupuestos necesarios para atenderlas. Es muy importante el papel del Consejo Interterritorial del SNS en su elaboración y aprobación.

4. Rechazo al copago

Implantar copagos para el acceso a las prestaciones sanitarias, tal y como ha demostrado la evidencia científica, solo produce inequidades porque penaliza a los mas enfermos y a los que tienen menos recursos económicos.

5. Reducir el gasto farmacéutico

Con el objetivo de disminuir en 2.200 millones de € anuales el gasto farmacéutico habría que avanzar en las siguientes medidas:

- Aumentar el consumo de medicamentos genéricos para alcanzar el 25% del gasto farmacéutico
- Establecer la financiación por equivalentes terapéuticos
- Limitar el marketing/ promoción al 5% del gasto de las empresas, estableciendo sistemas de transparencia y publicidad de todas las subvenciones de las empresas farmacéuticas a los profesionales de la salud.
- Establecer un sistema independiente y científicamente contrastado de información y formación de los profesionales.

6. Disminuir la utilización tecnológica ineficiente

Se trata de disminuir la variabilidad de la práctica clínica (al menos en 10 puntos las utilizaciones sin indicación) y de mejorar la adecuación de la utilización de la tecnología. El ahorro potencial de estas medidas es muy alto, pero también hay que ser conscientes de que su efecto solo puede producirse a medio y largo plazo y precisan de la colaboración de los profesionales de la salud. En esta línea habría que avanzar en:

- Formación de los profesionales en medicina basada en la evidencia
- Evaluación de la utilización tecnológica para adecuarla a las necesidades de salud de la población.
- Establecimiento de guías de practica clínica basadas en la evidencia
- Potenciar una agencia de calidad del SNS que evalúe la practica clínica y el funcionamiento de centros y servicios sanitarios

7. Incrementar el numero de camas de media y larga estancia, para conseguir una ratio de 1 cama de hospitales crónicos por 1.000 habitantes, favoreciendo además el aumento de las plazas de hospitales de día

8. Potenciar la Atención Primaria de Salud.

Lo que supondría el desarrollo de las líneas de la estrategia de AP21 en todas las CCAA, mejorando los recursos de la AP y su situación presupuestaria

9.- Potenciar la promoción de salud frente a la medicalización y uso intensivo recursos

10. Favorecer la integración de la Atención Primaria y la especializada

Para lo que es fundamental el desarrollar canales de información entre ambos niveles y establecer criterios comunes de abordaje de los problemas de salud más prevalentes, que permitan evitar duplicaciones de actuaciones innecesarias.

10. Despolitizar la gestión sanitaria

Para ello hay que desarrollar una especialidad en gestión sanitaria, asegurarse de sistemas de cobertura de plazas basados en criterios profesionales y fomentar y/o establecer sistemas de participación ciudadana y profesional.

11. Revertir el proceso de privatización

Hay que cesar las nuevas privatizaciones y volver a integrar en la red pública a los centros privatizados, Como ya se ha señalado ello supone un ahorro de mas del 70% en el coste de las nuevas infraestructuras sanitarias.

12. Crear una agencia de compras del SNS

Para permitir el uso de las ventajas de las economías de escala en las compras del sistema sanitario público abaratando costes.

LA PRIVATIZACIÓN CONDICIONA EL DESARROLLO DEL SNS

El sistema sanitario público en España se encuentra en riesgo real de privatización. Resulta paradójico que se pretenda cambiar un modelo público que ha conseguido un gran reconocimiento internacional por su nivel de equidad, eficacia y eficiencia, por otro modelo basado en el mercado y la competencia que ha demostrado ser más costoso e irracional, y que además limita el acceso a la población a los servicios.

La explicación de esta paradoja es el interés de los grandes grupos económicos y financieros por adueñarse de los enormes recursos que los países destinan a sanidad, sobre todo ahora en que la crisis financiera ha frenado la actividad económica y reducido las oportunidades de negocio. El gasto sanitario público y privado de los países más desarrollados que integran la OCDE supone el 9,5% del PIB, con un máximo del 17,6% en Estados Unidos (el más privatizado) y del 6,1% de Turquía (el menos desarrollado).

España con 9,6% del PIB destinado a sanidad se encuentra en la media de gasto sanitario de la OCDE, y en los últimos puestos de los países de la UE-15 (para equipararnos a la media de la Europa desarrollada deberíamos gastar 6.000 millones de euros más al año). Como se puede ver en el Gráfico I, los países con modelos basados en el aseguramiento privado (Países Bajos, Francia o Alemania) tienen un gasto muy superior al de los países con sistema nacional de salud (Reino Unido, España, Suecia o Italia) en el que las aseguradoras tienen un papel secundario.

La componente pública del gasto sanitario, España representa el 6,7% del PIB, por debajo de la media de estos países ocupando el tercer lugar por la cola, delante de Grecia y Portugal (Gráfico II)

Los países con modelos basados en el aseguramiento privado tienen más gasto sanitario total y público que los basados en un Sistema Nacional de Salud (aseguramiento, financiación y provisión mayoritariamente pública¹) por lo que además de más ineficientes, las aseguradoras y proveedores de servicios privados consiguen mayores beneficios a costa de los fondos públicos (Gráfico III). A pesar de esta evidencia el actual gobierno del PP pretende cambiar el actual modelo basado en el Sistema Nacional de Salud por otro basado en el Aseguramiento

Gráfico I

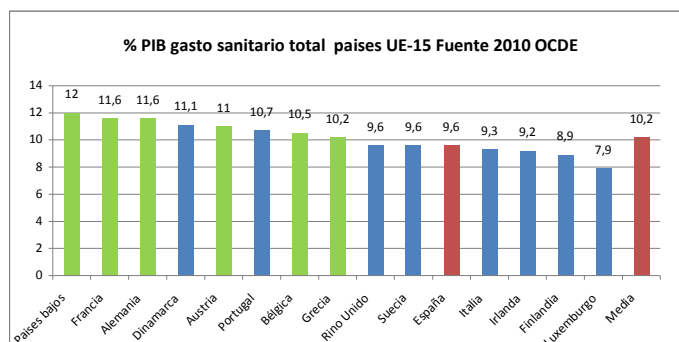


Gráfico II

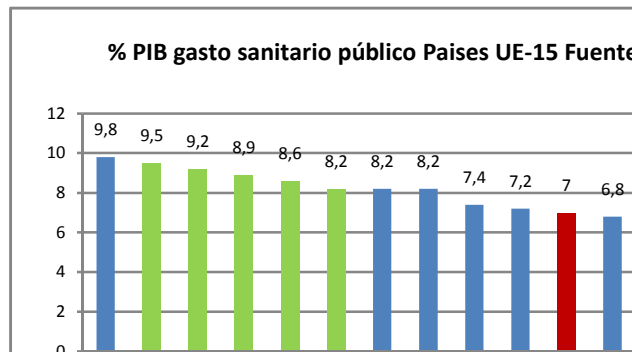
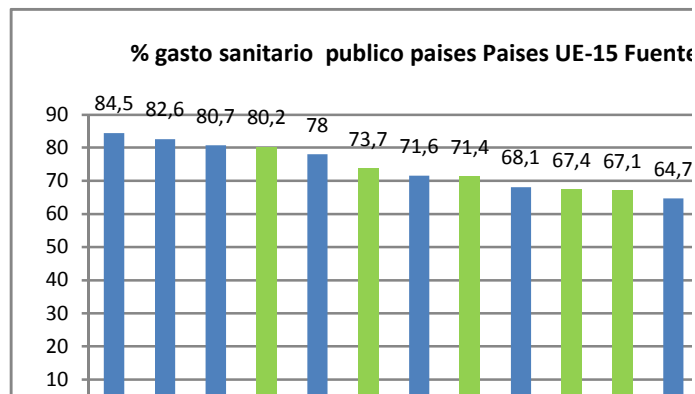
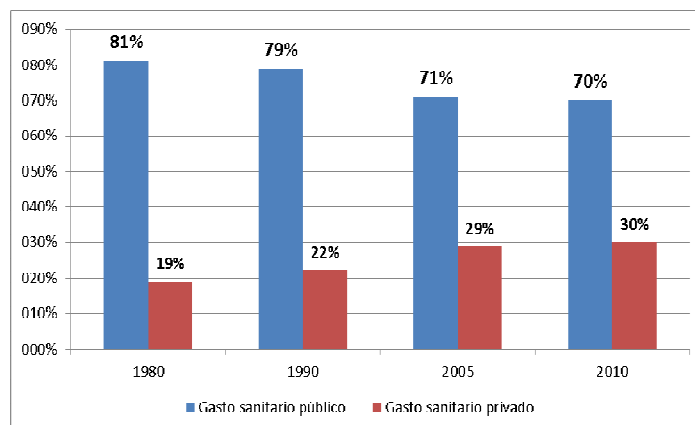


Gráfico III



La privatización en España ha avanzado en los últimos años, pasando de un gasto sanitario público del 80 al 70% de 1980 a 2010, lo que supone un incremento del 36%: Hay que tener en cuenta además que el gasto en medicamentos, tecnologías y externalizaciones también acaba en manos del sector privado (Gráfico IV)

Gráfico IV



¿Quién está detrás de las políticas de desmantelamiento y privatización de los servicios sanitarios públicos?

Esta política está alentada por grandes fondos de inversión multinacionales, bancos, fondos de pensiones, etc. que han acumulado un inmenso poder económico gracias a la globalización y a

la especulación (prestamos a los Estados), las aseguradoras sanitarias que están ampliando su negocio comprando centros sanitarios, los laboratorios farmacéuticos y las multinacionales de la tecnología sanitaria, que pretenden mantener e incrementar los enormes beneficios obtenidos con fondos públicos en la última década. Por último estarían las grandes constructoras sanitarias en crisis por el estallido de la burbuja inmobiliaria que ven la Iniciativa de Financiación Privada de las infraestructuras sanitarias una oportunidad de negocio con fondos públicos.

Esta estrategia ha sido promovida y apoyada abiertamente por los principales organismos internacionales como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y las instituciones que gobiernan la Unión Europea (Tratado de Maastricht).

El **Banco Mundial** (institución que presta dinero a los países de todo el mundo) está gobernada por los Estados Unidos que la preside de manera permanente y por los países más desarrollados principalmente Alemania, Reino Unido, Francia y Japón, que tienen una enorme capacidad de influir sus decisiones. Esta institución en los Informes de los años 1987 y 1993 propuso que todos los países deberían reducir su gasto sanitario público, promover el aseguramiento privado, estimular las privatizaciones de servicios, introducir los mecanismos de mercado y la competencia público-privada en las relaciones sanitarias, acabar con el monopolio público de los servicios sanitarios, para abrir espacio al sector privado, introducir el copago por el uso de los servicios, y reducir la cartera de servicios de la sanidad pública.

La **Organización Mundial del Comercio** que también está controlada por los países desarrollados, está promoviendo la liberalización (privatización) de los servicios sanitarios junto con las comunicaciones, transporte, energía, cultura, educación o sanidad, con el objetivo de eliminar trabas y obstáculos al comercio internacional y abrir oportunidades de negocio en el sector sanitario a las grandes multinacionales, para lo que plantea liberalizar el comercio de servicios de salud, potenciar la inversión extranjera en servicios sanitarios. Los acuerdos de la OMC con la Unión Europea obligan a abrir el mercado de los servicios de salud a la competencia interna y a los proveedores extranjeros, favorecen la movilidad de los profesionales sanitarios, promueven la participación del sector privado en la provisión de servicios sanitarios y potencian el aseguramiento.

El **Fondo Monetario Internacional** (organismo de las Naciones Unidas) que está presidido de manera permanente por una personalidad europea siendo la vicepresidencia estadounidense, plantea la necesidad de introducir el mercado en las relaciones sanitarias mediante la competencias público-privada, potenciar los seguros privados, y a los proveedores sanitarios privados en los sistemas públicos, introducir el Copago, restringir la oferta de servicios sanitarios públicos y reducir el gasto sanitario público.

La **Unión Europea**, en su estrategia de creación del euro como moneda única adoptó una serie de medidas como la limitación del déficit público por debajo del 3% del PIB, la deuda pública al 60% del PIB, mientras que no considera como endeudamiento público el contraído por los Estados con el sector privado, a través de la Financiación Público Privada (PFI) para favorecer la privatización de la construcción y gestión de las infraestructuras sanitarias públicas. Paralelamente la llamada Troika (Comisión Europea, Banco Central Europeo y FMI) está obligando a los países europeos en crisis a reducir el gasto y el tamaño del sector público y disminuir la protección social a la población en sanidad, educación, pensiones y otros servicios públicos.¹

¹Mark Weisbrot y Helene Jorgensen [Macroeconomic Policy Advice and the Article IV Consultations: A European Union Case Study](#)

Como se puede observar las propuestas de todos estos organismos son de naturaleza similar y su objetivo es dismantelar los sistemas sanitarios y avanzar en su privatización.

Estrategia para la privatización del sistema sanitario en España

El sistema sanitario público universal, equitativo, accesible y de alta calidad, goza del apoyo de más del 80% de la población (como reflejan todas las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas- CIS), por lo que su dismantelamiento puede tener grandes consecuencias políticas para el gobierno. Esta situación se pretende evitar poniendo en marcha una estrategia basada en la ocultación, privatizando por parcelas y de manera descentralizada, aprovechando la capacidad normativa de las CCAA para introducir cambios legislativos y funcionales de los servicios.

El llamado Informe Abril proponía en 1991 crear un mercado sanitario con competencia entre proveedores públicos y privados separando la financiación de la provisión de servicios, el abono de los servicios por los usuarios al utilizarlos (copago) dar entrada en el sistema a las aseguradoras privadas y transformar los centros sanitarios en empresas huyendo de la gestión y el control público. La presión y movilización de los sindicatos y los defensores de la sanidad pública, freno su aplicación en aquellos momentos, aunque los sucesivos gobiernos la han desarrollando de una manera solapada por lo que gran parte de las propuestas ya están aplicadas por los diferentes servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.

La privatización afecta al aseguramiento, financiación, gestión y provisión del sistema sanitario público

- Aseguramiento: Jose María Aznar introdujo de manera solapada los seguros complementarios con deducciones fiscales a las empresas y a los empleados que los suscribieran. Ahora el Real Decreto Ley 16/2012, cambiando la naturaleza del sistema, vincula el derecho a la asistencia sanitaria a la cotización laboral (en lugar de a la residencia en el país), y crea tres carteras de servicios, dos de las cuales no estarán financiadas por el sistema público, por lo que los ciudadanos deberán suscribir seguros complementarios para ser atendidos, poniendo fin a la universalidad, la equidad y el carácter redistributivo del sistema sanitario público.

- Financiación: Vulnerando sus promesas electorales el gobierno, ha implantado el Copago. Los pensionistas deberán pagar una parte de los medicamentos, lo mismo que el transporte no urgente en ambulancia, las ortesis y prótesis, los alimentos especiales, o los sillones para el descanso de los acompañantes de los pacientes en los hospitales. Núñez Feijoo presidente de Galicia ha anunciado que las personas hospitalizadas abonarán las comidas, limpieza, higiene, etc. Las desgravaciones fiscales a los seguros complementarios forman parte de la privatización de la financiación ya que descapitaliza la sanidad pública al reducir los ingresos fiscales que la sostienen.

- Gestión y Provisión: Con la finalidad de evitar los controles de la función pública se están transformando los hospitales en empresas para introducir el mercado y la competencia entre proveedores públicos y privados. Para llevar adelante estas medidas, se están dotando a hospitales y centros sanitarios de personalidad jurídica propia, mediante distintas fórmulas como los entes públicos, fundaciones públicas y consorcios; contratando servicios con el sector privado y cediendo la gestión de centros a proveedores privados, interesados en hacer negocio con la asistencia sanitaria

La Ley 15/1997 legalizó y habilitó la gestión privada en los centros del Sistema Nacional de Salud mediante numerosas formulas basadas en el modelo empresarial, lo que además de la privatizar la gestión está fraccionando el sistema en múltiples entidades acogidas a formas de

gestión diferente, lo que medio largo plazo creará un caos en el sistema sanitario que imposibilitará cualquier intento de gestión integral.

La Gestión pública directa se aplica en los centros públicos; en los Entes Públicos con personalidad Jurídica Pública y gestión privada (OSAKIDETZA, Hospital de Poniente); en los Consorcios que integran recursos pertenecientes a diferentes administraciones utilizados en hospitales de Cataluña o Andalucía como los hospitales del Aljarafe (cedidos a la Obra de los Hermanos de San Juan de Dios); las Fundaciones Públicas de diferentes CCAA como Asturias, Baleares, Madrid o La Rioja ; las Sociedades Mercantiles (como GALARIA que gestiona los recursos de alta tecnología en Galicia); y las Entidades Públicas Empresariales.

La Gestión indirecta incluye múltiples fórmulas jurídicas privadas como las Fundaciones Sanitarias Privadas, Cooperativas de médicos (EBAs en Cataluña), Sociedades Laborales, Sociedades Mercantiles de titularidad privada o mediante la contratación externa de servicios, Convenios, Conciertos, Conciertos singulares (POVISA), Concesiones de Obra Pública (hospital de Alzira) o las Iniciativas de Financiación Privada PFI en Madrid, Castilla y León y Galicia) y los arrendamientos

Las nuevas formas de gestión privada

Las Fundaciones sanitarias públicas son sociedades mercantiles creadas por las administraciones públicas para fines de interés general, tienen personalidad jurídica privada (reguladas por el Derecho Privado). No se rigen por Ley de Contratos del Estado, sus órganos rectores son patronatos, su personal está regulado por el Régimen Laboral y se financian por Contratos Programa.

Sociedades Anónimas, utilizadas habitualmente para gestionar recursos de alta tecnología (MEDTEC o GALARIA). Sus accionariado esta constituido por altos cargos de las administraciones sanitarias, y contratan sus servicios (radiología avanzada, cirugía cardíaca, hemodinámica, asesoría y evaluación recursos., etc.) con el sistema público, del que paradójicamente forman parte. Tienen autonomía plena para gestionarse, se rigen por la legislación privada, contratan el personal y adquieren su equipamiento al margen de la Ley de Contratos del Estado. Estas empresas se ubican en hospitales públicos cuyas infraestructuras utilizan.

Concesión obra pública (Modelo Alzira) en este modelo la administración cede a una Unión Temporal de Empresas (UTE) la financiación, construcción y gestión del hospital. A cambio la administración le paga una cantidad por paciente al año y el excedente queda en manos de estas concesionarias. El Hospital de Alzira, fue una experiencia piloto puesta en marcha en la Comunidad Valenciana en la que la UTE estaba integrada por Adeslas (51%), Bancaixa y la Caja de Ahorros del Mediterráneo (45%) y las constructoras Dragados y Lubasa (con el 2% cada una). Posteriormente este modelo se amplió a los hospitales de Torre Vieja, Denia, Manises y Elx-Crevillent

Iniciativa de financiación privada (PFI): En esta fórmula la administración sanitaria cede a la concesionaria la financiación, construcción y gestión de la parte no sanitaria de los hospitales (administración, limpieza, alimentación, lavandería, aparcamiento, locales comerciales, etc.). La administración pública paga un *canon* durante 20-30 años a cargo del presupuesto para

funcionamiento de los centros sanitarios, tanto hospitales como centros de Atención Primaria, y gestiona la parte asistencial. Las empresas concesionarias se reparten las responsabilidades y los beneficios: Los bancos adelantan el dinero de la obra mientras que las constructoras levantan los edificios y corren con el 20 % del coste. La experiencia del Reino Unido Y la CCAA de Madrid demuestra que las PFI multiplican los costes reales (hasta siete veces) y permite a las administraciones ocultar el endeudamiento ya que EUROSTAT no lo computa como tal.

Externalización/privatización de servicios hospitalarios: En Madrid se ha concedido al sector privado mediante la fórmula de subcontratas o externalizaciones, el *Laboratorio Central de San Sebastián de los Reyes de carácter privado* que da cobertura a seis hospitales públicos que se construyeron sin este servicio. En la Comunidad Valenciana se ha hecho lo mismo con la *Sociedad Erescanner Salud* que gestiona el servicio de Resonancias Magnéticas en Valencia. Los resultados de estas experiencias muestran que además de alejar los servicios diagnósticos de los profesionales clínicos se asocian a un descenso de la calidad y favorecen numerosos irregularidades. En la CCAA de Madrid se han denunciado numerosos fallos e irregularidades en el laboratorio centralizado, mientras que en Valencia se han disparado el número de pruebas radiológicas, que en muchos casos no se atienen a criterios de necesidad o racionalidad. En Galicia algunos hospitales han externalizado los servicios de Anatomía Patológica y de Diálisis Renal, a empresas presididas por personas cercanas al poder.

Privatización de los servicios y recursos estratégicos de los servicios de salud. Algunas de funciones y responsabilidades reservadas a las administraciones sanitarias se están subcontratando con empresas privadas. Se están externalizando la elaboración de los Planes de Salud, la gestión estratégica, los concursos de adjudicaciones de recursos y contratación de personal, las Centrales de Compras (Socio Tecnológico), los sistemas de información, las plataformas Informáticas, los sistema de citas de pacientes, los servicios de mantenimiento etc. En muchos casos las beneficiarias son empresas multinacionales como PWC y CAPIO, vinculadas al PP. La privatización de los sistemas de información permite a las empresas privadas conocer desde dentro el sistema sanitario, sus puntos fuertes y sus debilidades, algo fundamental para seleccionar y apropiarse de sus partes más rentables.

Privatización de la Planificación: El Plan Estratégico para Privatizar la Sanidad Pública Catalana ha sido elaborado por la multinacional PWC (presidia en su día por Luis de Guindos, actual Ministro de Economía), y propone la venta vía subasta de los Servicio de Ambulancias, Centro de Operaciones del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), Red de 30 laboratorios clínicos, Instituto de Diagnóstico por Imagen (IDI) empresa tecnológica que gestiona estos servicios en los ocho hospitales del Instituto Catalán de la Salud (ICS). El Plan incluye la propuesta de privatizar la gestión de 18 hospitales, 48 centros de atención primaria y un centenar de otros dispositivos asistenciales. La PWC proporciona una el listado de empresas que deberían participar en la privatización (Capiro Sanidad, Grupo Ribera Salud, USP, HM Hospitales) y llega a aconsejar la entrada al capital privado en dos fases, para aminorar el impacto político y social del plan y minimizar el rechazo del mismo por ciudadanos y sanitarios.

Privatización de las Unidades de Gestión Clínica mediante la creación de Institutos Clínicos. Pretende trasladar el modelo empresarial a la gestión de los servicios de los centros sanitarios públicos. Para ello plantea la descentralización administrativa y funcional de los servicios sanitarios y la creación de nuevas unidades que integran recursos y profesionales de diferentes especialidades, disciplinas y niveles asistenciales. Estas unidades tienen plena autonomía para organizarse, financiarse y para establecer relaciones con otras unidades y centros. Además se les

permite generar y apropiarse de los beneficios económicos que generen en su actividad. La finalidad es constituir microempresas dentro de los centros con capacidad para competir y para llegar a acuerdos con otros servicios del mismo o de otros centros sanitarios para hacer negocios. Esta estrategia, que asume plenamente la ideología neoliberal, utiliza la coartada de que la competencia mejora la eficiencia, calidad y costes al vincular actividad con la asunción de riesgos por los administradores y los integrantes de las mismas.

Los problemas de la privatización

1.- Problemas asociados al aseguramiento: La experiencia internacional, especialmente la holandesa donde más se han desarrollado estas propuestas, muestra que la competencia entre las aseguradoras privadas se asocia a ineficiencia e inequidad. Este modelo incrementa el gasto sanitario por los enormes costes administrativos necesarios para regular y controlar a las aseguradoras que intentan seleccionar los riesgos y trasladar al coste de las primas y sus ineficiencias a los usuarios sistema.

2.- Problemas asociados al Copago y recorte de la Cartera de Servicios: El copago es un impuesto a la enfermedad que afecta a los sectores sociales con menores ingresos: asalariados, pensionistas, enfermos crónicos y discapacitados, y a quienes más utilizan los servicios sanitarios. El copago dificulta el acceso a la asistencia a los sectores con menos recursos (en un reciente estudio de la FADSP en la Comunidad de Madrid se demuestra que el 27% de pacientes con pensiones menores de 400 euros mensuales no retiraron los medicamentos prescritos), incrementa las desigualdades sociales ya que mientras se eliminan y reducen los impuestos a las clases más favorecidas como el de sucesiones, patrimonio, de sociedades o los tramos del IRPF. El copago además de una tasa por el uso de servicios sanitarios reduce el carácter redistributivo del sistema, ya que la financiación vinculada al uso de los recursos es regresiva respecto de la financiación mediante impuestos, que gravan el capital y el patrimonio. Por último el pago por servicios asistenciales **afectará a la promoción y la prevención** de salud (que no se puede transformar en una mercancía objeto de compra-venta) y al seguimiento de enfermos crónicos y generará tensiones entre los profesionales sanitarios y los usuarios.

3.- Problemas asociados a la Privatización de la gestión de los centros vinculada al modelo empresarial:

- Las Fundaciones Sanitarias reducen la oferta de recursos y su actividad asistencial, sin reducir costes² por lo tanto es un modelo más ineficiente que los acogidos a la gestión pública (tabla I)

² Nuevas Formas de Gestión y su impacto en las desigualdades. M. Martín y M Sánchez. GAC Sanit., 2004 ;18 (supl I) 96-101

Tabla I

	Fundaciones	Hospitales Públicos (comarcales)	Diferencia en %
Medicos por mil habitantes	8,87	12,38	- 28,3 %
Enfermería por mil habitantes	21,08	35,58	- 40,7%
Personal no sanitario por mil habitantes	19,98	63,35	- 68,4%
Total personal por mil habitantes	41,65	74,17	- 43,8%
Camas / 1.000 h.	1,68	2,39	- 29,7%
Quirófanos / 10.000 h.	0,51	0,65	- 30%
Ingresos	61,8	81,4	-24,1%
Urgencias	286,8	395,7	-27,5%
Consultas	1.139,9	1.571,1	- 27,4%
Derivaciones a otros centros (% sobre ingresos anuales)	41,66%	25,9%	+ 60,8%

- Las Sociedades Anónimas como MEDTEC para gestionar los recursos de alta tecnología en Vigo, estuvo vinculada al llamado caso Aspergillus, que juzgó la mortalidad asociada a la contaminación por este hongo de un quirófano de cirugía cardíaca, que no reunía las condiciones adecuadas, ya que la empresa con su estatuto independiente del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) la permitió eludir las normas y controles de seguridad y la supervisión de los centros públicos. El Consello Galego de Contas detectó numerosas irregularidades en las contrataciones y adjudicaciones y una falta total de rigor y transparencia presupuestaria. Las movilizaciones sociales, lideradas por la Plataforma Galega para la Defensa de la Sanidad Pública, y la voluntad del gobierno progresista lograron que las Fundaciones se reintegraran a la gestión pública.

4.- Problemas asociados a la provisión y prestación de servicios: Algunos ejemplos muestran la irracionalidad de la Iniciativa de Financiación Privada, que además de dejar en manos de Consorcios Privados (empresas constructoras y fondos de inversión multinacionales) los hospitales públicos multiplica por 7 los costes finales, mientras reduce los recursos, el personal y la actividad de los centros para abaratar el coste para las empresas concesionarias. Con la finalidad de controlar riesgos, las administraciones están creando en los centros PFI estructuras de gestión integrada que someten a la Atención Primaria a los intereses de estos hospitales, para controlar la puerta de entrada y los flujos de pacientes y de patologías no rentables.

Algunos ejemplos de los problemas de la Iniciativa de Financiación Privada PFI en la Comunidad Autónoma de Madrid (tablas II, III y IV)

Coste hospitales PFI Madrid (tabla II)

Hospital	Coste obra	Canon	Coste 30 años	Propietarios
Aranjuez	58	9,7	300	Hispánica
Arganda	63	10,7	300	CFE, Caja Madrid
Coslada	93	16	480	Sacyr Vallehermoso
Majadahonda	250	45	1.350	Dragados
Norte	114	20	600	Acciona
Parla	84	15	450	Sacyr Vallehermoso
Valdemoro	72	25	990	Apax Parter
Vallecas	107	16,8	510	Begar, Ploder
Total	701	158,2	5.010	

Fuente: FADSP

Hospitales PFI de Madrid menos recurso que los Públicos (tabla III)

HOSPITAL	Camas/ 1000 habitantes	Médicos/ 1000 habitantes	Enfermeras/ 1000 habitantes
Vallecas	0,76	0,55	1,07
Sur	0,83	0,46	1,14
Tajo	0,85	0,68	1,70
Henares	1,10	0,67	1,68
Sureste	0,68	0,63	1,16
Norte	0,92	0,73	2,47
<i>Móstoles (Gestión pública)</i>	3	1,3	4,5

Hospitales PFI más costosos que los públicos (tabla IV)

	Hospitales PFI	Hospitales de gestión pública tradicional
Coste medio camas	438.290 euros/año	277.370 euros/año
Diferencia	160.919 euros menos en los públicos	

Fuente: Informe Secretaría de Políticas Sectoriales de UGT-Madrid. Abril 2010

Se detectan graves irregularidades y problemas de calidad: Un Informe realizado por la Inspección de Trabajo a requerimiento del sindicato de Comisiones Obreras de Madrid denunció, entre otras deficiencias como mala de señalización y y deficiencias prevención en caso de incendio como falta de extintores y salidas de emergencia; carencias de material, como sillas, mesillas, cuñas o material de quirófano; funcionamiento inadecuado de los circuitos de reposición; déficit de personal, especialmente en plantas de hospitalización, donde los sanitarios realizan tareas que no les corresponden; problemas de seguridad, como robos y agresiones por escasez de vigilantes. Como ejemplo señalar que en el Servicio de Psiquiatría del Hospital del Henares el turno de noche está cubierto solo por un auxiliar y un enfermero, que disponen de un único móvil para avisar a seguridad ante casos de urgencia, mientras que el vigilante no siempre se encuentra en zonas con cobertura.

Estos centros privados son menos eficientes que los públicos: Si comparamos los recursos y resultados de los 5 hospitales del grupo CAPIO de Madrid con los del Hospital de la Princesa las diferencias son abrumadoras (Tabla V. Datos 2011)

Tabla V

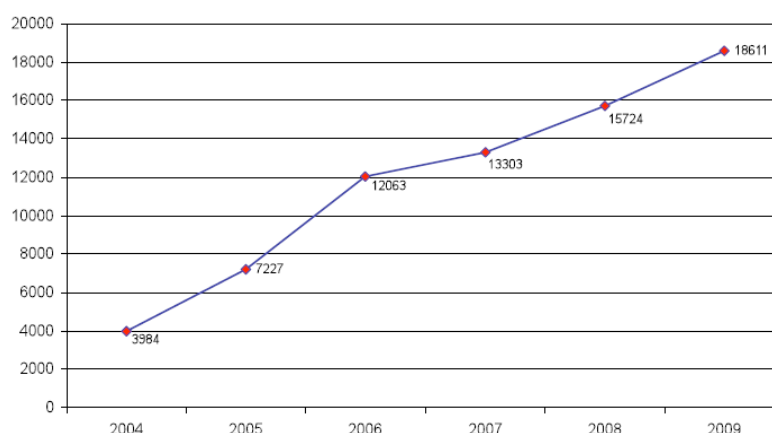
	Prepuestode millones de euros	Intervenciones quirúrgicas	Coste intervención en euros	Personal
Grupo CAPIO (5 hospitales privados)	672	53.810	12.488	3.985
Hospital de la Princesa (un hospital público)	158	23.556	6.707	2.135
Diferencia	514 (76%)	30.254 (56%)	5.781 (46%)	1.850 (46%)

El hospital público de La Princesa por si solo y con un prepuesto 76% inferior al de los 5 hospitales del grupo CAPIO y con un 46% menos de personal, realizó la mitad de las intervenciones de los otros cinco hospitales juntos, con un coste por intervención un 46% más reducido.

Estos hospitales privados generan un fuerte rechazo en la población madrileña (gráfico V)

Gráfico V

EVOLUCIÓN DE PACIENTES QUE RECHAZAN LOS CENTROS PRIVADOS



Ahora el Gobierno de la CCAA de Madrid pretende privatizar totalmente los hospitales PFI. Mientras mantienen el pago del canon por la construcción y la gestión de la parte no sanitaria, se incrementa el asociado a la gestión por asistencia sanitaria y se les asocia además la Atención Primaria para controlar pacientes y riesgos.

Para favorecer el negocio a las posibles concesionarias se pretendió dismantelar dos hospitales públicos de agudos para eliminar potenciales competidores públicos como el Hospital Carlos III y el hospital de la Princesa (al que se quiso transformar en un centro para mayores de 70 años, que sufren enfermedades crónicas y pluripatológicas, mucho más costosas.

Por último con la finalidad de abaratar costes a las multinacionales concesionarias se han reducido los presupuestos de los 6 hospitales PFI en un 10% para colocarlos en números rojos a partir de junio, fecha prevista para privatización total, lo que permitirá a las nuevas concesionarias aplicar Expedientes de Reducción de Empleo (ERES) para reducir personal al haberse descendido sus beneficios, condición que la nueva legislación establece como condición para poder aplicarlos.

Como consecuencia de este nuevo proceso de privatización todos los nuevos hospitales de Madrid pasaran a manos de los especuladores internacionales como Sanitas (ligada al Grupo BUPA Internacional Health Insurance) la mayor compañía británica de asistencia y seguros privados sanitarios; USP-Quirón: vendido a la compañía británica de capital privado Doughty Hanson & Co. Y Ribera Salud de Bankia y Adeslas (ligada a la Sociedad Goodgrower), todas ellas entidades de Capital Riesgo con sedes en paraísos fiscales.

Estos procesos está asociado a un escandaloso tráfico influencias que beneficia a dirigentes políticos

- Del Partido Popular En Comunidad de Madrid, como Antonio Burgueño: Ideólogo de Alzira y director general de Hospitales de Madrid y responsable del programa de privatización de la sanidad pública que asesoró a CAPIO para levantar el Hospital de Valdemoro. Juan José Güemes adjudicó el servicio de análisis en seis hospitales madrileños a la Unión Temporal de Empresas (Unilabs) de la que era Consejero de Administración. Manuel Lamela, forma parte de Madrid Medical Center, dedicada al turismo sanitario "de excelencia" beneficiario por tanto de la decisión de Rajoy de dejar sin cobertura sanitaria a los inmigrantes y que pertenece al Consejo de Administración de una de las empresas que gestiona el Hospital de Aranjuez, privatizado por él y que ha obtenido mas de 4 millones de euros de contratos con la sanidad pública). Manuel Marín, comisionado de la Conselleria

de Sanitat en la comarca de La Ribera, fiscalizó a Ribera Salud, empresa que siete años después lo contrató como director del departamento de salud. Teresa Echániz, trabaja en Capo Sanidad, y es hermana del secretario de Sanidad del PP y consejero en Castilla-La Mancha, José Ignacio Echaniz.

- De miembros de CIU en el caso de Cataluña: Boi Ruiz fue nombrado Conseller de Sanitat siendo presidente de la Unión Catalana de Hospitales (asociación empresarial de entidades sanitarias). Ahora promueve un Plan Elaborado por PWC para privatizar completamente la sanidad catalana. Josep Prat Domènech, presidente del (ICS) —que gestiona unos 400 centros sanitarios de titularidad pública— impulsa un plan que pretende trocear y abrir al capital privado a esta empresa pública. Compaginaba este cargo con la vicepresidencia de la multinacional USP Hospitales, uno de los mayores grupos sanitarios privados de España, hasta que se vio obligado a dimitir. Ramón Bagó presidente del Consell Rector la Corporació de Salut Maresme i La Selva (CSMS) que gestiona los hospitales de Blanes y Calella, y diversos Centres d'Atenció Primària. Este Consell contrata los servicios de CiGSA i BCGEST empresas que forman parte del Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC) fundado y dirigido por Ramón Bagó
- En el caso de Galicia la elaboración de las condiciones del contrato, la selección de la empresa concesionaria y el proyecto de obra del Nuevo Hospital de Vigo (modelo PFI), fue encargada por la Conselleira de Sanidade de Galicia a PWC, que lo adjudica a una Unión Temporal de Empresa (UTE) integrada por Acciona, Puentes y Calzadas, Altair Ingeniería y Aplicaciones, Concessia Cartera y Gestión de Infraestructuras y a OCA (Obras, Caminos y Asfaltos) y en el se consigna que el coste final de la obra alcanza los 1.795 millones de euros, multiplicando por siete el coste de la construcción, de 250 millones y cuatro veces más caro que el presupuesto de la Sociedade Pública de Inwestimentos (SPI) para el proyecto del nuevo hospital de Vigo previsto por la anterior administración. A pesar del brutal aumento de costes, el proyecto del hospital ha sufrido importantes recortes para hacerlo más atractivo a los adjudicatarios, de forma que se han reducido las camas de 1.460 a 900 (y mantener el Concierto Singular con el hospital privado POVISA); se redujo la superficie construida en más de 30.000 m² y se eliminaron los Módulos de Investigación y Docencia, mientras que las Unidades de Cirugía Maxilofacial y Quemados, que inicialmente iban a ser incorporadas al nuevo centro, quedarán en manos privadas. La financiación del proyecto se adjudicó a un grupo de cajas de ahorros actualmente en quiebra pero vinculadas en aquél momento a personalidades del PP, como la Caja de Ahorros del Mediterráneo y Bankia. La falta de recursos económicos ha obligado a paralizar la construcción del centro por la insolvencia de las entidades financieras. Para salir del atolladero, la Xunta ha pedido al Banco Europeo de Inversiones un préstamo de 180 millones, algo que viola las condiciones del contrato, cuya financiación corría a riesgo y ventura de la Concesionaria.
- *En la Comunidad Valenciana* El Modelo Alzira o la mentira del riesgo: En 1998 Adeslas se lanza al negocio de construir y gestionar un hospital público a cambio de una cuota anual por habitante de la Administración. Aunque el proyecto contó con el apoyo del Gobierno Valenciano las cuentas no cuadran para la empresa y en cuatro años la UTE pierde 2,67 millones. A pesar de que el contrato especificaba que en caso de perder dinero lo aportarían los accionistas de la empresa y no el Estado, se decide todo lo contrario y la sanidad pública valenciana, pone el dinero para sanear el centro y paga sus deudas (supuso el 40% de toda la inversión sanitaria de 2003) y vuelve a sacarlo a concurso con reglas más favorables para la concesionaria como incluir la atención primaria para controlar los flujos de pacientes, incrementar el pago por habitante en un 68% pasando de 225 a 379 euros (ahora está en 639) y el añadir la posibilidad de tratar (y facturar) la atención de pacientes de otras áreas, cosa que no permite a los hospitales públicos. Tras estas mejoras la administración valenciana adjudicó el hospital y su Área a la misma UTE constituida por Adeslas, CAM y Bancaja (Bankia).

- *En el Reino Unido:* Los resultados de la aplicación de este modelo, que sirvió de inspiración a los gobiernos del PP, demuestran, que la gestión empresarial aplicada a los hospitales constituye un riesgo para la salud. Recientemente el Primer Ministro Cameron pidió perdón y anunció el abandono de este modelo, al hacerle responsable de la muerte de 1.400 pacientes en el *Hospital de Starforhsire*, entre los años 2005-2008.. Las políticas de gestión privada busca beneficios reduciendo los médicos, enfermeras y atención a los pacientes. Las PFI han tenido un billón de libras de sobrecoste, según la revista sanitaria BMJ³.

5.- Problemas asociados a la externalización de servicios sanitarios Los argumentos esgrimidos para llevarla a cabo son que esto permite reducir costes e incorporar conocimientos de “expertos” al sistema que ayudaría a la productividad y la calidad del sistema público. Sin embargo la experiencia en estos años indica que lo que realmente provoca es una gran pérdida de calidad, ya que la empresa quiere reducir costes y maximizar sus ganancias. Como ejemplo podemos utilizar los resultados de privatizar la limpieza de los Hospitales PFI del Reino Unido: Las empresas adjudicatarias redujeron el número de limpiadoras a la mitad, para reducir costes. Como resultado las infecciones hospitalarias alcanzaron la tasa más Alta de la toda la UE⁴, (existe evidencia de que entre el 30-50 % de estas infecciones son prevenibles⁵ mejorando limpieza). Por otro lado la evaluación de la calidad en los servicios sanitarios es una tarea compleja, para el sistema y para los usuarios, mientras que los resultados están controlados por la empresa contratada, que la oculta o maquilla. Los hospitales son un monopolio asistencial imposible de reemplazar a corto o medio plazo, por lo que la posibilidad de sancionar a la empresa o cambiar de proveedor es prácticamente imposible. El resultado de las externalizaciones de los servicios sanitarios conduce a la descapitalización económica e intelectual del sistema público y su sometimiento a la empresa privada. Los gestores públicos en España evitan enfrentarse a empresas que les pueden contratar en el futuro (conflicto puro de intereses) como muestra las transferencias de personal entre empresas privadas y gestores públicos (puerta giratoria).

6.- Problemas asociadas a la creación de microempresas dentro de los centros sanitarios (Institutos Clínicos y similares) con entidad jurídica propia, presupuestos y capacidad de compra y venta de sus servicios. Estas fórmulas de gestión fracciona los centros sanitarios y promueve el enfrentamiento y la competencia en lugar de la colaboración; impide la coordinación entre Hospitales y Atención Primaria; relega la Atención Primaria al papel de portera de los hospitales; y dificulta o impide la atención integral

Podríamos resumir la política privatizadora del gobierno en:

- 1.- **Reducir el gasto sanitario público:** El recorte alcanzo el 11,6% del gasto per cápita entre 2010 y 2013, mas de 7.500 millones € en este periodo.
- 2.- **Cambiar los fundamentos del sistema:** El Real Decreto Ley (**RD 16/2012**) *ha introducido el copago, vinculado el derecho a la asistencia a las cotizaciones laborales y fraccionado la cartera de servicios poniendo fin a la universalidad del sistema sanitario publico*

³ *BMJ* 2010; 341:c7125 doi: 10.1136/bmj.c7125 (Published 9 December 2010) **Cite this as:** *BMJ* 2010; 341:c7125

⁴ Comptroller & Auditor General. 2000. The management and control of hospital acquired infection in acute NHS trusts in England. National Audit Office. London

⁵ Zoutmanet. al, “The state of infection surveillance and control at Canadian acute care hospitals,”*American Journal of Infection Control*, 2003:31 , 266-275. Y Rampling, A., Wiseman, S., Davis, L., Hyett, P., Walbridge, A. N., Payne, G. C., & Cornaby, A. J. (2001). Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Journal of Hospital Infection*, 49: 109-116. 50

3.- *Aceleración de la privatización y desmantelamiento de los servicios* en las CCAA gobernadas por los sectores más neoliberales del PP: Valencia, Madrid, Galicia o Castilla la Mancha

El gobierno Popular de Rajoy está acelerando este proceso con la excusa de la crisis económica, aprovechando el enorme poder que acumuló tras las últimas elecciones. De esta forma, el desmantelamiento y la privatización de la sanidad está sufriendo un gran impulso, con el objetivo de hacer irreversible el cambio.

Quienes ganan y quienes pierden con la privatización de la sanidad pública

Ganan

Los principales beneficiarios de esta política son las *grandes aseguradoras, la industria farmacéutica y de tecnología sanitari*, que tendrán la oportunidad de ampliar su negocio.

Las entidades de capital riesgo como CAPIO Sanidad, Bupa-Sanitas, USP-Quiron y Ribera Salud; grupos empresariales como HM hospitales, que se está apoderando de hospitales en numerosas CCAA.

Las *aseguradoras sanitarias* a las que se facilita clientela y ayudas fiscales (desgravaciones por suscripción de pólizas complementarias).

Las Empresas auditoras como PWC que están suplantando a la administración en la Planificación Estratégica (elaborando los Planes de Salud Autonómicos, Planes Directorios de Hospitales, concursos de adjudicación de plazas, provisión de recursos etc.) lo que le otorga una enorme capacidad para utilizar los fondos públicos para satisfacer sus intereses empresariales. Estas medidas también benefician a los grupos de *gerentes y expertos sanitarios* que actúan como un potente lobby profesional.

Por último las *empresas constructoras* afectadas por la crisis del ladrillo que ven en la PFI la oportunidad de seguir utilizando el prepuesto; y las *entidades bancarias* (financiadoras de las PFI), que se benefician de los contratos millonarios a pagar por las administraciones públicas

Pierden

Los ciudadanos en general a los que se recorta **sus** derechos sanitarios; que pagarán más por la asistencia sanitaria (copagos); deberán contratar seguros privados para complementar la menor oferta de servicios de la atención sanitaria pública; y que perderán la garantía de una atención de calidad sometida a intereses empresariales.

Las personas con menos recursos, desempleados, parados, pensionistas que verán dificultado su acceso a las prestaciones sanitarias por carecer de dinero para afrontar los múltiples copagos.

Las personas mayores, los enfermos crónicos y los discapacitados que necesitan más atención sanitaria y mayores recursos terapéuticos y rehabilitadores, y que son los más afectados por los recortes y privatizaciones.

Los profesionales y trabajadores de la Sanidad que han perdido salarios, derechos laborales, estabilidad en el empleo y puestos de trabajo. Los sanitarios tienen además una menor oportunidad para desarrollar su profesión, conocimientos y habilidades y muchos de ellos se verán obligados a emigrar a otros países para poder trabajar, pese al enorme esfuerzo que el

sistema educativo y sanitario ha dedicado a su formación. Estas pérdidas serán mayores entre las mujeres que son numéricamente predominantes en el sector.

Pierde también la economía española que con los recortes en los servicios sanitarios y socio-sanitarios pierde puestos de trabajo que estimularán la economía. Los sistemas sanitarios públicos universales y accesibles son necesarios para mantener la fuerza de trabajo y se asocian a mejores niveles de desarrollo económico y social.

La contradicción de intereses entre ganadores y perdedores de esta política, de desmantelamiento y privatización de la sanidad pública, marca con claridad que hacer. Aunque es verdad que la privatización está apoyada por grupos de presión muy poderosos, la privatización afecta a la mayoría de la población. Solo una gran alianza estratégica entre la ciudadanía y los trabajadores sanitarios puede paralizar ese proceso, que sólo beneficiará a una minoría, aunque sea muy poderosa e influyente

GASTO FARMACÉUTICO Y SOSTENIBILIDAD EN ESPAÑA

El gasto farmacéutico en España

El gasto farmacéutico es uno de los componentes más estudiados de toda la estructura del gasto sanitario en España. Su enorme contribución al gasto sanitario público, sobre todo comparado con otros países europeos y de la OCDE, ha hecho que su reducción haya sido un objetivo tanto de la administración central como autonómica desde hace 20 años.

Probablemente sea la única partida sobre la que ha habido un amplio consenso en la necesidad de su reducción en momentos de bonanza económica. Por ello, mientras el gasto sanitario público continuaba creciendo, la proporción del mismo debida al gasto farmacéutico ha decrecido desde un 20-25% al inicio de los años 2000 hasta un 17.8% en el año 2009¹.

Ya en el contexto de la crisis, el incremento interanual del gasto farmacéutico público en España se hizo negativo por primera vez en 2010 cuando se gastó un 2.36% menos, llegando en 2011 a una reducción del 8.79%. Esta tendencia es similar en el gasto farmacéutico público por habitante que ha caído un 22.36% entre 2009 y 2011⁶. En el año 2012 el gasto farmacéutico público se ha visto afectado por la reforma del copago con una reducción interanual del 12.25%¹.

En general, esta evolución ha sido posible gracias a la disminución del gasto en la prestación farmacéutica en recetas, dado que la facturación correspondiente a las adquisiciones hospitalarias ha seguido creciendo hasta muy recientemente. La reducción del gasto en recetas, a su vez, se ha debido a la disminución del precio medio por receta, mientras que el número de recetas ha seguido aumentando.

Esto es así porque prácticamente la totalidad de las políticas realizadas en España han tratado de incidir sobre los precios y pocas o ninguna sobre la financiación selectiva y la demanda. En España, han sido imperantes las políticas de precios de referencia, de reducción porcentual (descuentos) de los precios de todos los medicamentos y de los márgenes comerciales de distribuidoras y farmacias.

Igualmente se carece de una verdadera política de genéricos, puesto que lo que importa es el precio, sea este de genérico o marca. En el periodo de 12 meses previo a septiembre de 2011, los medicamentos facturados a precio de genérico fueron el 56,4% en unidades y el 39,7% en coste del total del mercado español⁷. La utilización de verdaderos genéricos, por el contrario, es menor. En 2012 solo el 32,7% de las unidades vendidas fueron genéricos, representando el 15.9% de la facturación⁸.

Sin embargo, no se ha desarrollado un sistema de financiación selectiva por lo que España es el país de la UE con mayor captación de medicamentos nuevos, protegidos por patente⁹.

⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Datos de facturación de recetas. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos.htm>.

⁷ Farmaindustria. Boletín de coyuntura nº 79. Noviembre 2011. http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_113233.pdf

⁸ El copago ralentizó en 2012 el crecimiento de los genéricos. El semanario de Diario Médico. 22/04/2013.

⁹ Laporte JR, Bosch M. Crisis y política de medicamentos. Aten Primaria. 2012. doi:10.1016/j.aprim.2012.03.006

Igualmente España es el segundo país del mundo con mayor gasto en medicamentos por persona¹⁰.

Como se comenta más adelante, en estos últimos años, la comunidad internacional se ha centrado más en la modulación de la demanda, probablemente porque sobre los precios ya tenía los deberes hechos¹¹. Por un lado, se han desarrollado estrategias para restringir la oferta a medicamentos según criterios de coste-efectividad¹² y por otro lado, se han promovido desde la microgestión la utilización de medicamentos de alto valor clínico¹³.

Respecto a los precios, la comunidad internacional, más que en políticas centralizadas de regulación, ha puesto más énfasis de nuevo en la microgestión, en políticas de racionalización y coste-efectividad, en base a renegociar precios de medicamentos individuales a medida que cambiaba la evidencia sobre su efectividad o se ampliaban indicaciones¹⁴, y en base a contratos de riesgo compartido¹⁵ u otras fórmulas similares¹⁶.

Por otra parte, el gasto farmacéutico por habitante, la proporción que supone el gasto farmacéutico respecto al gasto sanitario público y la contención del presupuesto público dedicado a medicamentos ha sido muy desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). Por ejemplo, el coste medio por receta para el año 2012, según fuentes del Ministerio de Sanidad, osciló entre 9.79€ en Andalucía y 11.67€ en Galicia, para una media nacional de 10.69€¹. El porcentaje de prescripción por principio activo y de prescripción de genéricos también es muy desigual entre las CCAA¹⁷.

También es necesario indicar que no existe un patrón en la contención del gasto según el modelo bipartidista de facto imperante en España. Es decir, aunque no existe un estudio riguroso publicado, es difícil sostener que las comunidades gobernadas largo tiempo por el PP o por el PSOE tengan mayores o menores costes.

Visto lo anterior, la contención, e incluso la reducción del gasto farmacéutico en España, incluso en épocas de bonanza ha sido posible. En la actual crisis económica es aún más

¹⁰ Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. London: Central Office of Information; 2010

¹¹ Towse A. Value based pricing, research and development, and patient access schemes: will the United Kingdom get it right or wrong? *British Journal of Clinical Pharmacology* 2010;70:360-366

¹² O'Neill P, Devlin NJ. An analysis of NICE's 'restricted' (or 'optimized') decisions. *Pharmacoeconomics*. 2010;28:987-993.

¹³ Audit Commission. Reducing spending on low clinical value treatments. Health briefing. 2011 (Consultado 15/1/2012.) Disponible en: <http://www.auditcommission.gov.uk/sitecollectiondocuments/downloads/20110414reducingexpenditure.pdf>

¹⁴ Anónimo. *NICE recommends abiraterone for prostate cancer after manufacturer reduces price*. *BMJ* 2012;344:e3520

¹⁵ Raftery J. Multiple sclerosis risk sharing scheme: a costly failure. *BMJ*. 2010;340:1282-1284.

¹⁶ Lu CY, Williams K, Day R, March L, Sansom L, Bertouch J. Access to high cost drugs in Australia. Risk sharing scheme may set a new paradigm. *BMJ* 2004;329:415-6.

¹⁷ El Global. Trece comunidades han extendido la prescripción por principio activo a fármacos bajo patente. 16 de Marzo de 2012. <http://www.elglobal.net/articulo.aspx?IDART=607530&TIPO=2>

necesaria y debe ser también posible. Se debe basar fundamentalmente en la financiación selectiva de nuevos medicamentos y la desinversión de algunos actualmente financiados, la selección de medicamentos y la mejora de la adecuación del uso en la microgestión como se va a desarrollar seguidamente.

Dos informes españoles recientes que abordan estrategias del sistema sanitario frente a la crisis, establecen que la incorporación de nuevas tecnologías y por tanto medicamentos con criterios de coste-efectividad debe ser una prioridad, (aunque también abogan por el copago sin argumentos convincentes a su favor en este caso)^{18,19}. Un panel de expertos reunido recientemente con los mismos objetivos, identificó como la financiación selectiva de medicamentos tendría un alto impacto sobre los costes y escasos efectos adversos, a la vez que valoraba como menos prioritarias aunque fáciles de implementar las medidas del gobierno contenidas en los RDL 4/2010 y 8/2010²⁰.

Financiación selectiva de nuevos medicamentos

España

El funcionamiento de las grandes agencias reguladoras, incluida la EMA (Agencia Europea del Medicamento), no contempla la evaluación de nuevos medicamentos de manera comparada con las alternativas terapéuticas existentes, ni la inclusión de criterios de coste-efectividad en el proceso de autorización. Es por eso que se colocan en el mercado medicamentos redundantes o que presentan un perfil de beneficio/ riesgo o de coste/efectividad desfavorable frente a otras alternativas existentes²¹.

En la mayoría de los países occidentales, en un segundo nivel, se deciden tanto el precio del medicamento como las condiciones de financiación y prescripción dentro del sistema público.

Por esa razón, una cosa es el mercado farmacéutico, los medicamentos legalmente comercializados y otra muy distinta los medicamentos financiados por los sistemas públicos de salud donde los hay o por las aseguradoras y/o HMOs como es el caso de los EEUU. Esta distinción, aunque existente en la ley, está inédita en España donde se financia en torno al 85% de la oferta existente y hasta el 99% de los medicamentos comercializados en los últimos años.

La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios del año 2006 contemplaba diversas estructuras para cambiar esta situación: el “Comité Técnico de Información”, el “Comité de Evaluación de la Utilidad Terapéutica de los Nuevos Fármacos”, una red de colaboradores externos, propuestos por cada Comunidad Autónoma (CCAA), la aprobación de un código ético y la fijación de precios de los nuevos medicamentos en función de su relevancia terapéutica. Nada de esto se ha desarrollado.

¹⁸ Beltrán A, Forn R, Garicano L, et al. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Madrid: McKinsey&Company y FEDEA; 2009.: http://www.cambioposible.es/documentos/sanidad_cambio_posible.pdf.

¹⁹ Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, et al. Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Antares Consulting; 2010. <http://www.antares-consulting.com/content/update/publicaciones/documentos/1306313081104045.pdf>.

²⁰ Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2011;25:95–105

²¹ Garattini S, Bertele V: Europe’s opportunity to open up drug regulation. BMJ 2010, 340: 842-3

Según la citada ley, respecto a la fijación de precios, los fármacos catalogados como innovación excepcional o de interés terapéutico relevante serían financiados automáticamente y los fármacos que no supongan ninguna aportación se incluirían en la financiación con un precio similar o menor que el del medicamento de referencia.

Muy recientemente, el RD 16/2012, tan negativo para el sistema público, en este aspecto incorpora enunciados positivos. Por ejemplo la definición de financiación selectiva teniendo en cuenta "criterios generales, objetivos y publicados y la utilización en la fijación de precios de criterios de coste-efectividad e impacto presupuestario. El RD describe los organismos sobre los que se basará la evaluación: una "Red Española de Agencias de ETS" y un "Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del SNS" (de 7 miembros).

Sin embargo, no es hasta la primavera de 2013 en que se materializa una propuesta, eso sí, al margen de la normativa previa. Se trata de la creación dentro de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de un Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico (GCPT) encargado de redactar informes de evaluación. Participarán en él dos Comunidades Autónomas en turno rotatorio, coordinadas desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Una vez consensuado el informe final, se entregará a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia (DGCBSF) para su elevación a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM), donde se decidirán las condiciones de financiación y su precio en el Sistema Nacional de Salud. En este complejo diseño, el papel de los distintos actores (explícitos o tácitos) está por definir de manera precisa²².

El panorama internacional

Durante los años 90 varios países crearon instituciones para gestionar la toma de decisiones sobre la financiación selectiva de medicamentos.

En Inglaterra y Gales, se creó NICE en 1999 como institución pública independiente, adscrita al Departamento de Salud británico. Si el NICE considera que un medicamento cumple los requisitos de coste-utilidad suficientes, éste pasa automáticamente a formar parte de las prestaciones del sistema británico de salud, y cualquier paciente tiene derecho a acceder al mismo en las condiciones que se establezcan en el informe. Si por el contrario no los cumple, el medicamento solo podrá ser financiado por el sistema público con carácter excepcional, y siempre previo informe razonado y exhaustivo del prescriptor.

Los principios que rigen el funcionamiento del NICE son la transparencia tanto de la decisión final como de los argumentos que fundamentan la misma y un procedimiento de apelación y revisión de la decisión. Existe un Comité de Evaluación (Appraisal Comitee), formado por miembros permanentes, con nombramiento público, por un periodo de 3 años, unos Grupos Académicos Independientes (Technology Assessment Groups, TAG) que colaboran con el NICE, pero no forman parte de él y que son los que elaboran el Informe de Evaluación, Consultores (Consultees), Revisores (Commentators) y la dirección y personal técnico de apoyo.

Aunque no existe un umbral oficial de coste-utilidad que determine la aprobación o no de un medicamento, es excepcional que se aprueben fármacos que tengan un coste por AVAC superior a 50.000 \$USA. Es interesante señalar que los análisis farmacoeconómicos que realiza

²² Eduardo López Briz, M^a Dolores Fraga Fuentes, Francesc Puigventós Latorre, Roberto Marín Gil, Ana Clopés Estela. La regulación de la prestación farmacéutica hoy en España: la opinión de GENESIS contrapunteada por tres voces independientes. Economía y Salud. Boletín Informativo de la AES. 2013.76

el NICE tienen la perspectiva del financiador público, es decir, solo se tienen en cuenta los costes del NHS.

En Australia, el PBAC es el organismo encargado de decidir qué medicamentos se financian, qué restricciones de uso deben establecerse y a qué precio serían costo-efectivos. Al contrario que el NICE, el PBAC sólo evalúa medicamentos, y también tiene en cuenta el impacto presupuestario (lo cual tiene que ver con la prevalencia o la incidencia de la patología a la que va dirigido el fármaco), la magnitud del beneficio clínico y la existencia de alternativas disponibles. También se diferencia del NICE en que no realiza evaluaciones propias sino que solo evalúa las solicitudes que les remite la industria farmacéutica.

Por otro lado, la dependencia del PBAC de la administración sanitaria es mayor que en el caso del NICE, ya que los miembros del PBAC son nombrados por el gobierno australiano y sus decisiones se traducen directamente en la inclusión o no del medicamento en la financiación pública.

En Portugal la evaluación de medicamentos hospitalarios se lleva a cabo por parte de Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED). Es una institución pública del estado, dotada de autonomía administrativa, financiera y presupuesto propio. Los informes son públicos y las decisiones se basan en la evaluación de la efectividad, la equivalencia terapéutica y el valor terapéutico añadido. Se realizan evaluaciones económicas y de impacto presupuestario, a partir del cual se definen el precio y las condiciones de uso de los medicamentos en los hospitales. Se realizan programas de seguimiento y se establecen contratos de reembolso con las compañías farmacéuticas²³.

En Alemania, el organismo encargado de la financiación selectiva es el Instituto para la Calidad y Coste Efectividad en el Sector Sanitario (IQWiG), un instituto independiente financiado con fondos públicos. Otros países, como Suecia, Canadá, Francia, etc, cuentan con organismos y agencias de evaluación similares, algunas de gran prestigio como la canadiense.

Iniciativas autonómicas

Se ha dicho que, en España, el Estado “invita a cenar” y las CCAA “pagan la cuenta”, en el sentido de que el Estado fija los precios y decide la financiación pero las CCAA asumen el gasto farmacéutico. Por ello, los servicios de salud autonómicos han tomado la iniciativa de establecer sistemas de selección de medicamentos de forma centralizada o sistemas de financiación selectiva en el ámbito de sus competencias.

En este sentido, en los últimos años se han publicado numerosas normativas que, en general, se caracterizan por su diversidad tanto en sus objetivos como en su metodología de trabajo. En la tabla 1 figura una relación de esta normativa y sus principales características.

²³ Maria J. Assessment of Pharmaceuticals to Inform Reimbursement Decisions in Portugal. http://www.elcomprimido.com/FARHSD/DOC_Curso2010/mallorcavm201005.pdf

Tabla 1.- Estructuras para la financiación selectiva de medicamentos en las CCAA

CCAA	ORGANISMO
Andalucía	Comisión asesora para la armonización de los criterios de utilización de medicamentos de especial impacto sanitario, social y/o económico en los hospitales del SAS <i>Resolución del SAS 369/2009, de 7 de agosto</i>
Aragón	Comisión de evaluación del medicamento de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Aragón <i>Orden Consejería Salud y Consumo de 22 de octubre de 2009</i>
Cantabria	Comisión Corporativa de Farmacia <i>Circular 3/2010 del Servicio Cántabro de Salud</i>
Cataluña	Programa de evaluación, seguimiento y financiación de tratamientos de alta complejidad (PASFTAC) <i>Resolución 10 noviembre 2008 del CATSalut</i>
	Comité de Evaluación de medicamentos de uso hospitalario (CAMUH) http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/ca/dir214/doc13580.html
	Consejo Asesor de Tratamientos Farmacológicos de Alta Complejidad (CATFAC) <i>Orden 55/2010 de Departament Salut</i>
	Comité de aprovisionamiento y Financiación de Tratamientos de Alta Complejidad (COPIF) http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_farmacia_copif.htm
Euskadi	Procedimiento para la incorporación de tecnologías sanitarias en la práctica asistencial del sistema sanitario de Euskadi <i>Orden 12 de Noviembre de 2004 Departamento de Sanidad</i>
	Red de comités de información y Evaluación de Medicamentos. <i>Decreto 13 junio 2007 Departameto de Sanidad</i>
	Comisión Corporativa de Farmacia <i>Acuerdo 13 mayo 2010 Consejo Administración Otsakidetza</i>
Galicia	Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica <i>Orde 9 de abril de 2010 Conselleria de Sanidad</i>
	Inclusión de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario, Social y Económico nas guías farmacoterapéuticas das institucións sanitarias do Servizo Galego de Saude <i>Instrucción 4/2006 do Servizo Galego de Saude</i>
La Rioja	Comisión de Farmacia del Área de Salud de la Rioja <i>Orden 5/2008 Consejería de Sanidad</i>
Madrid	Consejo Asesor de Farmacia de la Comunidad de Madrid <i>Orden 851/2009 de 30 de noviembre Consejería de Sanidad</i>
Navarra	Comisión Asesora Técnica para el Uso racional de Medicamentos <i>Orden Foral 1/2010 Consejería de Salud</i>
Valencia	Estructuras de soporte para el uso racional para el uso racional de los productos farmacéuticos en la Agencia Valenciana de Salud <i>Decreto 118/2010 Conselleria de Sanitat</i>
	Ordenación de los procedimientos de evaluación de productos farmacéuticos, guías y protocolos farmacoterapéuticos interactivos, medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico y observatorios terapéuticos en la Agencia Valenciana de Salud <i>Orden 1/2011, Consellería de Sanidad</i>

Las diferentes normativas pueden consultarse en:
http://genesis.sefh.es/Enlaces/legislacion_1.htm

Desinversión en medicamentos

Tal como se ha dicho más arriba, la financiación selectiva de nuevos medicamentos es una herramienta muy potente para la contención del gasto farmacéutico, aunque en España su materialización es incipiente y fragmentada.

Sin embargo, esta estrategia incide sólo sobre los nuevos fármacos. También sería necesaria la “des-financiación” de medicamentos actualmente disponibles. No se hace referencia aquí a la retirada de medicamentos del mercado por problemas de seguridad en el marco de la farmacovigilancia, sino a su mantenimiento en el mercado pero retirándoles la financiación pública por razones de coste-efectividad. Todo ello enmarcado en el concepto de reinversión^{24, 25}.

La reinversión en medicamentos se definiría como un proceso explícito mediante el cual se dejan de financiar parcial o completamente un medicamento o grupo de ellos con bajo valor clínico (sin efectividad clínica, no coste-efectivos o cuya efectividad o eficiencia es marcadamente marginal o menor que la de otros disponibles), al tiempo que se promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se destinan a financiar estos últimos¹⁹.

Las estrategias de reinversión son complejas porque necesariamente tienen que tener en cuenta condicionantes locales de tipo demográfico, social, sanitario y mediático, para elegir aquellos medicamentos sobre los que intervenir prioritariamente y deben desactivar todos los riesgos de que el proceso sea malinterpretado como un recorte de prestaciones útiles o una conculcación de derechos. Por ello es necesaria la máxima información y transparencia y la participación de los agentes implicados, incluida la ciudadanía. Hay que recordar que, a diferencia de la financiación selectiva de nuevos medicamentos, en este caso hay que explicar a la población por qué se estaba financiando previamente un medicamento con perfil de coste efectividad inasumible o con alternativas más costo-efectivas.

Esta actividad es inédita en España aunque no así en numerosos países. En general la reinversión se ha aplicado más a tecnologías diagnósticas y procedimientos quirúrgicos, aunque tampoco faltan las experiencias con medicamentos.

En Australia se ha aplicado, por ejemplo, al caso de la hidralazina para la insuficiencia cardiaca congestiva y en Nueva Zelanda, a las pruebas de alergia. Sin embargo ha sido el NICE quien más ha avanzado en propuestas de desfinanciación de medicamentos a través de la iniciativa de las listas “do not do”. Estas listas, disponibles en su página web, describen intervenciones sanitarias que deberían hacerse en determinadas situaciones clínicas, y otras muchas, que deberían dejar de hacerse, en base a la evidencia científica disponible. Muchas de éstas son intervenciones farmacoterapéuticas.

Ejemplos de desinversión en medicamentos se han propuesto muchos, como por ejemplo, la contracepción oral frente a la de acción prolongada, trastuzumab en el cáncer de mama avanzado, exenatide en diabetes tipo 2 o ranibizumab en la DMAE, la utilización de bifosfonatos en la prevención de metástasis óseas en pacientes con cáncer de próstata, la terapia hormonal adyuvante a la prostatectomía radical, bevacizumab en primera línea de cancer colorectal, tratamiento farmacológico del TDH, y muchos otros.

24 Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit.* 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2012.01.010.

25 Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial.* 2012;[27](#):130–138.

Mención aparte merecen las vacunas, algunas de ellas introducidas en el calendario más en función de la presión de los fabricantes y por intereses electoralistas que en función de datos concluyentes sobre su efectividad²⁶. Por ejemplo, no se conocen bien las tasas de enfermedad neumocócica invasiva por grupos de edad, necesarias para valorar la efectividad de la vacuna antineumocócica en adultos, la enorme controversia sobre la efectividad de la vacuna contra papilomavirus²⁷ o las incertidumbres sobre la utilidad de la vacuna contra la gripe estacional tras la revisión Cochrane en la que se establece la ausencia de eficacia para detener la transmisión vírica²⁸. Todas ellas, importantes oportunidades de reinversión.

Metodológicamente se cuenta con la recientemente desarrollada guía GuNFT²⁹, un instrumento para facilitar la reinversión de tecnologías obsoletas en cualquier ámbito (la propia GuNFT propone una arquitectura de procesos para el ámbito regional/nacional y el local) y que es perfectamente aplicable a medicamentos.

Por fin, es necesario señalar que los conocidos popularmente en España como “medicamentazos” no fueron estrategias de reinversión sino de recorte y se produjeron tanto con el gobierno de Felipe González en 1993³⁰ (890 medicamentos), con el gobierno de Aznar en noviembre de 1997³¹ (500 medicamentos), como con el de Rajoy en 2012 (456 medicamentos)³². Simplemente se excluyeron de la financiación grupos completos de medicamentos por el sólo hecho de estar indicados para los llamados “síntomas menores”, es decir patologías más o menos banales que el regulador decidió que su atención debería estar financiada por el bolsillo del ciudadano independientemente de si los medicamentos indicados tenían eficacia o no. Es decir, no interesa tanto (o nada) si los medicamentos son eficaces, son más eficaces que sus alternativas y deben o no ser usados por los ciudadanos, lo que interesa es dejar de pagarlos del presupuesto público.

Estas decisiones tienen un impacto muy limitado sobre la factura farmacéutica pública, mientras que tienen un gran impacto sobre el gasto privado puesto que los medicamentos excluidos

²⁶ Gérvas J, Pérez Fernández M. Protección de los pacientes contra los excesos y daños de las actividades preventivas. En: Tratado de Medicina de Familia e Comunidade. SBMFC. Sao Paulo. 2012 [en prensa]

²⁷ Cortés Bordoy J, Xercavins J, Garrido R, Miranda P, Ramón y Cajal J, Velasco J. Grupo de Estudio CRIVAC VPH España. Conocimientos y adherencia a las nuevas recomendaciones de la SEGO para la prevención del cáncer de cuello de útero, por parte de los ginecólogos españoles en la práctica diaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2012;55:153–164

²⁸ Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;2:CD005187.

²⁹ Ibarгойen-Roteta N, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua J. Informe sobre la elaboración de la Guía GuNFT: Guía para la No Financiación de Tecnologías Sanitarias ya existentes en los sistemas sanitarios. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N.º 2007/11.

³⁰ Griñán publicó ayer el “medicamentazo” en el BOE y pretende aplicarlo un mes después de las elecciones. ABC de Madrid. 14 abril 1993. <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1993/04/14/082.html>

³¹ Aznar está dispuesto a asumir la máxima responsabilidad del “medicamentazo”. El país 27 de noviembre de 1997. http://elpais.com/diario/1997/11/20/espana/879980408_850215.html

³² Sánchez Bayle M. La contrarreforma del PP. Mientrastanto. Septiembre 2012.

suelen subir de precio desorbitadamente con gran afectación sobre la equidad³³. Así, se puede decir que la desinversión es un ejercicio de ciencia e inteligencia, mientras que los “medicamentazos” son un recorte economicista.

Medidas relacionadas con la prestación en recetas

Prescripción por principio activo

Tal como se comentó más arriba, el descenso del precio medio por receta es el principal componente de la disminución del gasto farmacéutico en recetas. Este hecho, a su vez, ha sido consecuencia de la promoción de la prescripción por principio activo.

La prescripción por principio activo o denominación común internacional es la forma de prescribir promovida desde la OMS por razones de seguridad y gestión del conocimiento, conduce al reconocimiento del medicamento por su verdadero nombre, facilitando así su identificación en distintos preparados, evitando posibles duplicidades, es el nombre con el que se identifica en los textos académicos y en la literatura científica y no está ligado a la industria farmacéutica.

Las estrategias de prescripción por principio activo se desarrollaron en Andalucía simultáneamente a la firma de acuerdos con la corporación farmacéutica en base a los cuales, cuando se prescribía un medicamento por su denominación común internacional, el farmacéutico dispensaría el de menor coste. La consejería andaluza estima que la puesta en marcha de esta estrategia, que se inició en 1999, ha supuesto desde entonces un ahorro de 500 millones de Euros³⁴ y que su extensión a todo el Estado podría suponer un ahorro de unos 1.200 millones de Euros al año³⁵.

A nivel estatal, en 2011 entró en vigor la normativa sobre precios menores de los medicamentos, que ha ido sufriendo modificaciones, la última en el RDL 16/2012. Al día de hoy, en base a ésta, los medicamentos de los que se dispone de genéricos o cuya patente está caducada, son agrupados en los denominados conjuntos homogéneos, integrados por medicamentos de igual composición, forma farmacéutica y envasado.

Para cada conjunto se fija un precio límite a pagar por el Sistema Nacional de Salud, que es equivalente al precio del segundo medicamento del conjunto, ordenados estos de menor a mayor precio. Cuando se prescribe un medicamento por principio activo, si éste dispone de conjunto homogéneo, el farmacéutico debe dispensar el de menor precio.

La obligatoriedad de prescripción por principio activo, salvo circunstancias especiales del paciente o del medicamento que lo desaconseje, se incorporó a la Ley 29/2009 de Garantías y Uso racional del Medicamento, mediante una modificación de ésta, lo que conllevaría a un mayor impacto de la normativa de precios menores. El Decreto 16/2012 ha vuelto a modificar

³³ Medio centenar de fármacos han subido su precio tras el “medicamentazo” de Mato. Público. 08/04/2013.

³⁴ Ideal de Granada. Andalucía destaca el ahorro generado por las TIC y recte por principio activo. 8 agosto 2011. http://www.ideal.es/agencias/20110808/mas-actualidad/andalucia/andalucia-destaca-ahorro-generados-receta_201108081310.html

³⁵ Diario e Sevilla. Grinán ofrece a Rajoy la “fórmula andaluza” para evitar el copago. 16 de marzo de 2012. <http://www.diariodesevilla.es/article/andaluzaspsoe/1210369/grinan/ofrece/rajoy/la/formula/andaluza/para/evitar/copago.html>

esta ley, restringiendo esta obligatoriedad a la prescripción en pacientes agudos, lo que sin duda tendrá una repercusión negativa, no solo en la forma de prescribir, sino en el coste/receta y con ello en el gasto farmacéutico.

La situación actual es de gran variabilidad entre las CCAA y viene determinada por la situación de partida y por las distintas formas de interpretar la normativa vigente. Se aplica de manera desigual por ejemplo la prescripción por principio activo a los medicamentos bajo patente que se hace con normalidad en unas comunidades y en ningún caso en otras.

El objetivo de generalizar la prescripción por principio activo está aún lejano y por tanto su aceleración es una de las grandes oportunidades de racionalizar el gasto de la prestación en recetas. El porcentaje de recetas prescritas por principio activo entre las CCAA va desde Andalucía, Canarias y Navarra con más del 85% hasta Asturias, Cataluña y Galicia, por debajo del 30%¹².

Mejora de la adecuación de la farmacoterapia

El aumento constante en el número de recetas, probablemente venga motivado por el cada vez más complejo abordaje terapéutico de los problemas de salud donde se añaden nuevos medicamentos con mecanismos de acción complementarios que no sustituyen tratamientos clásicos sino que los complementan.

A ello se suma que, para un mismo problema de salud, el abordaje terapéutico puede ser muy diferente entre zonas geográficas de nuestro país. Así, los trabajos del grupo interregional de estudios de variaciones en la práctica de prescripción han puesto de manifiesto que la prescripción de estatinas puede ser varias veces superior de un territorio en relación a otros³⁶.

En una reciente revisión se señala como existen pruebas recurrentes en España de sobreutilización de determinados medicamentos, en especial aquellos para la osteoporosis, antibióticos, antiulcerosos e hipolipidemiantes y que por el contrario entre los pacientes que no reciben un tratamiento que estaría indicado, destacan los que necesitan prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y el asma, la anticoagulación en la fibrilación auricular, así como los relativos al tratamiento de síntomas «menores» (p. ej., laxantes o antieméticos en pacientes oncológicos tratados con opiáceos)³⁷.

Estos datos pueden ser indicativos de que el margen de mejora en adecuación de la prescripción puede ser muy amplio. Y se complementan con los siguientes: una alta tasa de prescripción de medicamentos de bajo valor intrínseco o de utilidad terapéutica (UTB), un grado sub-óptimo en la selección del medicamento más coste-efectivo en grupos de medicamentos que pueden ser considerados alternativas terapéuticas equivalentes, una alta tasa de prescripción de medicamentos seudoinnovadores o “me-too”, y un grado subóptimo de adecuación de la prescripción a las normas de uso adecuado consensuadas en guías de práctica clínica.

³⁶ [Sanfélix Gimeno G, Peiró Moreno S, Libro López J, Ausejo Segura M, Suárez Alemán C, Molina López T et al.](#) Análisis poblacional por áreas de salud de las variaciones en consumo, precio y gasto de medicamentos cardiovasculares en 8 comunidades autónomas, España 2005. Revista Española de Salud Pública. 2010 ; 84:389-407

³⁷ Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012 (en prensa).

Las iniciativas que han buscado mejoras en las áreas anteriores se han desarrollado, principalmente, en las CCAA y sus servicios de salud, mediante estrategias múltiples, informativas, formativas y de incentivos ligados al cumplimiento de objetivos de los acuerdos de gestión de áreas y unidades de gestión clínica, dirigidos a minimizar la prescripción de medicamentos UTB.

De manera análoga, se ha trabajado la selección de medicamentos, generándose indicadores de monitorización del uso de los mismos, que, aunque con variabilidad entre regiones, ha ayudado a poner de manifiesto el análisis de situación y facilitado su seguimiento, si bien se identifica una asignatura pendiente: la promoción de la mejora de la adecuación de uso y selección de los tratamientos a criterios pre-establecidos en guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, su monitorización e incentivación.

Existen en este campo iniciativas corporativas en otros países, por ejemplo en Australia ((NPS clinical audits for GPs³⁸) o en Nueva Zelanda ((Clinical Audit.³⁹). En España debería ser un área de trabajo de todos los servicios de salud, con una meditación profunda sobre los procedimientos de implantación, y teniendo en cuenta las evidencias sobre los “efectos secundarios” de los sistemas de incentivos ligados al cambio de práctica clínica.

Otras medidas

Distintos trabajos han puesto de manifiesto como un área de mejora del uso de medicamentos la prescripción a los mayores polimedicados, y quizá con mayor énfasis, a los mayores que viven en centros socio-sanitarios. Con un 50% de población polimedicada entre los mayores de 65 años y un consumo medio de 8 medicamentos por cada uno de nuestros mayores polimedicados, el impulso de las estrategias de mejora del uso de medicamentos en esta población diana merece una atención especial.

Habría que diferenciar dos tipos de medidas. En primer lugar el suministro de medicamentos a las residencias asistidas y centros sociosanitarios desde los hospitales aprovechando los mejores precios de compra como ya han implementado diversas comunidades autónomas. En segundo lugar realizando un seguimiento estrecho de la adecuación de los tratamientos desde los servicios de farmacia públicos.

Otras medidas de búsqueda de eficiencia más recientes son la convocatoria de concursos públicos para la adquisición de los medicamentos que se dispensan en las farmacias cuando el médico prescribe por principio activo, lo que ha venido a llamarse “subasta” de medicamentos. Esta iniciativa puesta en marcha en Andalucía, ha sido incomprensiblemente recurrida por el gobierno central cuando este mismo gobierno ha desarrollado una estrategia similar en el RDL 16/2012. Efectivamente, en el apartado once del artículo 4 que modifica la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, se establece el llamado *precio seleccionado* que resulta de un concurso de adjudicación, es decir una “subasta”, de forma que aquellos medicamentos con precios superiores dejarán de estar financiados. Los criterios para establecer grupos de medicamentos con precio seleccionado serán: el consumo del conjunto, el impacto presupuestario, la existencia de, al menos, tres medicamentos en el conjunto y que no se produzca riesgo de desabastecimiento.

Al igual que lo ocurrido con la “subasta” de medicamentos, sería necesario que la clase política no utilizara las medidas técnicas de reducción del gasto de medicamentos como argumento de

³⁸ NPS clinical audits for GPs.

http://www.nps.org.au/health_professionals/activities/clinical_audits_for_gps

³⁹ Clinical audits. <http://www.bpac.org.nz/resources/orders/admin/orderAudits.asp>

confrontación del bipartidismo. Si las medidas están basadas en evidencias, son racionales, no afectan a la calidad de la asistencia ni a los derechos de los usuarios deben implementarse independientemente de qué partido haya sido el primero en desarrollarlas. Hay que decir que el intento de introducción masiva de los genéricos en España se realiza por el gobierno de Aznar en los años 90 y que como oposición a esa política se desarrolla en Andalucía la de principio activo que tan buen resultado ha dado posteriormente, siendo la promoción de los genéricos como tales una cuestión tabú en esta comunidad. Por el contrario, determinadas políticas puestas en marcha en Galicia fueron recurridas por el gobierno de España en la época Zapatero.

Medidas relacionadas con el gasto farmacéutico hospitalario

Gasto farmacéutico hospitalario

Lo primero que hay que señalar es la opacidad del gasto farmacéutico hospitalario y el desinterés por su análisis como ha sido señalado por algunos autores⁴⁰, lo cual se solucionaría cumpliendo el RD 1708/2010 y adaptando nuestras cuentas al sistema de la OCDE.

El gasto farmacéutico de los hospitales públicos españoles representaba en 2007 el 16,9% del gasto hospitalario del SNS⁴¹. Como se ha dicho más arriba, no ha parado de crecer en un entorno en el que el gasto de la prestación en recetas ha disminuido. Un interesante estudio que tuvo que realizarse desde la atención primaria⁴² comprobó que el crecimiento real acumulado del gasto por persona protegida en farmacia hospitalaria en el periodo 1999-2005 fue del doble que el del gasto en medicamentos de receta. Sin embargo, los hospitales han sido muy sensibles a la crisis y el incremento del gasto en los años 2011 y 2012 ha sido muy pequeño, según datos de Farmaindustria, quien preve que se haga negativo en 2013 y caiga un 3% hasta 2016⁴³.

Algunas circunstancias podrían ayudar a conocer mejor el gasto farmacéutico hospitalario y, por tanto, a diseñar estrategias para su contención.

En primer lugar la orientación de la investigación de la industria farmacéutica hacia productos biotecnológicos para patologías crónicas atendidas en el hospital de forma que se registran medicamentos de altísimo coste para indicaciones muy prevalentes. Por ejemplo, los nuevos anticuerpos monoclonales anti-TNF han supuesto una revolución terapéutica para la artritis reumatoide, la enfermedad inflamatoria intestinal, o el psoriasis, pero han incrementado enormemente sus costes. Estos medicamentos suponen ellos solos en torno al 10% del coste farmacéutico total de un hospital medio.

Un estudio del año 2005 en Dinamarca estimó que el impacto presupuestario de la introducción de estos medicamentos en aquel país sólo en la artritis reumatoide, oscilaría entre 67 y 188

⁴⁰ Simon J. Gasto de medicamentos en receta y en farmacia hospitalaria. ¿hablamos de lo mismo?. Salud 2000. 2009;120:9-10

⁴¹ Grupo de Trabajo Gasto Sanitario Público. 2007. Ministerio Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

⁴² Simó J. «Evolución del gasto en sanidad pública y sus sectores durante el periodo 1999-2005: comparación entre comunidades autónomas». Observatorio Sanitario en Atención Primaria. Plataforma 10 Minutos. <http://www.observatoriosanitario.org/Portals/0/Simo-GSP-Completo.pdf>

⁴³ Farmaindustria preve que el gasto farmacéutico hospitalario descenderá este año por primera vez. El País. 20 junio 2013.

millones de euros, representando este coste hasta 5 veces el coste previo de esta patología⁴⁴. Otro estudio estimó que solamente la introducción de los anticuerpos monoclonales Cetuximab y Bevacizumab en el tratamiento del cáncer de colon metastático en Cataluña supondría un incremento del gasto anual de 2,7 millones de euros⁴⁵.

Para contrarrestar el impacto económico de los medicamentos biotecnológicos es necesaria la rápida introducción de los biosimilares, el establecimiento de condiciones de uso estrictas y su cumplimiento a nivel autonómico o estatal y la aplicación, cuando sea posible, del concepto de equivalentes terapéuticos que se desarrolla más adelante.

Otra posible explicación al aumento del gasto farmacéutico hospitalario sería el desarrollo de medicamentos para enfermedades raras que son aprobados con altísimos precios, supuestamente en base al bajo número de pacientes a tratar y que generan importantes incrementos de coste, especialmente en los grandes hospitales donde se sitúan las unidades de referencia de estos pacientes. Por ejemplo, el tratamiento de la hemoglobinuria nocturna paroxística con Eculizumab cuesta 300.000€ al año por paciente y el tratamiento de la enfermedad de Fabry con Agalsidasa cuesta 168.000€ al año por paciente.

Este problema se podría paliar con el desarrollo efectivo de las unidades de referencia para patologías raras, la protocolización de las condiciones de financiación y uso de estos medicamentos a nivel nacional o autonómico y la compra centralizada. En algunos de estos medicamentos es también de aplicación el concepto de equivalencia terapéutica.

En tercer lugar, otra posible explicación sería el trasvase de medicamentos de la prestación en recetas a dispensación hospitalaria que se ha acometido prácticamente en todas las CCAA en estos años y que se analiza detenidamente más adelante. Se trata en general de medicamentos de alto impacto económico entre los que destacan los utilizados en la estimulación ovárica en tratamientos de fertilidad y los inhibidores de tirosina-kinasas y otros oncológicos orales. Hay que tener en cuenta que el 80% del gasto farmacéutico de los hospitales españoles se destina ya a pacientes ambulatorios⁴⁶.

Otro aspecto relevante es la variabilidad del gasto farmacéutico entre hospitales. Ya en 2003, el Tribunal de Cuentas llamó la atención sobre este aspecto⁴⁷ indicando que los hospitales pagaron precios muy diferentes, independientemente del volumen de compra. Este aspecto, que hay que corregir urgentemente, podría deberse a diferentes razones.

En primer lugar la costumbre, de la que no hay ninguna información documentada y que, afortunadamente, se va erradicando, por la que algunos hospitales han comprado medicamentos y otros productos a precios más caros del de mercado a cambio de inversiones de los fabricantes en los centros como una vía irregular de financiación.

⁴⁴ Sørensen J, Andersen LS. The Case of Tumour Necrosis Factor- α Inhibitors in the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Budget Impact Analysis. [PharmacoEconomics](#). 2005;23:289-298.

⁴⁵ Corral MJ, Clopès A, Navarro M, Germà JR, Borràs JM. Impacto presupuestario de los nuevos fármacos para el tratamiento del cáncer colorrectal. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:134-6.

⁴⁶ El gasto farmacéutico hospitalario crece un 55% en cuatro años. *El País*. 10 de Noviembre de 2001. http://elpais.com/diario/2011/11/10/sociedad/1320879603_850215.html

⁴⁷ Tribunal de Cuentas. Informe nº 584, 2003. Informe de fiscalización sobre la contratación celebrada o en vigor en 1999 y 2000 de las adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos en una muestra de hospitales de titularidad pública del Sistema Nacional de Salud. <http://www.tcu.es/uploads/584%20Adquisición%20de%20medicamentos.pdf>

En segundo lugar la gran dependencia que tienen los precios de compra de algunos productos del desarrollo de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica (CFT), una estructura bien asentada desde los años 60 en el panorama internacional⁴⁸ y en España⁴⁹ y a su vez del desarrollo de los servicios de farmacia hospitalaria, de su capacidad de liderazgo en la selección de medicamentos, en la realización de comparaciones indirectas⁵⁰ y en el establecimiento de equivalentes terapéuticos.

Pese a todo, la variabilidad entre hospitales es muy alta, lo cual ha llevado a la constitución del grupo Génesis de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para tratar de armonizar criterios y herramientas de evaluación y poner en común los resultados⁵¹.

Sin embargo, sería necesario propiciar que la decisión de inclusión o no de un nuevo medicamento y sus condiciones de uso, se traslade a las entidades gestoras o financiadoras de las organizaciones sanitarias tal como se ha visto en el apartado de financiación selectiva y el papel tradicional de las comisiones de farmacia de los hospitales deba ser replanteado. Al menos para los medicamentos de alto impacto económico.

Finalmente cabe decir que no los precios de compra, pero sí la utilización, dependen mucho de la cultura de cada hospital, del grado de implantación de la gestión clínica, de la cultura de la eficiencia entre los servicios y de la estructura de incentivos y su transparencia. Así hospitales de similares características y cartera de servicios pueden gastar hasta el doble anual en medicamentos.

Biosimilares

Los medicamentos biosimilares pueden definirse como fármacos de origen biotecnológico, producidos de acuerdo a exigencias específicas establecidas por las agencias reguladoras referidas a calidad, eficacia y seguridad y que han demostrado ser comparables al medicamento de referencia, una vez que la patente ha expirado.

Los biosimilares son más baratos que los biotecnológicos de origen aunque la diferencia porcentual es menor que la diferencia de los genéricos respecto a los originales de síntesis química. Esto así porque los costes de producción son los mismos, en general altos por la tecnología a emplear (recombinación genética, hibridomas o vectores) y porque los costes de desarrollo clínico también son altos aunque menores respecto al biotecnológico de referencia ya que las agencias reguladoras exigen ensayos clínicos de bioequivalencia en la patología principal.

La diferencia en costes que el medicamento biosimilar ahorra respecto al biotecnológico de origen son los costes relacionados con el marketing y la promoción del producto puesto que

⁴⁸ Literature review on the structure and operation of Pharmacy and Therapeutics Committees. Durán-García E, Santos-Ramos B, Puigventos-Latorre F, Ortega A. Int J Clin Pharm.2011; en prensa: DOI 10.1007/s11096-011-9501-6

⁴⁹ Structure and procedures of the pharmacy and therapeutic comités in Spanish hospitals. Puigventos F, Santos-Ramos B, Ortega A, Durán-García E. Pharm World Sci.2010;32:767-75.

⁵⁰ Ortega Eslava A, Fraga Fuentes MD, Puigventós Latorre F, Santos-Ramos B, Clopés Estela A, Vilanova Boltó M. [Indirect comparisons in drug assessment reports on the GENESIS group \(SEFH\) webpage](#). Farm Hosp. 2012 Mar 20. [En prensa]

⁵¹ Caracterización y variabilidad de los informes de evaluación de medicamentos en la página web del grupo GENESIS de la SEFH. Ortega Eslava A, Puigventós Latorre F, Santos-Ramos B, Calderón Hernández B, Vilanova Boltó M. Farm Hosp. 2011;35:140-7.

cuando llega al mercado, el producto está bien situado en los protocolos terapéuticos asistenciales⁵².

Sin embargo, su introducción en el mercado ha contado con una campaña en contra propiciada por las empresas propietarias de los medicamentos originales que ha sido más virulenta que la que se libra respecto a los genéricos químicos. Es de destacar que aunque se hable genéricamente de la industria farmacéutica, en España existen al menos tres grandes patronales, muchas veces con intereses muy enfrentados entre sí. Farmaindustria representa a las grandes multinacionales, AESEG a los laboratorios de genéricos y ASEBIO a los biotecnológicos.

La campaña de desacreditación de los biosimilares se ha basado fundamentalmente en el riesgo de inmunogenicidad y la ausencia de identidad química. Respecto a la inmunogenicidad diferencial respecto al biotecnológico original, hay que decir que también se produce cuando se intercambian dos medicamentos biotecnológicos entre sí, cuando se intercambia uno de primera generación por otro de segunda (por ejemplo darbepoetina por eritropoyetina alfa o filgrastim pegilado por filgrastim) o cuando se intercambia un biológico innovador por el mismo biológico que haya modificado su proceso de fabricación.

Respecto a la ausencia de identidad química, es cierto que en el caso de los biosimilares es imposible obtener una molécula químicamente igual a la del original como en los genéricos tradicionales. Sin embargo, las agencias reguladoras tienen establecidos procedimientos para establecer la bioequivalencia de dos proteínas químicamente diferentes, pero funcionalmente idénticas, como se puede ver en la tabla 2.

52 Dudzinski DM, Kesselheim AS. Scientific and Legal Viability of Follow-on Protein Drugs. *N Engl J Med.* 2008;358:843-9.

Tabla 2.- Guías de la Agencia Europea del Medicamento sobre biosimilares

FECHA	DOCUMENTO	CONTENIDOS
10/2005	Guideline on similar biological medicinal products”, también llamada “overarching guideline” ⁵³	guía global sobre los requerimientos que debe cumplir un producto para que pueda ser considerado un biosimilar
06/2006	Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: Quality issues” ⁵⁴	requerimientos de calidad. Se acepta que un biosimilar no sea idéntico al producto de referencia, pero con diferencias justificadas (cuanto mayor sea la diferencia, mayores requerimientos de datos clínicos y no clínicos requerirá el biosimilar para que sea aceptado)
02/2006	Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: Non-clinical & clinical issues ⁵⁵	Recomendaciones para el desarrollo preclínico de los medicamentos biológicos, estudios de Farmacocinética y Farmacodinamia (PK/PD) comparativos con el de referencia. Se llega a comentar que, en determinados casos, los ensayos PK/PD pueden ser suficientes para demostrar comparabilidad clínica.
04/2008	Guideline on immunogenicity assesment of biotechnology-derived medicinal products” ⁵⁶	guía específica para asegurar, al máximo posible, la no existencia de problemas inmunológicos.
06/2009	Guideline on Immunogenicity assesment of monoclonal antibodies intended for in vivo clinical use. ⁵⁷	Guía específica para anticuerpos monoclonales

Además de estas guías, la EMEA ha aprobado una específica para cada fármaco.

Más dispensación hospitalaria y su armonización

El artículo 82 de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento establece la dispensación desde el hospital a pacientes ambulatorios de aquellos medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control por parte del equipo multidisciplinar de atención especializada. Son los llamados Medicamentos de Uso Hospitalario que el ministerio califica así en el momento de fijar sus condiciones de financiación.

53 EMEA/CHMP/437/2004. Guideline on similar biological medicinal products. (CHMP adopted Sep 2005).

54 EMEA/CHMP/49348/05. Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: Quality issues (CHMP adopted Feb 2006).

55 EMEA/CHMP/BMWP/42832/05. Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: Non-clinical and clinical issues (CHMP adopted Feb 2006).

56 EMEA/CHMP/BMWP/14327/06. Guideline on immunogenicity assesment of biotechnology-derived therapeutics protein (CHMP adopted Jan 2007)

57 EMEA/CHMP/BMWP/114720/09. Immunogenicity assesment of monoclonal antibodies intended for in vivo clinical use. (Deadline for comments Jun 2009).

Sin embargo, en los últimos años numerosos servicios de salud han publicado normativa para hacer de dispensación hospitalaria medicamentos que no estaban recogidos en la norma estatal, como por ejemplo citostáticos orales, inmunosupresores, superagonistas de LH/RH, vacunas, hormonas y otros. Así, Galicia inició esta estrategia en diciembre de 2007, a la que se sumaron Navarra, Euskadi, Cataluña y Madrid en 2008, Valencia en 2009, Andalucía en 2010 y otras comunidades a lo largo del periodo.

Existen numerosas razones clínicas para la dispensación hospitalaria de estos medicamentos, que son las que lo justifican^{58, 59}. Sin embargo, también hay importantes razones económicas.

En primer lugar, se trata de medicamentos para pacientes con procesos que son atendidos en el hospital como la quimioterapia de procesos oncológicos, las enfermedades raras, los trasplantes, la fertilización artificial, etc., es decir, la prescripción se genera en el hospital y la dispensación en las consultas externas de los servicios de farmacia da mayor cercanía al proceso a la hora de coordinar esfuerzos o resolver incidencias.

En segundo lugar, se trata de medicamentos de utilización compleja, con dosis y pautas dependientes no solo del diagnóstico sino de la situación clínica concreta y, en muchos casos, individualizadas, para los que la adherencia al tratamiento es esencial para su efectividad, por lo que la intervención de personal especializado y, de nuevo, la cercanía de la dispensación a la prescripción son esenciales.

En tercer lugar, se trata de fármacos, en general bastante tóxicos, con múltiples interacciones, algunos de los cuales necesitan monitorización farmacocinética, con ajustes continuos en función de la respuesta o la toxicidad, lo que hace necesario establecer un plan de gestión de riesgos específico y un seguimiento estrecho.

En último lugar, se trata de fármacos para los que hay muy frecuentemente usos fuera de indicación que, como la ley indica, su regulación es competencia de los protocolos asistenciales de los propios centros y que de todas maneras tendrían que ser dispensados en el hospital por no reunir las condiciones de visado.

Las ventajas económicas de la dispensación hospitalaria se basan por un lado en la posibilidad de comprar a mejores precios utilizando economías de escala y utilizando las herramientas que la ley pone a disposición para establecer concursos y procedimientos negociados, sobre todo entre aquellos medicamentos que tienen diversas marcas o sobre los que se haya emitido una declaración de equivalentes terapéuticos.

Pero, sobre todo, se basan en evitar los costes de la no calidad, dado que la dispensación hospitalaria facilita la correcta selección de pacientes, la correcta duración de tratamientos, en base, no solo a las indicaciones oficiales en España, sino a los protocolos clínicos de los centros y a las recomendaciones de sus comisiones de farmacia y terapéutica. La dispensación hospitalaria no garantiza la adecuación de los tratamientos como demuestran algunas publicaciones, pero si la facilita.

Sería necesario en España, en primer lugar que el Ministerio armonizara la dispersa normativa autonómica y estableciera la lista completa de medicamentos y grupos de medicamentos de dispensación hospitalaria, en segundo lugar que se fuera actualizando esta lista con nuevos

58 GEDEFO. Documento de consenso sobre el uso de antineoplásicos orales. http://www.sefh.es/gedefo/farmacos_orales.php

59 Colomer R, Alba E, González-Martín A et al. Treatment of cancer with oral drugs: a position statement by the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). *Annals Oncol* 2010; 21:195-8.

fármacos que permitieran ir ganando progresivamente margen de eficiencia y en tercer lugar, y más importante, que existiera información transparente sobre las condiciones de compra y los protocolos de utilización de estos medicamentos en los diversos ámbitos (hospitales individuales, servicios de salud, etc.) para comprobar que los potenciales ahorros se están produciendo efectivamente.

ATENCIÓN HOSPITALARIA: FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN INADECUADA

Frecuentación de urgencias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la urgencia como la aparición de forma imprevista o inesperada en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable que es percibida como una necesidad inminente de atención por parte de la persona que la sufre, su familia o acompañantes.

En los últimos años se suele diferenciar el término urgencia de emergencia, siendo emergencia la situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano vital. Etimológicamente dicha diferenciación no tiene mucho sentido en castellano y se trata más bien de la adaptación del término *emergency* del inglés.

La sensación general es que las urgencias hospitalarias del país están masificadas y algunos estudios así lo ratifican, de tal manera que la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios en España es tan alta que está por encima de la media registrada en otros países desarrollados de nuestro entorno. Si bien el aumento de la demanda asistencial urgente, la saturación de los servicios de urgencias, y su inadecuada utilización son hechos compartidos por la mayor parte de los sistemas sanitarios occidentales.

La frecuentación de urgencias es un indicador que mide el número de visitas realizadas en los servicios de urgencias en relación a la población asignada a un determinado centro hospitalario. Las estadísticas consultadas muestran incrementos interanuales que van desde el 2,3% al 9,5%¹. Sin embargo el número de ingresos derivados de las asistencias urgentes, lo que se conoce como el indicador de presión de urgencias, muestra una disminución de hasta 9 puntos porcentuales en un rango de 10 años.

Esta tasa de frecuentación se ha incrementado un 24% en estudios realizados entre 1997 y 2005. En este mismo periodo y en términos absolutos el incremento fue del 37%, sin relación con un aumento poblacional, a pesar del desarrollo de los dispositivos de atención continuada en atención primaria. En estos años, según datos referidos tanto a hospitales públicos como privados, las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios han pasado de 449,5 visitas por 1.000 habitantes a 553,1 visitas por 1.000 habitantes¹.

La estimación del uso inapropiado de la urgencia hospitalaria, varía en un rango entre el 24% y el 79%. Aproximadamente un 80% de los pacientes son dados de alta a domicilio. Diversos estudios han tratado de identificar factores explicativos para este uso inadecuado e incluso se ha hablado de la baja frecuentación durante algunos eventos deportivos.

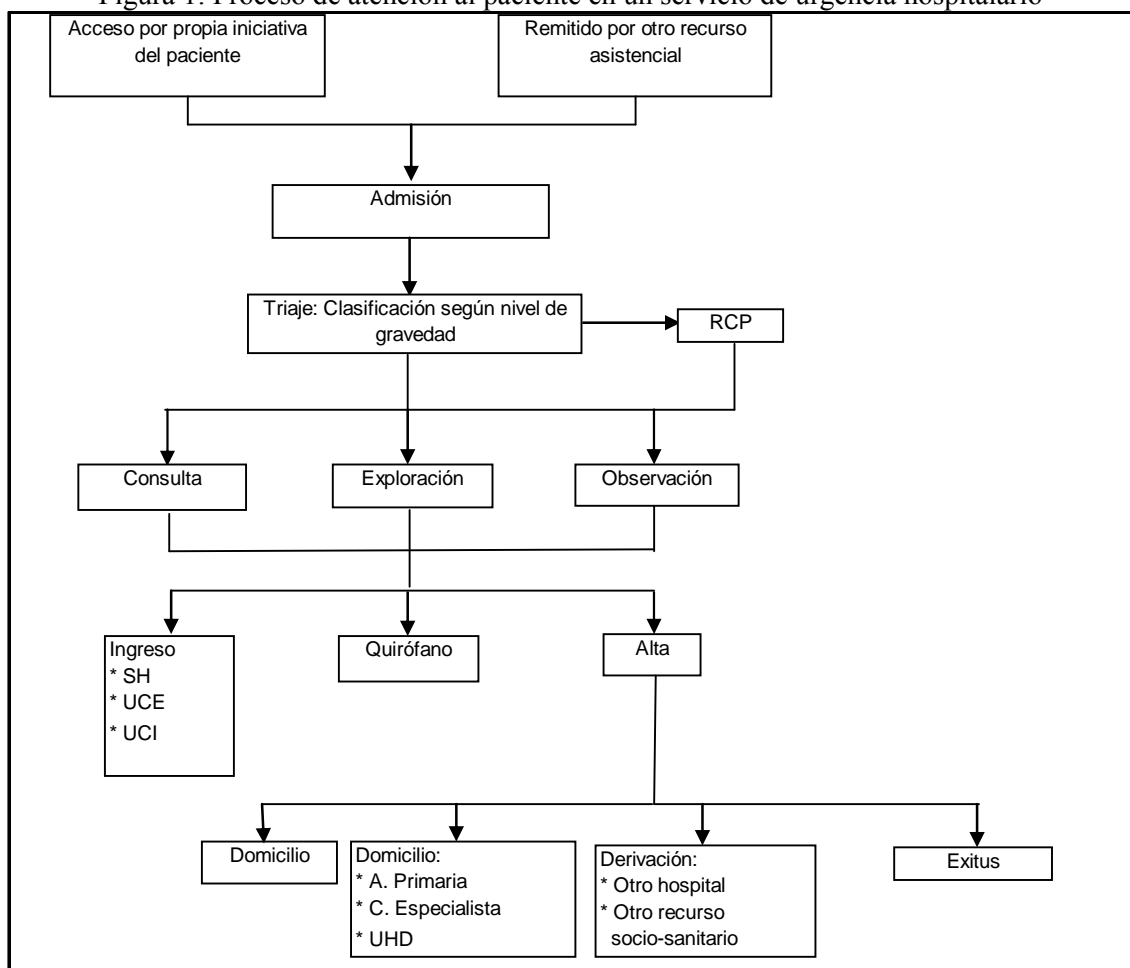
En una encuesta realizada a usuarios de un servicio de urgencias hospitalario en que se preguntaba sobre los motivos por los que habían acudido¹, el 82,5% había acudido por iniciativa propia, de estos el 17,7% por desconocimiento del funcionamiento de su centro de salud respecto a la atención urgente, el 55,0% manifestó su preferencia por acudir directamente al hospital y el 13,5% porque existía demora en otros niveles asistenciales. Sólo el 18,8% había consultado previamente en su centro de salud y a pesar de ello había decidido ir al hospital. En este mismo estudio el 58,1% de los pacientes percibían su problema de salud como leve.

El usuario elige como primera opción los servicios de urgencia hospitalarios fundamentalmente por la expectativa de una atención más rápida. El paciente acude al dispositivo asistencial donde cree que su atención va a ser más efectiva en cuanto a calidad técnica medida según disponibilidad inmediata de exploraciones diagnósticas para resolver su problema a falta de otros dispositivos asistenciales tan accesibles y por supuesto sin plantearse criterios de gasto que ocasiona como ciudadano¹.

La primera conclusión a la vista de estos datos sería que puede haber una tendencia a la banalización de los casos percibidos como urgentes por la población, ya que la asistencia a un servicio de urgencias hospitalario es en primer lugar una decisión subjetiva del propio paciente, familiares o acompañantes y así más de un 80% de los pacientes acude por su propia decisión a los servicios de urgencias sin ser derivado previamente por otro recurso asistencial.

Sin embargo la asistencia a un servicio de urgencias no es una experiencia satisfactoria para la mayoría de los pacientes que se quejan de prolongados tiempos de espera para obtener solución al problema que le ha hecho acudir así que hay que estudiar otros condicionantes que puedan explicar la hiperfrecuentación de este recurso asistencial en nuestro medio.

Figura 1: Proceso de atención al paciente en un servicio de urgencia hospitalario¹



RCP: Reanimación cardio-pulmonar. SH: Sala hospitalización convencional. UCE: Unidad de Corta Estancia. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. UHD: Unidad de Hospitalización a Domicilio.

La asistencia urgente hospitalaria está enfocada a resolver problemas sanitarios agudos. Los servicios de urgencias hospitalarios han sufrido una gran transformación a nivel organizativo e

incluso estructural en la mayoría de los centros hospitalarios del país. Se han establecido sistemas de triaje que permiten una clasificación rápida de la gravedad que presentan los pacientes estableciendo tiempos máximos de espera de atención. Se ha consolidado la figura de Jefe de Servicio y los profesionales que desarrollan su labor en estos servicios reclaman el reconocimiento de esta práctica como una especialidad médica.

Existe un uso sustitutivo de la Atención Primaria, por la atracción que ejerce el hospital con la llamada “cultura hospitalocéntrica de la inmediatez”, debida a una mayor confianza en la respuesta rápida por parte de los usuarios. Durante años se ha hablado de la necesaria coordinación entre los diferentes niveles asistenciales primaria y especializada otorgando a la Atención Primaria un papel de organizador y al fin al cabo de filtro para el acceso a la Atención Especializada.

Esta política que ha sido uno de los pilares del Sistema Nacional de Salud es percibido por la población como una falta de continuidad y seguimiento entre los diferentes niveles asistenciales y se ha establecido el concepto de la “tiranía de lo urgente”. Sobre todo cuando las exploraciones complementarias para establecer diagnósticos o las consultas a especialistas, con poca o nula visibilidad a la hora de elaborar indicadores de demora mediáticos más orientados a las listas de espera quirúrgicas, demuestran tiempos de espera promedio superiores a cuarenta días en prácticamente todas las comunidades del estado.

La apertura de la cartera de exploraciones complementarias para los profesionales de la asistencia primaria que actualmente se realiza de forma arbitraria por parte de cada comunidad o incluso de cada gerencia de departamento, a pesar de que existen estudios que demuestran que las solicitudes de pruebas desde primaria no se traduce en una demanda injustificada de exploraciones, podría romper la asociación existente entre urgencia hospital-resolución inmediata del problema de salud percibido. Por otra parte también es un hecho demostrado que el personal de los servicios de urgencias hospitalarios consume mayor número de pruebas diagnósticas y servicios de especialistas que los médicos de Atención Primaria¹.

El progresivo envejecimiento de la población y la aparición de pluripatologías en esos rangos de edad, cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas que aumenta a 3,2 para las personas mayores de 75 años, les convierte en grandes demandantes de la atención urgente y por tanto a aumentar la frecuentación de las urgencias hospitalarias al no existir recursos alternativos e intervenciones en salud, a la hospitalización convencional para atención de pacientes crónicos con reagudización de su enfermedad.

Entre estos recursos hay que señalar las unidades de hospitalización a domicilio cuando se establece una adecuada coordinación con los servicios de urgencias hospitalarios. Existen evidencias de la mejora en la satisfacción y en la percepción de salud, con la intervención de la hospitalización a domicilio en pacientes paliativos o con enfermedades crónicas avanzadas.

Las intervenciones en asistencia primaria con la creación de la figura Gestora de Casos, antes denominada Enfermera de Enlace, ayuda a las personas dependientes o en situaciones de exclusión, a identificar y proporcionar los servicios apropiados a cada individuo. Planifica y coordina los cuidados, garantizando el nivel de calidad, disminuyendo los costes derivados del cuidado fragmentado. También gestiona pacientes complejos con necesidades de salud periódicas de rango hospitalario en coordinación con Atención Domiciliaria o con planes de cuidados asumibles por la asistencia primaria que se puedan llevar a cabo en el domicilio del paciente, evitando desplazamientos a los servicios de urgencias que pueden dar lugar a ingresos o reingresos hospitalarios.

La incorporación de trabajadores sociales en los equipos multidisciplinares de asistencia mejora en gran medida la accesibilidad de la población con distocias sociales a los recursos adecuados

para su tratamiento evitando así una frecuentación y consumo de servicios sanitarios no apropiada, por carencia de dispositivos adecuados para su canalización.

También intervenciones sobre la población anciana, potenciando las visitas domiciliarias del personal sociosanitario a personas mayores, incluso sin presentar patología específica, ha demostrado una disminución igualmente de la utilización de los servicios de urgencias.

Todas las causas anteriormente citadas, llevan a una saturación de los servicios de urgencia hospitalaria. Esto dificulta la correcta atención sanitaria al paciente, provocando retrasos diagnósticos, favoreciendo el error humano, por tanto con consecuencias negativas sobre la calidad prestada y la seguridad del paciente. La saturación también reduce la satisfacción del usuario, incrementando el número de quejas y el porcentaje de pacientes que abandona el servicio de urgencias sin ser atendido.

En la tabla 1 se señalan algunos indicadores que pueden reflejar la saturación de un servicio de urgencias hospitalario.

Tabla 1: Indicadores saturación SUH

Tiempo de espera medio > 60 minutos
Ocupación al 100% boxes urgencias > 6 horas/día
Índices de ocupación hospitalaria del 90%
Tiempo > 4 horas para el ingreso en sala hospitalización
Número de altas voluntarias respecto al total de urgencias atendidas
Sobrecarga del personal > 6 horas /día

Fuente: Unidad de urgencias hospitalaria. Éstándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

El tiempo de espera medio hace referencia al transcurrido entre la filiación administrativa y la valoración del facultativo y tiene que ser valorado en función del nivel asignado en el triaje según la gravedad del paciente que puede ser desde atención inmediata hasta 120 minutos. La ocupación del 100% durante más de seis horas al día de los boxes de urgencias implica la existencia de pacientes en los pasillos o con ubicación inadecuada. Igualmente si la ocupación hospitalaria es superior al 90% puede producir la imposibilidad de ingreso en el hospital de los pacientes con orden de ingreso y por tanto que la demora sea superior a cuatro horas, entre la firma de la orden de ingreso por el médico y la ubicación del paciente en sala de hospitalización. El porcentaje de altas voluntarias supone el abandono por parte del paciente del área de urgencias, sin ser atendido. La sensación subjetiva por parte del personal de sobrecarga durante más de seis horas al día puede ser un factor de riesgo para el propio personal sanitario y la seguridad del paciente.

Otro de los mitos desmontado en los últimos estudios ha sido la hipótesis de una mayor frecuentación por parte de la población inmigrante. No existen diferencias estadísticamente

significativas entre la población inmigrante y la autóctona en cuanto al sexo, en ambas consultan más las mujeres, la gravedad del proceso por el que consultan, ambas consultan con mayor frecuencia por patología banal, ni el día de la semana que lo hacen, ambas consultan más los días laborables.

Sin embargo, la población inmigrante que consulta los servicios de urgencias hospitalarios si es significativamente más joven ($p = 0,001$), consulta más por patología ginecológica y digestiva ($p < 0,001$) y con mayor frecuencia lo hace de 20 h a 8 h ($p < 0,001$)¹.

No obstante, los últimos cambios legislativos, con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se ha dado una nueva redacción al artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y se ha definido un nuevo concepto de asegurado y beneficiario, aunque todavía está pendiente de desarrollo reglamentario, y ello impide poder hacer extensible el derecho a la asistencia sanitaria, con cargo a fondos públicos, a través del sistema nacional de salud pública, a todas las personas con derecho en la actualidad.

En estos momentos tienen la condición de “asegurados del Sistema Nacional de Salud” por la línea de derecho de trabajo, las personas que están en los supuestos de trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta, o bien ostentar la condición de pensionista del sistema, ser perceptor de cualquier otra prestación periódica, incluida la prestación o subsidio por desempleo, haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

Si no se cumplen los supuestos anteriores, sólo tendrán la condición anterior las personas de nacionalidad española o de un estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza con residencia en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español.

Ante estas nuevas condiciones, que a efectos prácticos, supone la exclusión del sistema de todos los inmigrantes sin derecho de residencia, excepto la atención de carácter urgente, es más que posible que la frecuentación a los servicios de urgencia hospitalarios, se incremente de manera notable, al ser el único dispositivo accesible por esta parte de la población.

En este mismo sentido, a mediados de diciembre del presente año el Tribunal Constitucional ha hecho público un auto en el que acuerda el levantamiento de la suspensión cautelar de varios de los artículos recogidos en el decreto de 26 de junio del Gobierno Vasco, en el que se regulaba tanto el copago farmacéutico como la atención a los inmigrantes sin papeles.

Respecto a la atención a inmigrantes sin papeles ha avalado la decisión de dar atención sanitaria a los inmigrantes puesto que en el recurso presentado por la Abogacía del Estado, que basaba su argumentación en los perjuicios económicos y la necesidad del control del gasto público, no se concretan esos perjuicios económicos y por tanto contesta que “seguramente porque ello no sea posible, entre otras razones, al poder darse la eventualidad de que se produzca sencillamente una transferencia de gasto de la atención primaria a la atención de urgencias”. El Alto Tribunal recalca que “el derecho a la salud y el derecho a la integridad física” de los inmigrantes aunque su situación sea irregular es conveniente para “evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad” y tiene una “importancia singular en el marco constitucional” que no puede verse “desvirtuada” por la “mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado”.

La reducción presupuestaria desde 2010 a 2012 para Sanidad tanto del gobierno central como de las comunidades autónomas ha sido de 5.000 millones de euros y según algunos expertos los pacientes se están dirigiendo a las puertas de urgencias al disminuir la actividad programada y aumentar las listas de espera. Según datos del Ministerio de Sanidad los pacientes pendientes de intervención quirúrgica aumentaron un 17% en el año 2011.

Con el fin de compensar el recorte presupuestario, y disuadir el uso de servicios sanitarios, desde la Administración, se ha recurrido a la implantación del denominado copago en diversas áreas, tales como las prótesis, transporte sanitario, e incluso aumentarlo en el caso de la prescripción farmacéutica. Se ha empezado por ahí, pero probablemente existe la intención de extenderlo a otras áreas y servicios asistenciales. De hecho es una práctica generalizada en nuestro entorno europeo para el Servicio de Urgencia Hospitalaria.

Esta fórmula está extendida en países como Italia, Portugal o Alemania. Numerosos expertos han defendido el carácter disuasorio de esta medida, pero la experiencia ha demostrado su inutilidad cuando no su contraindicación por los elevados costes burocráticos que conlleva.

Como ejemplo, Alemania suprimirá el copago trimestral por recurrir a la sanidad pública a partir de 2013. Esta modalidad de copago sanitario, estaba en vigor desde 2004 y obliga a los enfermos a pagar la cantidad fija de 10 euros por cada trimestre en caso de necesitar atención médica. El pago aumenta en otros 10 euros cada vez que el paciente acuda a un especialista sin volante de su médico de primaria. Esto incluye el servicio de urgencias de los hospitales.

En 2013, año electoral en Alemania, la atención sanitaria volverá a ser completamente gratuita para los asegurados en las mutuas públicas. Los pacientes se ahorrarán unos 1.800 millones de euros anuales. El copago se introdujo con el fin de reducir la tasa de consultas médicas innecesarias y para evitar que los enfermos recurran directamente a los especialistas sin pasar por el médico de cabecera. La intención era que el médico de familia sirviera de filtro que evite consultas superfluas con especialistas.

En este sentido, el copago fue un fracaso notorio. Según datos de la sanidad alemana, el número de consultas no se vio afectado y sigue superando los 500 millones anuales. Proporcionalmente, los últimos datos de la OCDE, indican que van más al médico que los españoles.

Diversos estudios apuntan que el copago solo disuade de buscar ayuda médica a las familias con ingresos más bajos. Además, cada médico invierte unas 120 horas de trabajo anuales solo en organizar el cobro y la facturación de los 10 euros de copago: sumado, este tiempo alcanza la cifra de 360 millones de euros. La conclusión definitiva es que el copago tal y como lo conocemos en nuestro entorno, no reduce la frecuentación a urgencias, creando en cambio, problemas de equidad en el acceso a la prestación sanitaria.

Como conclusiones los servicios de urgencia hospitalarios están saturados por procesos banales, en la mayoría de los casos, de pacientes que acuden por iniciativa propia y algunos estudios estiman que la tercera parte de las visitas podrían ser evitadas y por tanto se está produciendo una utilización inadecuada de este recurso.

Pero no toda la responsabilidad puede recaer sobre el usuario que acude a este servicio fundamentalmente por la confianza e inmediatez en la respuesta que le proporciona aunque en muchos casos le suponga falta de satisfacción por el desplazamiento, demora en la atención, fragmentación de su problema de salud y entorno muchas veces poco empático por la sobrecarga de estos servicios.

Está visto que las intervenciones basadas en las reformas estructurales y organizativas de los servicios de urgencias hospitalarios no han conseguido mejoras respecto a la utilización inadecuada de este recurso asistencial. El paciente tiene que percibir que su problema de salud va a tener una continuidad asistencial sin necesidad de acudir a las puertas de urgencias de los hospitales.

El papel de la Atención Primaria es fundamental y de nuevo hay que señalar la necesaria coordinación con la Atención Especializada. Es necesario que los médicos de primaria puedan acceder a una cartera de servicios que les permita solicitar pruebas diagnósticas para que sus pacientes no utilicen las urgencias hospitalarias para adelantar sus exploraciones y tengan confianza en la resolución de sus problemas de salud que, como se ha dicho, es una de las causas fundamentales para la utilización de estos servicios.

En los últimos años se ha producido un gran desarrollo de los sistemas de información en muchas comunidades autónomas que permiten compartir la información clínica entre los diferentes niveles asistenciales y por tanto garantizar la continuidad del proceso asistencial que seguramente ayudará a que el paciente se sienta más seguro y confiado en la atención que recibe. Se pueden evitar la repetición de exploraciones y demoras innecesarias para acceder a las consultas de los especialistas puesto que la interacción entre los distintos niveles asistenciales es tecnológicamente posible.

También es muy importante el desarrollo de la Unidades de Hospitalización a Domicilio sobretodo para los pacientes con enfermedades crónicas y pacientes paliativos siempre que su entorno lo permita, el establecimiento de la figura de Enfermera de Enlace que puede resultar clave tanto en el proceso de acceso al hospital como de retorno y seguimiento en el domicilio, la integración de los trabajadores sociales en los servicios de urgencias hospitalarios que también se ha señalado para evitar reingresos en urgencias de enfermos subsidiarios de otros recursos asistenciales.

Por último a la vista de los cambios que se están produciendo en nuestro Sistema Nacional de Salud, como los cierres de puntos de atención continuada de Primaria, la atención a inmigrantes sin papeles, el progresivo envejecimiento de la población, la falta de recursos sociosanitarios, habrá que seguir evaluando su repercusión en la frecuentación de las urgencias hospitalarias visto que la adecuación organizativa y estructural de estos servicios ha resultado ineficaz para controlar su utilización.

Hospitalización inadecuada

La hospitalización inadecuada se ha definido como el ingreso hospitalario en hospitales de agudos para proporcionar atención sanitaria que, desde un punto de vista estrictamente clínico, podría haber sido prestada en un nivel asistencial de menor complejidad¹, como hospitalización a domicilio, hospitales de media y larga estancia o de crónicos, residencias socio-sanitarias, hospital de día, o en régimen ambulatorio, sin que ello suponga aumento de riesgo para el paciente.

La frecuentación hospitalaria, es una tasa relevante de los problemas de salud de la población, influido por tres variables. La principal es la morbilidad de la población en relación a las diferentes enfermedades, la segunda es el grado de indicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos donde los diferentes estilos de la práctica clínica pueden presentar diferentes tasas con un mismo nivel de morbilidad. Por último influye el grado de adecuación de los ingresos hospitalarios y los esfuerzos que realiza la estructura sanitaria para proporcionar alternativas a la hospitalización tradicional como la cirugía mayor ambulatoria, las técnicas intervencionistas atendidas en hospital de día, por ejemplo.

Estos tres factores y el grado de influencia de cada uno de ellos ante cada problema de salud, hacen que el análisis e interpretación del resultado de la frecuentación se deba acomodar a cada situación concreta¹. Con el fin de identificar este fenómeno, se usan instrumentos con criterios consensuados que puedan ser evaluados de forma objetiva e independiente del diagnóstico. Todos ellos se basan en la revisión de la historia clínica.

Se podrían utilizar para detectar infrautilización, pero normalmente se usan para medir la sobreutilización, por las implicaciones económicas y sociales que tiene, ya que la infrautilización requiere información añadida de todo el proceso sobre el problema de salud y por tanto no es suficiente la revisión de la historia clínica en régimen hospitalario.

El AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) en su versión europea¹ ha sido considerado como el método más adecuado para la medida de las hospitalizaciones inadecuadas en nuestro entorno y por tanto es el más utilizado en la literatura existente. Está basado en la evaluación de una serie de parámetros según la situación clínica que presenta el paciente y la intensidad de servicios que necesita. Cada parámetro es puntuado según su presencia o ausencia por los evaluadores. La revisión inicial puede ser realizado por personal médico o de enfermería. En los casos detectados como admisiones hospitalarias inadecuadas se recomienda una segunda evaluación realizada por personal médico.

Tabla 2: Versión Europea del AEP

<p>SITUACIÓN CLÍNICA PACIENTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida brusca del nivel de conciencia o desorientación 2. Pulso cardíaco <50 o >140 pulsaciones por minuto. 3. Presión arterial sistólica <90 o >200 mm Hg. Presión arterial diastólica <60 o >120mmHg. 4. Pérdida brusca de visión o audición 5. Pérdida funcional de cualquier movilidad 6. Fiebre persistente >38º durante >5 días 7. Hemorragia activa 8. Alteraciones graves de gases y electrolitos que no puedan ser corregidas en urgencias 9. Presencia de signos de isquemia aguda en electrocardiograma 10. Dehiscencia de sutura o evisceración <p>INTENSIDAD DE SERVICIOS CLÍNICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad de medicación intravenosa o fluidoterapia 2. Cirugía o procedimiento en las siguientes 24h que requieran anestesia o técnicas realizables sólo en régimen de internamiento 3. Monitorización de signos vitales al menos cada 2h 4. Observaciones de reacciones tóxicas secundarias a medicación 5. Utilización de asistencia respiratoria intermitente o continua al menos cada 8h
--

Adaptado de: Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care. Medical Care 1981;19(8):855-871.

Algunos de los estudios realizados en nuestro país sobre la validez del método muestran un índice de sensibilidad del 67% y un 73% de especificidad para admisiones desde urgencias y de un 78% y 96% respectivamente, para admisiones tanto urgentes como programadas⁶.

Los resultados en nuestro medio identifican una proporción de ingresos inadecuados desde urgencias que varía entre el 5% y el 25%⁴. Sin embargo otras revisiones presentan resultados de admisiones inadecuadas, entre el 2,1% y el 44,8% de los ingresos en hospitales españoles tanto urgentes como programados¹. La causa más frecuente es la mala organización de los cuidados ambulatorios y la demora en los servicios de diagnóstico.

En el término inadecuación hay que distinguir dos niveles: ingresos inadecuados y estancias inadecuadas una vez el paciente ha sido ingresado. Una admisión adecuada en régimen de hospitalización también puede generar estancias inapropiadas.

Tabla 3: Causas de admisión inapropiada

CAUSAS DE ADMISIÓN INAPROPIADA
1. Admisión prematura
2. Demora resultados exploraciones complementarias o respuesta interconsulta especialista en urgencias
3. Demora exploraciones complementarias ambulatorias
4. Práctica conservadora
5. Falta disponibilidad recursos alternativos
6. Ingresos directos desde consultas
7. Admisión a petición paciente o familiares
8. Problemas sociales
9. Otros: Traslados desde otros centros...

Fuente: Análisis de la adecuación de las admisiones hospitalarias desde urgencias. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-01-06.

En el caso de los ingresos programados, aquel que según la mayoría de definiciones en nuestro país, es conocido con al menos 24 horas antes de su ingreso efectivo, es más fácil actuar sobre los elementos de inadecuación como la admisión prematura, tanto para reducir estancias preoperatorias previas a la cirugía programada como el ingreso en festivos para la realización de pruebas o tratamientos, en el caso de los servicios médicos, que se van a realizar en días laborables.

Representan el grado de organización del hospital para la programación eficiente de los procedimientos, prestar los cuidados preoperatorios desde el entorno habitual del paciente y reservar los dispositivos asistenciales necesarios para los cuidados postoperatorios sin exigir ocupación previa de los mismos, normalmente producidos por la falta de preparación del paciente quirúrgico en lo relativo a su estudio preoperatorio, bien en exploraciones complementarias o la consulta preanestésica pertinente o asegurar la disponibilidad de cama en el caso de los ingresos médicos. Afortunadamente el concepto de “calentar la cama” está obsoleto en la mayoría de nuestros centros hospitalarios con la gestión centralizada de las camas por los Servicios de Admisión.

Otro factor sería la revisión de los procesos susceptibles de cirugía sin ingreso, la denominada ambulatorización que tiene por objeto realizar la asistencia sanitaria que precisa el paciente con garantías de seguridad y efectividad clínica pero evitando su internamiento. Determinadas condiciones ajenas a la pura práctica clínica pueden influir, tales como la dispersión geográfica, el desarrollo de elementos de coordinación con atención primaria o la disponibilidad de recursos de atención domiciliaria. En los últimos años se ha ido aumentando la cartera de dichos procesos, pero todavía cabe un margen de ampliación de los mismos debida fundamentalmente a la evolución de la técnica quirúrgica y anestésica.

También los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con posibilidad de ser aplicados en estructuras tales como el hospital de día. Es evidente la multitud de procesos terapéuticos con estancias entre doce y veinticuatro horas, que en estos momentos se realizan dentro del ámbito de la hospitalización tradicional, y que serían subsidiarios de su desarrollo sin ingreso con un seguimiento adecuado en el área ambulatoria del hospital de día.

De lo anteriormente descrito se desprende la necesidad de mejorar la organización hospitalaria, y los circuitos de pacientes, adecuando el proceso específico a la estructura hospitalaria más

adecuada para prestarlo. Es un indicador de resolutiveidad del proceso asistencial con una vertiente de eficiencia por su reflejo de un uso apropiado de los recursos hospitalarios.

No obstante y dado que más del 60% de los ingresos se realizan a través del Servicio de Urgencias hospitalario, es en esta área, donde más estudios se han realizado para medir la inadecuación del ingreso urgente y sus causas mas frecuentes.

Como se ha detallado en el epígrafe anterior sobre frecuentación de urgencias, existen factores predisponentes a esta inadecuación, tales como la alta demanda de estos servicios por la mala organización de los cuidados ambulatorios y la demora en exploraciones diagnósticas y accesos a las consultas especializadas que da lugar a una saturación evidente de dichos servicios.

A ello también contribuye la falta de unidades funcionales para la atención de pacientes pluripatológicos que resultan ser grandes frequentadores de los servicios de urgencias, que proponen una estrecha coordinación entre el médico de atención primaria, las unidades de hospitalización a domicilio y las unidades de cuidados paliativos hospitalarias¹.

También directamente relacionado la disponibilidad de las Unidades de Corta Estancia (UCE) dirigidas a la atención a pacientes crónicos que presentan una reagudización y cuyo principal objetivo es la estabilización de su proceso y la remisión precoz a su mejor lugar terapéutico¹

Como ya se ha reflejado en el punto anterior sobre la frecuentación de urgencias, las visitas domiciliarias a personas mayores disminuyen la hospitalización. Sobre la disponibilidad de trabajadores sociales en los servicios de urgencias algunos estudios realizados encuentran que la intervención de dichos dispositivos en base a obtención de cuidados en domicilio, ayudas a personas sin hogar, derivación a residencias socio-sanitarias evitan un 5% de admisiones hospitalarias desde los servicios de urgencias.

La denominada práctica conservadora, que debido a la propia saturación del área de urgencias y ante la duda diagnóstica diferencial, tiende a la hospitalización del paciente como método de seguridad influye también en posibles admisiones inadecuadas, Es conveniente realizar estudios, sobre aquellos pacientes que son alta hospitalaria sobre las veinticuatro horas tras su ingreso desde el área de urgencias, para analizar los motivos que ocasionaron su ingreso.

En la Tabla 4 se muestran los resultados del nivel de cuidados que requerían los ingresos inadecuados desde urgencias. En un estudio realizado en los hospitales de Osakidetza se demuestra que el 65% de las admisiones inadecuadas eran pacientes subsidiarios de ser atendidos en las consultas externas del hospital o del centro de especialidades.

Tabla 4: Niveles asistenciales adecuados en ingresos urgentes inadecuados.

NIVEL ASISTENCIAL ADECUADO	% Ingresos
Consultas Externas Hospital	50,0
Consultas Externas Centro de Especialidades	14,7
Cuidados ambulatorios por Atención Primaria	14,7
Hospital de Crónicos	11,8
Unidad de Observación	5,9
Cuidados sociales domiciliarios	2,9

Fuente: Análisis de la adecuación de las admisiones hospitalarias desde urgencias. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-01-06.

Las estancias inadecuadas, que como ya se ha señalado pueden producirse también en admisiones justificadas, según algunos estudios suponen el 28%¹ de los días que el paciente permanece ingresado en un hospital, en este caso en un servicio médico. Estudios más recientes realizados en nuestro país encuentran resultados entre 15-40%¹

El promedio de la duración de la estancia en el hospital, o estancia media, refleja el tiempo desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recupera su salud lo suficiente como para recibir cuidados en su entorno habitual y es dado de alta.

La hospitalización tiene como objeto curar o aliviar el problema de salud intentando incorporar al paciente en el menor tiempo posible a su entorno habitual. La estancia media es un indicador de resolutivez que mide la celeridad con la que el hospital desarrolla los planes para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Permite medir la efectividad clínica ya que las complicaciones y efectos adversos, prolongan la estancia. Una baja estancia, está vinculada al desarrollo de una práctica clínica resolutivez sustentada en la adecuación del uso de los recursos sanitarios y que provee cuidados efectivos al paciente.

Una baja estancia media, puede ser un buen indicador de actuación adecuada y resolutivez ante el problema de salud, refleja también que existe una red asistencial de cuidados posthospitalización si se requieren, y por último una baja tasa de complicaciones y efectos adversos cuya presencia siempre prolongan la estancia.

Las relaciones entre la estancia media y la inadecuación medida por instrumentos como el AEP, debe ser valorada según el contexto y teniendo en cuenta tanto la complejidad de los pacientes, ya que una baja complejidad puede producir una disminución de la estancia media, que no indica necesariamente una mayor efectividad o resolutivez, así como la intensidad de los tratamientos.

Según diferentes trabajos sobre hospitalización inadecuada, los cuales utilizan metodologías diversas, fundamentalmente el AEP, señalan que una de cada entre tres y cuatro estancias hospitalarias es inadecuada, lo que supone un elevado número de estancias inadecuadas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Como limitación del instrumento no hay que olvidar que no tiene en cuenta el punto de vista de los pacientes o familiares sobre la percepción de gravedad, capacidad de prestar determinados cuidados en el domicilio, nivel socioeconómico y cultural¹.

La literatura revisada identifica mayor proporción de estancias inadecuadas en los pacientes de mayor edad, estancias superiores a siete días y en algún estudio se constata como variable fundamental la no existencia de evolución documentada del paciente¹⁵, también en los pacientes ectópicos, ingresados en servicios asistenciales diferentes a su responsable, suelen alargar su tiempo de estancia hospitalaria.

Es un objetivo ampliamente extendido en las organizaciones, la reducción de la hospitalización inadecuada, y la evaluación de la efectividad de las intervenciones orientadas a este objetivo. La mayor parte de las estancias innecesarias se han atribuido a la existencia de comportamientos excesivamente conservadores respecto al alta.

No obstante, y aunque la disminución de la estancia media es un hecho constante en los últimos años, esta disminución fundamentalmente se debe hacer a costa de las estancias innecesarias. Por eso es importante monitorizar el impacto de las medidas, alternativas a la hospitalización convencional, y la tasa de reingresos posteriores al alta, con el fin de detectar altas prematuras.

Se considera reingreso a todo ingreso inesperado con lo cual se consideraría urgente, tras un alta previa en el mismo hospital. Esta definición supera otras vinculadas a limitar el concepto a un

reingreso por un diagnóstico principal relacionado con el ingreso previo, ya que se ha comprobado que existen numerosos reingresos claramente relacionados con el ingreso previo pero cuyo diagnóstico principal no está relacionado con el diagnóstico del primer ingreso.

Los reingresos tienen una dependencia con la morbilidad atendida en el hospital y con la comorbilidad de los pacientes. Una parte relevante de los mismos están vinculados a la presencia de enfermedades crónicas, fundamentalmente respiratorias y cardíacas, que son los grupos de enfermedad que concentran un número importante de reingresos.

El reingreso puede ser indicativo de un inadecuado seguimiento del paciente tras el alta o bien de un alta de hospitalización prematura. Normalmente se suelen medir aquellos producidos en la primera semana tras el alta, y aquellos producidos entre la primera semana y los treinta días posteriores al alta.

El uso de herramientas como la historia clínica electrónica, con lo que representa de ayuda tanto a la solicitud, como a la recepción de resultados de diferentes exploraciones complementarias, integrando en un mismo formato de fácil accesibilidad las incorporaciones de los diferentes profesionales facilita la agilización antes mencionada.

Es clara la influencia de la disminución del tiempo medio existente entre la petición y la recepción de las diferentes pruebas diagnósticas, existiendo la posibilidad de poder tomar decisiones respecto al alta el mismo día de la solicitud.

Además de los aspectos ya señalados hay que considerar un hecho ampliamente aceptado en nuestro entorno como es la existencia de variabilidad en la práctica médica. Esta variación se da en múltiples servicios sanitarios, tales como hospitalizaciones, derivaciones entre niveles, pruebas complementarias, consultas, prescripción farmacéutica, tratamientos rehabilitadores, o actuaciones preventivas¹.

De todos los estudios realizados hasta el momento, independientemente del sistema sanitario existente, se evidencia que el tipo y volumen de la atención sanitaria que recibimos, está más relacionado con aspectos geográficos, que con la propia epidemiología de las enfermedades.

La actuación es diferente entre hospitales, centros de salud, servicios clínicos y entre médicos y otros profesionales sanitarios. Es una preocupación tanto para la comunidad sanitaria como para la sociedad en su conjunto, pues se está dando la situación de recibir para un mismo proceso más o menos cuidados de los necesarios o incluso, no ajustados al proceso en cuestión. El impacto de esta variabilidad, tanto en los resultados clínicos obtenidos, incluyendo las complicaciones y efectos adversos, como el impacto económico que supone puede ser muy elevado.

Si para un mismo proceso existe inadecuación de servicios prestados hay que corregir las actuaciones. Los profesionales sanitarios deben basarse en la evidencia científica que garantice sus actuaciones, aplicando el mejor conocimiento clínico y consenso profesional para reducir la incertidumbre en la toma de decisiones.

Las causas de esta variación son de un lado, las lógicas derivadas de las circunstancias particulares de cada paciente y de otro las relacionadas con la oferta y la demanda de servicios sanitarios en un ámbito concreto, como son estructura social de la población, accesibilidad a la prestación, sistemas de financiación y copagos existente, formación y actitud de los profesionales.

Hay que actuar desde las políticas de gestión clínica y sanitaria, con el fin de reducir la variabilidad existente, mediante la implantación de protocolos y guías de actuación médica,

planes de cuidados estandarizados de enfermería, para modificar los patrones de comportamiento, reduciendo costes innecesarios y mejorando la calidad asistencial. Por este motivo las intervenciones directas sobre el personal asistencial, tales como las formativas, administrativas o de retroinformación son tan importantes.

Tabla 5: Intervenciones dirigidas a modificar la práctica médica

INTERVENCIÓN	
Educativas	Genérica Enfocada al problema concreto
Administrativas	Implantación de protocolos y guías clínicas Formularios específicos Justificación de la indicación Incentivos económicos Recordatorios y recomendaciones
Retroinformación	Orientada a costes Orientada a utilización Orientada a resultados de efectividad o seguridad

Adaptado de: Antón P, Peiró S, Martínez Pillado M, et al. Efectividad de las intervenciones de revisión de la utilización inadecuada de la hospitalización. Una revisión sistemática. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(5):236-244.

De las intervenciones propuestas para modificar la práctica médica, las educativas como recomendaciones impresas, reuniones, talleres, etc. han sido las menos utilizadas. Las intervenciones de tipo administrativo en el sentido de disminuir las tareas burocráticas y facilitar el trabajo diario de los profesionales, tienen un impacto en la agilización de las altas hospitalarias.

La difusión de la información con medidas de retroalimentación son las más efectivas a la hora de influir en la práctica clínica cuando esta información se presenta más cerca del momento de tomar las decisiones.

En los estudios realizados al respecto, pese a la actualidad de los sistemas de pago por objetivos, como contratos programa y acuerdos de gestión, no hay trabajos que valoren el impacto de los incentivos económicos en la reducción de estancias inadecuadas.

De todos modos la existencia del fenómeno de la variedad en la práctica médica, no debe asumirse sin más. Es una obligación de los profesionales, clínicos y gestores, analizar las causas de esta variabilidad, medir su impacto, tanto asistencial como económico y social, en los diferentes ámbitos, con el fin de mejorar la efectividad, la equidad y la calidad con la que se presta la atención dentro del Sistema Nacional de Salud.

LA PRIVATIZACIÓN EL HIPERCONSUMO Y LA INSOSTENIBILIDAD DEL SNS

En el año 1977, al inicio de la democracia, el 23% de la población no se encontraba cubierta por la Seguridad Social. En 1978 al mismo tiempo que la conferencia de la OMS en Alma Ata considera a la Atención Primaria (AP) la base sobre la que debe pilotar la organización de los sistemas sanitarios, la constitución española reconoce el derecho a la salud de toda la población y se realiza la reforma de la AP, para centrarla en la familia y la comunidad.

La creación de nuevas infraestructuras y la universalización de la atención requieren de un incremento del presupuesto sanitario público y las empresas privadas, tecnológicas, farmacéuticas y aseguradoras, tratan de incrementar su influencia para quedarse con una parte cada vez mayor de este presupuesto. Consiguen el control de los fármacos y de las tecnologías médicas, y poco a poco se adueñan de una buena parte del cuerpo y del alma del sistema público de salud, que comienza a hacer suyo su discurso, plasmado inicialmente en los 10 mandamientos del Informe Abril de 1991.

Su implantación es paulatina y se acelera en los últimos años. Sus pilares esenciales son:

- 1- Privatización: Disminuir el control estatal de la sanidad y generalizar la llamada “colaboración” público-privada
- 2- Mercantilización: Convertir a los usuarios en clientes con “libertad de elección” entre centros públicos y privados
- 3- Medicalización: Promover en la población el hiperconsumo de productos y servicios sanitarios, seleccionados y priorizados por la propia industria, a través del control de la investigación y de la formación de los profesionales y de un enfoque asistencial centrado en los hospitales.

Ambas tendencias contrapuestas introducen grandes contradicciones en un SNS que aún comenzaba a consolidarse. La AP, alejada de las innovaciones tecnológicas, excepto en lo que se refiere a la prescripción farmacéutica, pierde fuerza, sus profesionales se desmotivan, y se abandonan en gran parte las estrategias comunitarias necesarias para promover los hábitos de vida saludable, lo que supone un incremento progresivo de las tasas de obesidad y de la carga de enfermedad de la población (diabetes, HTA, enfermedad cardiovascular y cáncer).

En el año 2011 y a pesar de nuestra dieta mediterránea, la tasa de hombres y mujeres españoles con hiperglucemia es la mayor de todos los países de la UE-15 y somos el tercer país con mayor tasa de obesidad en ambos sexos. Únicamente mantenemos tasas inferiores a la media europea en personas con HTA (tabla I).

Tabla I

País UE-15	Hiperglucemia ayunas adultos = ó > 25 a Hombres/Mujeres	HTA en adultos = ó > 25 a Hombres/Mujeres	Obesidad en = ó >20 a Hombres/Mujeres
Aleman	9,8 / 6,3	31,1 / 20,7	23,1 / 20,2
Austria	7,1 / 4,6	28,7 / 19,8	19,2 / 17,1
Bélgica	9,3 / 6,4	24,6 / 16,8	21,2 / 16,9
Dinam	8,8 / 5,9	26,5 / 15,6	17,1 / 15,4
España	11,0 / 8,8	27,7 / 18,6	24,9 / 23,0
Finlan	10,3 / 6,3	34,9 / 22,7	21,0 / 18,6
Francia	7,2 / 4,3	29,1 / 16,2	16,8 / 14,6
Grecia	9,5 / 7,9	25,1 / 19,8	18,8 / 16,1
Irlanda	8,4 / 5,6	34,9 / 20,7	25,7 / 23,3
Italia	8,8 / 5,4	28,6 / 20,6	19,3 / 14,9
Luxemb	9,9 / 6,7	28,5 / 17,9	24,5 / 22,2
P bajos	6,1 / 4,1	28,9 / 17,6	16,1 / 16,1
Portugal	7,5 / 5,7	34,5 / 24,3	20,4 / 22,3
RU	7,8 / 5,7	27,7 / 19,1	24,4 / 25,2
Suecia	8,1 / 6,0	29,7 / 19,3	18,2 / 15,0

Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales 2012. OMS

La privatización del SNS

La prevención secundaria y el tratamiento de estos factores de riesgo y de sus consecuencias, mediante:

- La implantación de cribados a la población asintomática (enfermedad coronaria, cáncer, enfermedad de Alzheimer, osteoporosis...)
- La promoción de fármacos para las alteraciones más nimias
- La medicalización de la infancia y de los pacientes en las fases finales de la vida, sometidos en ocasiones a exhaustivos controles para valorar la respuesta a medicamentos de última generación, alto coste y dudosa eficacia.

Dan origen a un formidable negocio que provoca el 4º mayor incremento del gasto sanitario de los países de la UE-15 (Tabla II)

Tabla II

Pais UE	Gasto total en salud como % PIB Año 2009	Gasto en salud per cápita en dólares internacionales Año 2009	Incremento 2000- 2009	% Gasto privado en salud 2009
Aleman	11,7	4219	57%	23,1
Austria	11,0	4288	50%	22,3
Bélgica	10,8	3948	75%	24,9
Dinam	11,5	4345	73%	15,0
España	9,6	3067	100%	26,4
Finlan	9,0	3226	74%	25,3
Francia	11,9	3969	56%	22,1
Grecia	10,6	3054	110%	38,3
Irlanda	9,4	3761	113%	25,0
Italia	9,4	3071	48%	22,1
Luxemb	7,9	6592	64%	16,0
P bajos	12,0	4881	108%	14,3
Portugal	10,7	2690	63%	32,2
RU	9,8	3438	88%	15,9
Suecia	10,0	3722	63%	18,5
Media UE	10,3	3884	76%	22,76

Tabla II. Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales 2012. OMS (Elaboración propia)

En esta década 2000-2009, los resultados en salud tienen un “*haber*” ya que se consigue aumentar la esperanza de vida pero un gran “*debe*” en relación con su menor eficacia y eficiencia en incrementar el nivel de salud de la población española, lo que da lugar a un crecimiento continuado de los años vividos con mala salud o en dependencia, especialmente en las mujeres (tablas III y IV) población que se queda especialmente indefensa con los recortes actuales en asistencia y en atención a la dependencia.

Tabla III

Esperanza de vida al nacimiento						
	2000	2002	2004*	2006	2008	2010
Hombres	75,8	76,3	76,9	77,7	78,2	79,1
Mujeres	82,9	83,2	83,7	84,5	84,5	85,3
Años con buena salud al nacimiento						
Hombres	66,5	66,6	62,6	64,0	64,1	64,3
Mujeres	69,3	69,9	62,6	63,7	63,6	63,7
Años con mala salud al nacimiento						
Hombres	9,3	9,7	14,3	13,7	14,1	14,8
Mujeres	13,6	13,3	21,1	20,8	20,9	21,6

Tabla IV

Esperanza de vida a los 65 años						
	2000	2002	2004*	2006	2008	2010
Hombres	16,7	16,9	17,3	17,9	18,1	18,6
Mujeres	20,8	21,0	21,5	22,0	22,1	22,7
Años con buena salud a partir de los 65 años						
Hombres	11,4	11,2	9,8	10,0	9,9	9,6
Mujeres	12,2	12,4	9,6	9,6	8,7	8,9
Años con mala salud a partir de los 65 años						
Hombres	5,3	5,7	7,5	7,9	8,2	9,0
Mujeres	8,6	8,6	11,9	12,4	13,4	13,8

Fuente: HEIDI (indicadores de salud de la CE)

*El "salto" en el año 2004 se explica en parte por la utilización de fuentes estadísticas distintas a partir de ese año.

Debemos tener en cuenta que este gran incremento del gasto sanitario, que se duplica en la década 2000-2009, se debe al fuerte aumento del gasto privado, de forma que en el año 2009 España es el tercer país con mayor presencia de gasto sanitario privado de la UE-15, tras Grecia y Portugal (tabla II).

En este año 2009 y en un país con un SNS de cobertura sanitaria universal y con la crisis económica ya establecida, el GS proveniente de los ciudadanos ya alcanza los 25.567 millones de euros (5494 millones de seguros privados y 20.073 de pago directo de bolsillo)⁶⁰ y sigue aumentando, de forma que en el año 2011 alcanza los 27.500 millones (6.589 millones de seguros privados⁶¹ y 20.920 millones de euros del bolsillo de los ciudadanos).

Además, gran parte del GSP (68.726 millones de euros en 2009) se consume en medicamentos hospitalarios y en oficinas de farmacia (16.546 millones) tecnologías (8000 millones) y conciertos con centros privados (7360 millones⁶²) lo que suponen otros 31.900 millones de euros en facturas privadas.

De esta forma en el año 2009 el 61% del GST es negocio privado y el 31% (29.329 millones) es gasto en personal del SNS⁶³.

En 2011 esta proporción se incrementa 10 puntos y supera el 70%, ya que el GSP disminuye un 16% y el negocio privado total crece del orden de un 5%.

Las medidas para la "sostenibilidad del sistema sanitario" aprobadas por el gobierno de Rajoy agudizan esta situación ya que supondrá más recortes de gasto público y más incremento del gasto privado, mediante:

-La suspensión del aseguramiento a una parte de la población (jóvenes, emigrantes).

60 Informe IDIS 2012

61 Eroski Consumer.es

62 Informe IDIS 2012

63 Tablas estadísticas del MSPS

-La disminución de profesionales: mínima cobertura de las jubilaciones, amortización de plazas de interinos y EREs en personal laboralizado (Cataluña y Madrid).
-La disminución de los salarios de los trabajadores del sistema sanitario público, la anulación de las pagas extraordinarias y las rebajas salariales en situación de Incapacidad Transitoria.
-El ahorro en gastos de hostelería (comida del paciente, sillón del acompañante, comida de los profesionales de guardia).
-La disminución de la cartera de servicios sanitarios -Infertilidad, ortopedia, RHB- que pasarán a cobertura privada.
-La desgravación de los seguros privados, que representa otra ayuda pública a un 2º aseguramiento opcional y que supondrá un incremento de un 15% de las primas (7 millones en 2011) según los cálculos de la patronal⁶⁴.
El decreto 16/2012 deja a una parte de ciudadanos sin cobertura sanitaria, lo que les obliga a contratar un seguro privado, lo que puede servir de justificación al gobierno para la aprobación de esta desgravación fiscal.
-Por otra parte, se sigue profundizando en la privatización de la gestión. Las CCAA con mayor porcentaje de GS privado sobre GS total son, Madrid (38,2%), Cataluña (37,7%) y la C. Valenciana (35,4%) a gran distancia de la media de la UE-15 (22,7%) y del gasto sanitario privado medio en España, de un 26,4%⁶⁵.

En los presupuestos de la Comunidad de Madrid del año 2012 Aguirre, con la disculpa de la crisis, congela el gasto sanitario, pero mientras los hospitales públicos pierden dinero el gasto en conciertos con la sanidad privada se incrementa un 37%⁶⁶ pasando de 371 a 496 millones de euros, un incremento inaudito. Su sustituto en el cargo, Ignacio González, profundiza en la misma política, además de anunciar la privatización del 10% de la AP y de 7 hospitales de Madrid.

Sin embargo, a mayor gasto sanitario privado mayor endeudamiento, lo que se cumple tanto a nivel de CCAA como de los países de la UE-15 (tabla II) lo que sugiere que a más privatización sanitaria menor eficiencia, al contrario de lo que pretenden hacernos creer con el discurso oficial.

El plan presupuestario enviado por el gobierno de Rajoy a la UE para 2013-2014⁶⁷ pretende un recorte de otros 6.323 millones de euros en capítulo de personal (1023 millones en IT y 5300 millones en congelación de empleo público) lo que supondrá el “golpe de gracia” a nuestro SNS, ya que esta política de recorte del gasto público y privatización creciente deja escaso margen para pagar los salarios de los profesionales del SNS y está detrás de los préstamos solicitados por Artur Mas para hacer frente a las nóminas de los sanitarios de Cataluña, y de la decisión del gobierno de la CAM de vender los hospitales públicos con todos sus profesionales dentro, para quitarse “el muerto de encima” que ellos mismos han creado:

La industria farmacéutica

Consumo de medicamentos y Gasto Farmacéutico en España

España es el primer país en consumo de medicamentos con respecto a su PIB; gastamos un 1,27% del PIB en fármacos, un 35% más que la media de la UE-15 y es el segundo país del mundo en consumo de medicamentos por persona⁶⁸.

64 Web Apiscam. 4 de junio de 2012.

65 IDIS. Médico interactivo, 27 de junio de 2012

66 El País. 31 de octubre de 2011

67 ABC.es. 7 de agosto de 2012

68 Laporte J-R. Bosch M. Crisis y política de medicamentos. Aten Primaria. 2012. doi:10.1016/j.aprim.2012.03.006

España es el país en el que más crece el gasto farmacéutico en los últimos años (2003-2009). En el año 2010 comienza a disminuir, aunque de forma discreta (tabla V)⁶⁹.

Tabla V- Porcentaje de aumento a cambio constante* de las ventas de medicamentos en Farmacias en 5 países líderes de la Unión Europea en 2003-2010, y en SNS o equivalente en 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 SNS	2009	2010	Incremento 2003-2010
Alemania	8	1	8	2	4	3	4,4	4	2,5	37%
Francia	5	5	5	5	5	5	-0,1	1	0	24%
RU	9	7	-3	3	3	1	-0,7	5	2,5	27%
Italia	2	3	0	2	-3	0	-1	4	-0,1	7%
España	12	7	6	6	8	4	6,9	6	-0,2	56%

Fuente: IMS HEALTH 2003–2009 Retail drug monitor; Farminustria, Eurostat

España es, además, el país de la UE con mayor captación de medicamentos nuevos, protegidos por patente, a veces asombrosamente caros Tabla VI⁷⁰

Tabla VI- Precio medio de las nuevas presentaciones de medicamentos (2010)

Nuevos medicamentos Principio activo nuevo	Nuevos medicamentos Principio Activo antiguo	Antiguos Medicamentos (nuevas prestaciones)	Precio medio global
545,73 euros	29,71 euros	44,94 euros	59,14 euros

Una encuesta del *Observatorio de la Adherencia*⁷¹ pone de relieve que el 90% de los adultos de 40 a 50 años no cumple con el tratamiento prescrito y lo mismo ocurre con el 50% de los mayores de 60 años, sobre todo en procesos “hipertratados” como la osteoporosis y los Síndromes depresivos, por lo que la excesiva prescripción parece estar detrás de esta falta de adherencia y de los repletos botiquines caseros con los que se intenta justificar el copago de fármacos en el SNS.

Entre los años 2000 y 2009 el número de recetas crece un 65% el gasto en recetas del SNS aumenta un 87% y el GFH un 187%. En el año 2009 el negocio farmacéutico español sobrepasa los 20.400 millones de euros (tabla VII).

En el año 2010 el gasto en recetas en las OF desciende un discreto 1%, lo que se compensa con un incremento del número de recetas (1,2%)⁷² y fundamentalmente con el incremento del Gasto farmacéutico Hospitalario (GFH) de forma que el negocio farmacéutico español vuelve a incrementarse en un 9%, hasta rozar los 22.300 millones de euros.

En el año 2011 las autonomías destinaron 11.118 millones de euros menos (16,2%) a GSP que en 2009. En estos 2 años el GF público total, incluyendo la facturación de recetas y el GFH⁷³,⁷⁴ se reduce en algo más de 1000 euros. Los restantes 10.000 millones de euros se sustrajeron del

69 Sobre medicamentos y farmaciaeconomía. Escuela nacional de Sanidad. IS carlos III y M. de Ciencia e Innovación. Octubre 2011

70 Panorama actual del medicamentos. 2010

71 Jano.es. 15 de noviembre de 2012

72 Observatorio del medicamento. Federación Española de Farmacias (FEFE)

73 RTVE. 18 de abril de 2012

74 Observatorio del medicamento. FEFE

capítulo I (personal) y de los recortes en la asistencia que provocaron un incremento de las listas de espera.

Tabla VII⁷⁵

Año	Gasto sanitario público Millones euros Y per cápita	Millones Recetas dispens.	Coste total Medicamentos dispens.	Coste medicamentos SNS	Pagado SNS en recetas M. de euros (PVP+IVA)	gasto público en farmacia hospitalaria	GFP total	Coste total medicamentos ambulatorios y hospitalarios (GFT)	GF privados bolsillo usuarios
2000	33.100/817	597	9.115	7.320	6.738	1.361	8.099	10.476	2.377
2005	50.587/1147	765	13.580	11.129	10.075	2.808	12.883	16.388	3.505
2007	60.222/1332	843	15.370	12.414	11.228	3.328	14.556	18.698	4.142
2009	68.526/1466	986	16.514	13.981	12.636	3.910	16.546	20.424	3.878
2010	64.097/1399	961	16.491	14.815	12.498	5.650	18.148	22.291	3.993
2011	57.408/1273	973	15.862	12.165	11.592	6.000	17.592	21.862	4726
2012*		949	15.500	11.476	10.433	6000	17.476	21.500	5.067
2013	50.000/1087	900	15.000	10.296	9.276	6.450	15.826	21.450	6.067

*Previsión de gasto en 2012 basada en cálculos de la Federación de farmacias de España (FEFE)

El número de Recetas/persona del SNS y privadas es similar a los años anteriores, así como el gasto por receta (ya que el gasto público por receta solo disminuye en la misma proporción en la que se traslada a los ciudadanos)

En el año 2013, con la aplicación del decreto 16/2012 el GSP disminuye en 7000 millones (cálculos del gobierno) y se espera un ahorro de 2.200 millones de euros en fármacos⁷⁶ de los que 1000 millones serán financiados por los usuarios y 1189 millones por la IF, que se quedarán en 630 millones debido al compromiso de trasladar a la IF todo el ahorro de la desfinanciación de 420 fármacos (458 millones)^{77, 78} para investigación en nuevos fármacos innovadores (gasto hospitalario).

Como observamos en la tabla VIII, hasta el año 2009 la proporción de los diferentes gastos se mantenía relativamente estable. Con la crisis económica se produce una importante disminución del GSP, que en el año 2013 se espera que sea similar al GSP del año 2005, mientras que el peso del gasto farmacéutico sigue incrementándose.

75 Portalfarma.com. organización farmacéutica colegial

76 MSPSI

77 Digitalfarmadrid. 28 de junio de 2012

78 La desfinanciación de medicamentos puede dañar a los pacientes si no se cuenta con los farmacéuticos comunitarios. WWW.SEFAC.org. 28 de junio de 2012

Tabla VIII

	GSP	GFT en relación al GSP	Peso del GF en OF del SNS sobre el GSP	Peso del GFH sobre el GSP	GF Privado en relación al GSP
2000	33.100/817	31,64%	20,35%	4,11%	7,18%
2005	50.587/1147	33,39%	19,90%	5,55%	6,92%
2007	60.222/1332	31,94%	18,64%	5,53%	6,87%
2009	68.526/1466	29,80%	18,44%	5,76%	5,65%
2010	64.097/1399	34,65%	19,50	8,81%	6,23%
2011	57.408/1273	38,08%	20,19%	10,45%	8,23%
previsión 2013 (Medidas Gobierno)	50.000/1087	42,90%	20,59%	12,90%	11,45%

Medidas de ahorro en gasto farmacéutico

Las medidas tomadas por el gobierno para disminuir el gasto farmacéutico inciden en el abaratamiento de los fármacos en las oficinas de farmacia, medida necesaria pero insuficiente. Otras decisiones tienen un efecto contrario e incrementan el gasto hospitalario y del bolsillo de los ciudadanos, de forma que el gasto farmacéutico más que disminuir, se traslada de casilla.

Como consecuencia, y a pesar de la crisis económica, los beneficios de la IF siguen siendo fabulosos en España, de cerca de 14.000 millones de euros (Tabla X)

Tabla X- Participación sobre el precio del medicamento en el sector farmacéutico

	Participación sobre precio medicamento Año 2000	Participación sobre precio medicamento Año 2009	Crecimiento beneficios 2000-2009	Beneficios 2009 M euros	Beneficios 2010 M euros	Beneficios 2011 M euros	Previsión M euros
Laboratorios farmacéuticos	65,4%	68,1%	98,4%	13.908*	15.180*	14.888	14.607
Oficinas de farmacia	27,7%	26,7%	83,3%	4.409**	4.403**	4.187	4.005
Distribución***	6,9%	5,2%	45,7%	858	857,5	815	780

*Porcentaje sobre el GF total en España (20.424 millones de euros en 2009, 22.291 millones de euros en 2010 y 21.862 en 2011)

**Porcentaje sobre el coste total de los medicamentos dispensados en las OF (16514 millones de euros en 2009, 16.491 millones de euros en 2010 y 15682 en 2011)

***No incluye la distribución a los hospitales (no datos)

Es el gobierno el que fija los precios de los medicamentos en base a los costes de investigación y desarrollo tecnológico, beneficio empresarial, y promoción y publicidad, y estos precios se encuentran “muy inflados” dado que:

1. La fabricación de un medicamento de marca, con un precio de venta que puede alcanzar de 100 a 500 euros, no cuesta más de 1,5 euros⁷⁹.
2. El gasto de la IF en investigación se encuentra actualmente por debajo de los 1000 millones de euros (6,5% de sus beneficios) y buena parte de esta tarea recae sobre los centros públicos. La IF utiliza las instalaciones y los profesionales de las universidades, centros de investigación y hospitales del SNS para sus ensayos clínicos a cambio del 43% de su gasto en I+D (415 millones de euros en 2011)⁸⁰ un raquítico 3% de sus beneficios totales (ventas privadas y al SNS) que se compensarán en 2012 con los 458 millones de ahorro en GFP de la desfinanciación de 420 fármacos, que el gobierno entregará íntegros a la industria. La United States National Science Foundation corrobora el pequeño gasto de las Compañías Farmacéuticas (CF) en investigación básica para descubrir nuevas moléculas, de sólo un 1,3% de sus ingresos.
3. Son los otros conceptos, en gran parte evitables, los que incrementan el precio de los fármacos, los beneficios obtenidos por los laboratorios farmacéuticos y **el marketing** empleado en promover el consumo de medicamentos de eficacia y eficiencia poco contrastada (los buenos medicamentos no requieren de publicidad y la mayoría de los nuevos medicamentos no han proporcionando ventajas clínicas de importancia respecto de los tratamientos existentes) Algunos autores sitúan el gasto en marketing en un 30%-35% de los beneficios de la IF (4200-5000 millones de euros en España) Otros son menos optimistas y lo sitúan en el 50% (7000 millones)^{81 82},

La gestión de la investigación y el control de la fabricación de los medicamentos por parte del SNS permitiría ahorrar una ingente cantidad de dinero y evitaría la alta morbimortalidad producida por el ocultamiento de los efectos adversos de los fármacos comercializados, que incrementa todavía más el gasto innecesario.

Los efectos adversos de los fármacos representan la 4º causa de muerte en EEUU, por encima de la diabetes o la enfermedad pulmonar⁸³ En España los datos son escasos; informaciones recientes consideran que causan 5000 muertes anuales (el triple que por accidente de tráfico) aunque esta cifra puede representar la punta del iceberg, dada la escasa calidad de nuestros registros y el alto consumo de fármacos de nuestra población.

Las personas mayores o con enfermedades crónicas de alta prevalencia (diabéticos, personas con demencia y pacientes oncológicos...) son la población diana de continuas innovaciones tecnológicas y terapéuticas, por la gran posibilidad de negocio que representan y en demasiadas ocasiones estas personas ya enfermas y polimedicadas son más propensas a los efectos adversos, que causan un empeoramiento de su salud o su muerte.

El SNS financia la mayoría de los medicamentos, incluyendo los “no garantizados” o insuficientemente evaluados y solo 1 de cada 10 medicamentos nuevos aprobados beneficia a los pacientes⁸⁴ Sin embargo los usuarios se ven ahora obligados a pagar doblemente estos fármacos innecesarios o perjudiciales, a través de impuestos y en el momento del uso.

79 Laporte JR. Decrecimiento y posmedicina. Murcia. Octubre 2012

80 Plataforma Tecnológica Española

81 Manifiesto “No Gracias” Farmacriticxs 2009-2011

82 Jaro M. La corrupción sanitaria. Club Faro de Vigo. 2011

83 Laporte JR. S farmacología Vall D’Hebrón

84 Light D and Lexchin J. Pharmaceutical research and development: What do we get for all that money?. *BMJ*.2012;344

Según los resultados de un estudio reciente del equipo de Philippe Even, profesor emérito de la universidad de Paris Descartes, tras analizar 20.000 informes de medicamentos dispensados en Francia, *un tercio de los medicamentos comercializados son completamente ineficaces, otro tercio puede causar problemas secundarios⁸⁵ por no ser bien tolerados o porque se prescriben a personas que no los necesitan y únicamente el 33% restante son fármacos realmente útiles para tratar algún problema de salud*⁸⁶

Consecuencias de la externalización de la I+D+I y del control de la fabricación de los medicamentos

Fármacos de precio excesivo y beneficio escaso. Algunos casos recientes

El Avastin de Roche (2400 euros/vial) En junio 2012, 4 años después de su aprobación por la FDA (en contra de sus propios asesores) este organismo y la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (EMA) informan de que *el fármaco no mejoró la supervivencia de los pacientes en ninguno de los ensayos y sus efectos secundarios son demasiado importantes, causando incluso la muerte de los pacientes.*

En ese mismo mes se publican las conclusiones de un estudio internacional, con la participación de 39 hospitales españoles, que apoya el tratamiento con el mismo fármaco Avastin, en 2ª línea por incrementar la supervivencia en 1,5 meses a pacientes con CCR avanzado.

En septiembre/2012 la FDA aprueba el Zaltrap de Bayer (9350 dólares/28 días de tratamiento) para el CCR metastático resistente⁸⁷ por aumentar la supervivencia en 1,44 meses

Medicamentos necesarios pero cuyo consumo inadecuado dispara el gasto y los efectos perjudiciales

Los Antibióticos La resistencia a los antibióticos es un problema de salud pública que pone en riesgo a aquellos pacientes que van a necesitar los antibióticos en situaciones críticas para su salud. Ya existe un riesgo real de que nos quedemos sin antibióticos eficaces para tratar determinadas infecciones bacterianas⁸⁸ y la OMS advierte de que si la gente continúa usando antibióticos con negligencia, nuevos “supermicrobios” resistentes a todo tipo de fármacos podrían hacer retroceder el mundo a los tiempos en que las infecciones leves causaban la muerte. A pesar de esto, al menos un 50% del consumo de AB a nivel mundial es innecesario y España está por encima de la media europea en el uso de antibióticos⁸⁹.

Según un estudio⁹⁰ la resistencia a Amoxicilina con Clavulánico (AMC) en España está ampliamente diseminada por el territorio y se sugiere el estudio de vacunas contra los clones resistentes, más fármacos para subsanar los efectos del uso inadecuado de otros fármacos.

Los analgésicos: un grupo de expertos del NICE (Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido) ha recomendado restringir el uso de analgésicos para el dolor de cabeza debido a un efecto rebote. Informan de que un millón de personas en Inglaterra tienen dolor de cabeza casi todos los días debido al uso de analgésicos⁹¹ (el consumo medio de fármacos en el RU es de 17 envases/persona frente a 20/persona en España).

85 Benítez J. Jano.es. 19 de julio de 2012

86 El confidencial. 17 de octubre de 2012

87 Web sanofi. 5 de septiembre de 2012

88 Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica (SEIMC). Jano. 16 de noviembre de 2012

89 JANO.es · 20 Junio 2012

90 Oteo J. Jano.es. 20 de junio de 2012

91 JANO.es · 21 Septiembre 2012

La vacuna del virus del papiloma humano (VPH) El Ministerio de Sanidad adopta una decisión muy polémica en el año 2007, incluir en el calendario vacunal de las adolescentes la vacuna del VPH (400 euros/persona) a cargo del sistema sanitario público, a pesar de existir otras alternativas mucho más baratas y más beneficiosas, que deberán seguir realizándose (la citología y el uso del preservativo) de la baja frecuencia del cáncer de cérvix en las mujeres españolas (12 casos/100.000) del alto coste, dudosa seguridad y efectividad de la vacuna y de la imposibilidad de demostrar sus posibles beneficios hasta pasados muchos años. Se calcula que prevenir una muerte puede costar hasta 25 millones de euros a nuestro SNS, en estos momentos de crisis económica. Sin embargo en algunos países ya comienza a administrarse a los niños⁹².

Los problemas legales y los conflictos de interés de la Industria Farmacéutica

En mayo de 2012 se inicia el juicio por engaño y estafa contra la farmacéutica francesa Servier acusada de vender la píldora “mediator” para diabéticos con sobrepeso, también vendida a personas sanas para adelgazar. La tardanza en retirar el fármaco costó la vida al menos a 500 personas (en EEUU se retira en 1997, en España 6 años después)⁹³ El presidente Nicolas Sarkozy, que galardonó a la farmacéutica Servier unos meses antes, con la medalla al mérito de Francia, había trabajado previamente para la compañía⁹⁴.

EEUU condena a los Laboratorios Glaxo a pagar 3000 millones de dólares (7% de sus beneficios anuales) por la comercialización ilegal del antidiabético Avandia, que sale al mercado en el año 2000 y no se retira hasta 10 años después, tras provocar miles de IAM y miles de muertes⁹⁵ Aún 2 meses antes un panel de expertos, asesores de la FDA, recomiendan su utilización por 20 votos contra 12⁹⁶.

La Compañía Farmacéutica Abbott pagará una multa de 1.600 millones de dólares por fraude por comercializar el medicamento neurológico Depakote para usos no aprobados por la FDA, pagar a profesionales de la salud para incrementar la prescripción de este medicamento y animar a los asilos a burlar las regulaciones impuestas por la ley y suministrar este fármaco a los ancianos.

La Compañía Farmacéutica Pfizer fue condenada en 2010 a pagar 2.300 millones por la venta y falsa prescripción de su analgésico Bextra.

En EEUU: La Food and Drug Administration (FDA) está financiada en un 75% por las compañías farmacéuticas⁹⁷ La agencia reforzó su apoyo a la IF y promulga una nueva norma (enero de 2006) que exime a las compañías de responsabilidad por no informar adecuadamente o por no notificar los riesgos asociados a sus productos⁹⁸.

En Europa: La Agencia de Evaluación Europea (EMA) es un laberinto de dificultades para el libre acceso de los investigadores a la información no publicada, ya que, como afirma Peter C Gotzsche, Director del Nordic Cochrane Center, imperan los intereses comerciales por encima de la transparencia o el interés general. El máximo responsable de la EMA, Andreas Pott, tiene una gran cantidad de acciones en empresas farmacéuticas⁹⁹.

⁹²Human papillomavirus-associated cancers—United States, 2004–2008. *MMWR* 2012;61:258–261. Centro de control y prevención de enfermedades (CDC)

⁹³ El mundo.es. 14 de mayo de 2012

⁹⁴ El mundo.es. 14 de mayo de 2012

⁹⁵ El Mundo.es. 23 de septiembre de 2010

⁹⁶ Los expertos de EEUU recomiendan que Avandia siga en el mercado. *ElPaís.com*. 14 de julio de 2010

⁹⁷ Macia Angell. La verdad sobre la industria farmacéutica. 2004

⁹⁸ Kesselheim AS, Avorn J. The role of litigation in defining drug risks. *JAMA*.2007;11:297-308

⁹⁹ Philippe Even et al. Universidad Paris Descartes. El confidencial. 17 de octubre de 2012

En España: Directivos de instituciones científicas, catedráticos de universidades y responsables de los servicios de grandes hospitales públicos, presidentes de las revistas de las sociedades científicas e incluso profesionales de los organismos evaluadores además de coordinadores y participantes en la elaboración de Guías de Práctica Clínica de gran impacto en el SNS, forman parte de los consejos asesores o de las fundaciones de las compañías farmacéuticas, junto a personalidades del mundo de la política, de las aseguradoras privadas y de la banca, según figura en las páginas Web de las fundaciones dependientes de las CF o en las memorias anuales de la industria farmacéutica¹⁰⁰.

Muchos profesionales denuncian los excesos de la industria y no aceptan prebendas de las compañías farmacéuticas, pero esto tiene sus consecuencias, por la mayor dificultad para acudir a cursos y congresos (excesivamente caros) y porque corren el riesgo de ser relegados, como ha pasado recientemente en EEUU, donde la FDA espizó, amenazó y despidió a médicos tras denunciar sus sospechas de que equipos de la General Electric que la agencia había aprobado, emitían radiación excesiva y podrían ser peligrosos para los pacientes (mamógrafos y colono-TC) En España estos equipos son ampliamente utilizados, pero no disponemos de más información al respecto que la que han publicado los medios de comunicación¹⁰¹.

Los usuarios afectados también están indefensos, sin medios suficientes contra estas potentes empresas y sus grandes despachos de abogados. En un caso tan claro como el viox* de los 16 primeros juicios que se celebraron antes del acuerdo judicial de la compañía, La Merck ganó en 11¹⁰².



elroto@inicia.es

Por otra parte, en los próximos 5 años finalizan las patentes de múltiples fármacos que suponen el 21% de las ventas mundiales de las principales CF y la industria busca otras fuentes de beneficio e investiga en innovaciones terapéuticas avanzadas como la medicina genómica, para implantar la medicina personalizada, pero no la basada en la educación sanitaria y en los comités multidisciplinares de consenso, para una atención más adecuada a cada paciente, sino personalizando el riesgo de determinadas enfermedades y el tratamiento de cada individuo en base a pruebas genéticas, una medicina de alto coste que obligará a establecer restricciones de

100 Páginas Web de la fundación S. Joan de Deus, Abbot, Fundación Sanofi-Aventis, Fundación de ciencias de la salud Glaxo, Fundación Pfizer, Fundación salud, Fundación innovación y sociedad de novartis, Farmaindustria.

101 El país. 15 de julio de 2012

102 Laporte JR. Que hemos aprendido del viox en el BMJ. e-fármacos. 30 de enero de 2007.

acceso “*porque el sistema no va a tener recursos para todos*”¹⁰³ según afirma la propia industria, a pesar de que la investigación se financia con impuestos, los profesionales colaboradores son en su mayor parte del SNS y los participantes en los ensayos clínicos son los pacientes del sistema público.

La industria de las tecnologías

Las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas se suceden a si mismas sin dar tiempo a asimilar la anterior ni a evaluar los beneficios que reportan. Su sobreutilización ha originado una gran burbuja tecnológica, otra causa fundamental de la insostenibilidad del Sistema Sanitario, ya que la mitad del incremento de gasto sanitario actual se debe a las tecnologías médicas¹⁰⁴.

Fundamentos de la sobreutilización:

1. Provocar la sensación actual de enfermedad generalizada en la población, que se ve abocada a controles de todo tipo.
2. Publicitar la necesidad de prevención secundaria basada en la imagen, aparcando la prevención primaria y la promoción de la salud.
3. Centrar la atención sanitaria en la medicina curativa y hospitalaria.
4. Promover la relación de la industria con las agencias públicas de evaluación de sus propias tecnologías¹⁰⁵.
5. Acortar el ciclo de vida útil de los equipos, que según palabras de la propia patronal “*podrían quedarse obsoletos a partir de los 18 meses de uso, plazo en el que podrían lanzar al mercado otra tecnología innovadora sustitutiva de la anterior*”¹⁰⁶.
6. Basar los contratos en la colaboración público privada y los diálogos competitivos, modelo ya comprometido por Nuñez Feijoo para Galicia¹⁰⁷ y que permite una financiación pública más opaca, que no computa como deuda pública.

Tabla XI. Gasto en tecnologías sanitarias en España y Europa

	2002	2007	2010	Incremento 2002-2010
Total Europa Millones de euros	55.200	63.600	95.000	72%
España Millones de euros/ % sobre GSP	3.091/ 5,32%	5.724/ 9,50%	8.300/ 13%	168%

En la tabla XI observamos que España más que duplica su incremento de gasto en tecnologías sanitarias con respecto a la media Europea y la tabla XII muestra que España es el País donde el incremento de la proporción del gasto sanitario público empleado en tecnologías sanitarias es mayor.

103 CF Lilly. VI escuela de verano sobre la evaluación económica de la intervenciones sanitarias

104 Arana E, Royuela A, Kovacs FM, Estremera A. Lumbar Spine: Agreement in the interpretation of 1.5 magnetic resonance images of the lumbar spine using the Nordic Modic Consensus Group classification form. Radiology 2010. 254 (3)

105 Procedimientos para la introducción de nuevas tecnologías sanitarias en la cartera de servicios" Bilbao. Marzo 2011

106 Finanzas.com. 19 de mayo de 2009

107 Plan estratégico Galicia 2'010-2014

Tabla XII¹⁰⁸

	2002	2007	Inc 2002-2007
Alemania	34,4%	31%	-10%
España	5,6%	9%	+60%
Francia	16,3	16	-2%
Italia	11,2	11	-2%
RU	10,5	11	+5%
Suiza	2,5	2	+20%
Nuevos miembros	3,5	5	+43%
Resto de Europa	16,2	15	7%
Total Europa	30%	33%	+10%

Fuente: GesMédica

La sobreutilización de las tecnologías diagnósticas

La población se encuentra cada vez más “amedrentada” desconfía de su propia salud y solicita pruebas. Como consecuencia, las listas de espera se llenan de solicitudes irrelevantes que detectan hallazgos banales o de pronóstico desconocido que darán lugar a nuevas consultas y a más exploraciones de imagen.

Se considera que al menos un tercio de todas estas exploraciones de imagen son innecesarias y no benefician al paciente^{109,110} además de restar tiempo y recursos para los pacientes más urgentes y más graves.

En España, por término medio y cada año - 1/10 personas ingresa en un hospital, 1/10 personas se somete a una IQ, 1/2 personas acude a un Servicio Hospitalario de Urgencias y toda la población acude 2 veces a una Consulta hospitalaria¹¹¹.

Una investigación reciente de la Universidad de Michigan, realizada en 355.000 niños, ha detectado que al 8% de estos menores se les realiza una TC de tórax, que radia 100 veces más que una placa simple. Los expertos alertan de que puede favorecer la aparición de tumores y de la necesidad de iniciar investigaciones que permitan conocer el alcance a largo plazo de estas dosis de radiación, que de forma inexplicable no se ha estudiado en niños.

Un estudio del País vasco concluye que las exploraciones de TC crecen un 8-10% cada año en Euskadi¹¹².

108 Los nuevos modelos de Colaboración Público-Privada en el Sector Salud en España. GesMédica. 28 de Abril de 2011

109 Hillman B, Goldsmith JC: The Uncritical Use of High-Tech Medical Imaging. 10.1056/NEJMp1003173. Nejm.org.

110 Rodríguez recio J. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica SERAM. Mayo 2010.

111 Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. 2009; MSPS

112 Morales A. responsable programa radioprotección. Donosti. Euskadi. Osakidetza registrará el historial de radiaciones recibidas por los pacientes. diariavasco.com. 28 de febrero de 2011.

La utilización inadecuada y la sobreutilización de los procedimientos invasivos

La cardiopatía isquémica (CI)

A pesar de enormes recursos utilizados, de los avances de la última década y de los nuevos medicamentos aplicados al tratamiento de la CI (más de 60.000 revascularizaciones percutáneas realizadas en el año 2007)¹¹³ persiste una alta proporción de pacientes con angina estable que permanecen con síntomas y su satisfacción con el tratamiento antianginoso se mantiene muy similar a la de hace 9 años¹¹⁴.

Un estudio publicado recientemente y basado en metaanálisis¹¹⁵ concluye que no existe beneficio al añadir la implantación de “stent” coronario al tratamiento médico, con respecto a tratamiento médico únicamente, en la cardiopatía isquémica estable.

Por otra parte, mientras se utilizan de forma indiscriminada recursos de alto coste a pacientes que no los necesitan, se produce repetidamente, en el manejo de la CI, la paradoja de tratar de forma menos completa o menos acorde con las guías cuanto mayor es el riesgo del paciente^{116, 117}.

Los cribados de cáncer

En una revisión publicada por el Centro Nórdico Cochrane en junio 2012, en la primera revisión honesta sobre el cribado de cáncer de mama, según el “*US Center for Medical Consumers*” (centro de EEUU para los usuarios de los servicios médicos) por cada mujer diagnosticada precozmente de cáncer de mama en 2000 mamografías realizadas, otras 10 mujeres serán diagnosticadas y tratadas con cirugía y/o RT y QT por un cáncer de mama inexistente (con lo que a su vez se incrementará su riesgo de morir por enfermedad cardíaca o cáncer) y 200 mujeres sanas se verán afectadas por una falsa alarma y sufrirán gran ansiedad, que puede durar meses. Afirman además que el cribado no reduce el riesgo de morir por cáncer.

Existe cada vez mayor evidencia que desaconseja la realización del cribado de cáncer de próstata con PSA a varones asintomáticos, ya que se produce un sobrediagnóstico y un sobretratamiento¹¹⁸ y sus efectos secundarios, de impotencia e incontinencia, a pesar de no disminuir la tasa de cáncer de próstata avanzado ni su mortalidad^{119,120}

Conflictos de Interés

El Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) en España es un organismo de colaboración público-privada que está financiado esencialmente por las grandes empresas privadas españolas, integradas en la Fundación ProCNIC: Acciona, BBVA, Endesa, Abertis, Fundación Marcelino Botín, Fundación Ramón Areces, Gas Natural, Grupo Prisa, inditex, La caixa, Fundación Repsol, telefónica y fundación Mutua Madrileña¹²¹ lo que da fe del excelente

113 Estrategia en cardiopatía isquémica en el SNS. Actualización aprobada por el Consejo interterritorial del SNS el 22 de octubre de 2009. MSPS. 2011

114 Estudio de la angina estable en España y su impacto en la calidad de vida del paciente. Registro AVANCE. Rev. Esp. Cardiol. 2012;65:734-41

115 Stergiopoulos K, Brown D-L. Arch Intern Med. 2012;172(4):312-319.

116 Bonet A, Bardají A. Variabilidad en el tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y sus consecuencias. Rev Esp Cardiol Supl. 2011;11(A):8-13

117 Ruiz-Nodar JM. Impacto del tipo de hospital en el tratamiento y evolución de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Rev Esp Cardiol. 2010; 63(4):390-399

118 Merce-Castillejo M, Galindo-Ortega G. Estado actual del cribado de cancer de próstata. Form Med contin Aten Prim. 2012; 19: 203-5

119 jano.es.22 de mayo de 2012

120 El cribado de cáncer de próstata. Sociedad española de epidemiología. Julio 2012

121 Nota de prensa del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Economía y Competitividad. 12 de junio de 2012

negocio de la cardiopatía isquémica. Resulta curioso comprobar la profusión de médicos y científicos presentes en los comités asesores de las fundaciones de entidades financieras como el BBVA..

Las guías del grupo especial de cuidados preventivos de EEUU ¹²² no recomienda el cribado universal de cáncer de próstata y en el último congreso de la Asociación Americana de Oncología Clínica se pone en duda este cribado, sin embargo profesionales españoles en el congreso de la Asociación Española de Urología (AEU) de junio 2012¹²³ muestran su apoyo al cribado con PSA. Son criticables y deberían sancionarse este tipo de declaraciones que se oponen a las recomendaciones de las agencias de evaluación de tecnologías y de la estrategia del cáncer en España y contradicen la mayor evidencia científica disponible.

La industria alimentaria

Los datos disponibles en la actualidad sugieren que los aspectos relacionados con la dieta causan la mayor parte de los casos de cardiopatía isquémica¹²⁴ y alrededor de la tercera parte de todas las muertes por cáncer. Se estima que el 30-40% de todos los tumores en los hombres y hasta el 60% en las mujeres están relacionados con la dieta. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de mama en la mujer posmenopáusica y de cáncer de endometrio, colon y recto, riñón y esófago y el nivel de evidencia disponible en ese sentido es convincente¹²⁵.

Sin embargo el 45% de la población española no realiza la actividad física recomendada en tiempo libre. La media de ingesta de grasas saturadas es de 12% (recomendada menos de 7-8%) y la escala de adecuación a nuestra dieta mediterránea es de un 3,7, debido a la introducción de alto consumo de carne, grasas animales y azúcares. El 62% de la población tiene exceso de peso (39% sobrepeso y 23% obesidad).

Además persisten importantes desigualdades socioeconómicas en la salud cardiovascular de la población española. Se observa un aumento de la frecuencia de inactividad física, hipertensión arterial, obesidad general y abdominal, diabetes, síndrome metabólico y tabaquismo al disminuir el nivel de estudios. La crisis económica generará cada vez mayor pobreza y desigualdad y el panorama empeorará si no le ponemos remedio.

La reducción de la ingesta de sodio en la dieta produce una significativa disminución en las cifras de presión arterial y puede evitar la necesidad de tratamiento farmacológico en pacientes de 60-80 años, si se asocia educación sanitaria. En los obesos hipertensos es esperable una reducción de 1 mmHg en la PA por cada Kilo de peso reducido, y contribuye a disminuir la necesidad de medicación antihipertensiva.

Hay que tener en cuenta que alrededor de la cuarta parte de la población española es hipertensa, su tratamiento es muy costoso y poco más del 20% está controlada con medicación.

Los conflictos de interés

La intervención sobre los factores de riesgo, muchos de ellos ligados a estilos de vida, puede retrasar la aparición de la mayoría de los casos de cardiopatía isquémica¹²⁶ Sin embargo, la estrategia de la CI en España y en muchas de las CCAA están coordinadas en solitario por influyentes cardiólogos y hemodinamistas, ante los cuales los médicos y la enfermería de AP se encuentran en inferioridad de condiciones, a la hora de anteponer las estrategias de salud

122 Diario médico.com.

123 Elpaís. 26 de junio de 2012

124 Villar Alvarez et al, 2006

125 Estrategia en cáncer del SNS. MSPS 2010

126 Estrategia en cardiopatía Isquémica en el SNS. 2009

comunitaria a la alta tecnología Diagnóstica y Terapéutica¹²⁷ Estos superespecialistas pueden ser incapaces de realizar recomendaciones con una visión amplia, lo que se denomina *conflicto de interés intelectual*¹²⁸.

Ya existen experiencias encaminadas a evitar este tipo de sesgos en la elaboración de las GPC, como la del American collage of Chest Physician que “le ha quitado la última palabra” a los ultra-especialistas y se la ha concedido a los epidemiólogos clínicos y expertos en crítica de la investigación, que deberán filtrar los contenidos de las Guías antes de su publicación¹²⁹.

Sin embargo en España no existe suficiente voluntad política para vencer las presiones de la poderosa industria sanitaria y alimentaria, extremo que ha quedado meridianamente claro tras el nombramiento, por parte del gobierno de Rajoy, de una ejecutiva de la Coca Cola (cuyos productos son una de las principales causas de la obesidad infantil) como presidenta de la Agencia española de seguridad alimentaria.

Por otra parte, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) ha desacreditado¹³⁰ el estudio con ratas publicado recientemente en Francia y que vincula la exposición a un transgénico (NK603) y un pesticida del fabricante estadounidense Monsanto a un mayor riesgo de padecer tumores, por considerar que la investigación tiene “insuficiente calidad científica”. La EFSA descarta revisar su opinión favorable sobre el transgénico puesto en duda, ni tan siquiera de forma preventiva.

Consideraciones finales

La sobreutilización de fármacos y tecnologías es un hecho conocido por la comunidad científica así como sus efectos adversos, pero las decisiones al respecto no suelen basarse en la reevaluación y la “vuelta atrás” de las tecnologías ineficientes, sino en la salida al mercado de tecnologías similares y aún más caras, con la excusa de paliar los perjuicios ocasionados por la anterior.

Como ha ocurrido en otras burbujas económicas, el mercado promueve enfermedades y crea necesidades que incrementan exponencialmente las exploraciones irrelevantes, la medicación innecesaria y la cirugía inadecuada, lo que da lugar a un círculo vicioso de más exploraciones, más medicamentos, más cirugía y más efectos adversos, y a un aumento continuado del consumo de recursos y del gasto sanitario, que se centra especialmente en la actividad más rentable (muchos servicios de baja complejidad o actuaciones preventivas a personas sanas) evitando las menos rentables (personas enfermas con procesos complejos o intervenciones comunitarias para disminuir la morbilidad) Esto explica los pobres resultados en salud de la última década a pesar del gran incremento de los recursos utilizados, debido a que las recetas neoliberales implantadas para “proteger” el Sistema sanitario público, lo distorsionan y provocan su insostenibilidad.

La realidad es la que es, y tras el estudio de la situación, observamos que incluso con una crisis especialmente profunda en España que nos ha situado al borde del rescate económico, la privatización de nuestro SNS, nuestro consumo y nuestro gasto en medicamentos y tecnologías dista mucho de ser razonable y ocupa los primeros lugares de Europa.

Para financiar este gasto se suceden los recortes, que se ceban en los niños, los mayores, los enfermos crónicos y las clases más desfavorecidas. Uno de cada cinco hogares españoles se encuentra ya en el umbral de la pobreza, con nulas posibilidades de realizar los gastos más

127 Programa integral a la atención de la CI en Murcia. 2010

128 Guyatt G. Blog de Kevin Pho. Nogracias.eu. 13 de febrero de 2012

129 Nogracias.eu. 13 de febrero de 2012

130 Jano.es. 4 de octubre de 2012

imprescindibles, como comprar los libros para la escuela o dar de comer adecuadamente a sus hijos, cuyo riesgo de enfermedad y de exclusión se acerca al de etapas anteriores de nuestra historia¹³¹ sin embargo se les obliga a financiar la propia ineficiencia que les asfixia.

Por otra parte, la gestión de nuestro SNS se asemeja cada vez más al método de producción chino, donde millones de trabajadores explotados realizan el ensamblaje de productos de consumo, cuyas piezas y tecnologías han sido producidas y cobradas en otros países. El dinero restante es tan escaso que solo “se compensa” a base de pagar a los trabajadores con salarios de subsistencia¹³².

Del mismo modo, mientras los profesionales de nuestro SNS son tratados como intermediarios por la Industria sanitaria a cambio de “un plato de lentejas” esta se come una parte cada vez mayor del GSP, que la administración compensa a base de recortes en salarios y profesionales y con copagos.

Cada vez existen más corrientes críticas con esta situación dentro de los profesionales y recomendaciones en las publicaciones científicas para tratar de incrementar la eficiencia del gasto sanitario, mejorar la transparencia y disminuir los conflictos de interés, pero el objetivo se muestra muy difícil, plagado de escollos y con escaso recorrido. El poderoso lobby de la industria no consentirá una disminución sustancial de sus beneficios, que compensará de múltiples formas, su influencia es demasiado grande y la voluntad política demasiado pequeña. Con toda probabilidad el SNS estará desmantelado y será irreconocible al finalizar esta legislatura.

Solo integrando progresivamente la investigación e innovación, la formación de los profesionales, y la evaluación y aprobación de las tecnologías en el SNS podríamos conseguir un uso racional y transparente de los medicamentos y de las tecnologías médicas y liberar una ingente cantidad de recursos para fortalecer los hospitales y de forma especial la AP, la promoción de la salud, la RHB y la imprescindible atención a la dependencia.

131 Encuesta del INE. Octubre de 2012

132 Bellamy Foster J, McChesney RW. El estancamiento global y China. Rebelión org. 14 de noviembre de 2012

MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Cuando se aborda e tema de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España lo primero que hay que tener en cuenta es que contra lo que dice la propaganda de los neoliberales/privatizadores no es cierto que tengamos un sistema sanitario caro, más bien lo contrario. Si consideramos las comparaciones internacionales es fácil comprobar que tenemos un bajo gasto sanitario total y público (ver tabla), que crece anualmente menos que la media de los países de la OCDE (2,7% frente al 4,1%) en los 10 últimos años), y en la que crece mas el gasto privado que el público (OCDE Health Data, octubre 2012, datos de 2010).

	España	Media OCDE	Media UE
Gasto sanitario total per capita \$ ppc	3.056	3.264,8	3.312,95
Gasto sanitario público per capita \$ ppc	2.267	2.411,98	2.476,6
Crecimiento gasto sanitario en 2010 respecto a 2009	-1,3 %	-0,02 %	-0,99 %

Conviene recordar que los resultados en salud: esperanza de vida al nacer, esperanza de vida con buena salud, mortalidad infantil, etc, ofrecen en España resultados mejores que los encontrados en la media de la OCDE y en la UE. O sea que no puede hablarse de ineficiencia de nuestro sistema sanitario que, con bajo gasto, logra buenos resultados en salud, por lo que el problema no es realmente de sostenibilidad sino que refleja la voluntad política de recortar la financiación de los servicios públicos, entre ellos la sanidad.

Esta campaña sobre la supuesta insostenibilidad del SNS responde a la agenda, cada vez menos oculta del Gobierno y que esta recogida en el memorando presentado a la UE para la petición del conocido como “rescate bancario” y que se denomino “Programa Nacional de Reformas 2012” que en esencia planteaba: privatizar y regular el sistema sanitario, el establecimiento de copagos generalizados, los recortes indiscriminados con la excusa de la crisis y por lo tanto el deterioro sistemático del sector público con el horizonte, este no expresado de manera explicita pero que esta implícito en el documento, de segmentar la asistencia sanitaria favoreciendo el establecimiento de un sistema de seguros para las personas de rentas altas (probablemente favorecidos con desgravaciones fiscales), un sistema de seguridad social de baja calidad para los trabajadores por cuenta ajena y un modelo de beneficencia para el resto de la población.

Por supuesto negar que el SNS tenga un problema de sostenibilidad de fondo no es negar también que dentro del sistema sanitario público no existan espacios de ineficiencia que pueden y deben de mejorarse no tanto para disminuir los costes de la Sanidad Pública, sino para mejorar su cobertura y sus prestaciones a la ciudadanía.

Existen de manera reconocida tres fuentes claves de la ineficiencia del SNS, ninguna de las cuales ha sido seriamente abordada por la política del Gobierno expresada en el RD Ley 16/2012 y en los distintos planes “de sostenibilidad” de las diferentes CCAA.

El primero es el elevado gasto farmacéutico, en porcentaje del PIB y en € /habitante y año, de manera que si se gastara en España en €/habitante y año lo que el promedio de los países de la OCDE supondría un ahorro de 3.500 millones € anuales.

El segundo la sobreutilización tecnológica que favorece el uso indiscriminado de tecnología médica y que supone un coste elevado para el sistema de salud (se calcula que utilizando la tecnología médica solo para las indicaciones establecidas de acuerdo con la evidencia científica se podrían ahorrar 2.490 millones € al año en España) y riesgos para los enfermos (el caso mas evidente, pero no el único son las radiaciones).

La tercera son las privatizaciones que incrementan en coste de los servicios sanitarios entre 6 y 8 veces de acuerdo con la experiencia en España, que es similar a la existente en otros países (Reino Unido, Canadá, Australia, etc) .

¿Cuales son entonces las medidas a adoptar para garantizar la sostenibilidad del SNS?. Habría que avanzar en las siguientes cuestiones:

1. Financiación.

Hay que garantizar la suficiencia financiera del Sistema Nacional de Salud, incrementando el porcentaje de presupuesto público destinado a la Sanidad, para ello es imprescindible una reforma fiscal que asegure una recaudación suficiente que debe basarse en la eliminación del fraude fiscal y en un modelo impositivo que haga que paguen mas los que mas tienen (cambiar el impuestos de sociedades e incrementar los tramos para rentas altas). La financiación de la sanidad debe ser finalista para en la que se incluyan los compromisos del Plan Integrado de Salud, estableciendo mecanismos de control de su utilización y condicionando los nuevos fondos a la comprobación del uso debido de los ya recibidos. Por supuesto las CCAA tendrán la opción de destinar otros fondos propios al sistema sanitario. Se precisa por lo tanto la elaboración de un Plan Integrado de Salud que permita marcar objetivos coherentes y unificados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, reforzando su cohesión y el establecimiento de sistemas de información homogéneos en todo el SNS garantizando la publicidad, al menos semestral de los principales indicadores.

2. No a los copagos

Los copagos no han demostrado ninguna eficacia, ni para contener el gasto (solo trasladan gasto público a gasto privado) ni sobre su supuesta capacidad para disminuir la utilización inapropiada. Por otro lado penalizan a las personas mas enfermas y mas pobres y en una crisis como la actual tienen consecuencias devastadoras sobre los mas desprotegidos.

3. Control del gasto farmacéutico.

Mejora de la utilización de los recursos farmacéuticos, lo que supone una disminución del gasto y medidas como: aumentar el consumo de medicamentos genéricos para alcanzar el 25% del gasto farmacéutico; establecer la financiación por equivalentes terapéuticos; limitar el marketing/ promoción al 5% del gasto de las empresas, estableciendo sistemas de transparencia y publicidad de todas las subvenciones de las empresas farmacéuticas a los profesionales de la salud y establecer un sistema independiente y científicamente contrastado de información y formación de los

4. Adecuación de la utilización de la tecnología.

Hay que asegurar una actualización de las tecnologías sanitarias. Para ello es imprescindible la coordinación de las agencias de evaluación existentes y la elaboración de un plan común de actividades. Hay que avanzar en una reducción de las variabilidades de la practica clínica, implantar la medicina basada en la evidencia con impulso al benchmarking y recuperar la práctica clínica en las actuaciones sanitarias. Favorecer la implantación de la gestión sanitarios mediante el impulso de la gestión participativa basada en la evidencia.

5. Agencia de compras

Hay que poner en funcionamiento una central de compras del SNS que permita utilizar las ventajas de la economía de escala en las compras del sistema sanitario público

6. Acabar con las privatizaciones

Los nuevos modelos de gestión no han demostrado utilidad ni en mejoras en la eficacia ni mucho menos en la eficiencia, porque han encarecido los costes de la asistencia sanitaria. Por lo tanto deberían reintegrarse en el sistema sanitario público. También sería exigible que en tanto no se produzca esta integración se garantice la transparencia y publicidad de los datos asistenciales de estos centros, así como la calidad de la prestación sanitaria

7. Fomentar la Atención Primaria de Salud

Hay que fomentar la Atención Primaria dotándola de medios profesionales y materiales, así como de accesibilidad a pruebas diagnósticas para mejorar su capacidad de resolución. Debe fomentarse el papel de la enfermería en AP desarrollando sus competencias y favoreciendo la atención a los enfermos crónicos y el desarrollo de actividades de promoción y prevención. La APS debe ser el eje del sistema y de la integración de la atención sanitaria.

8. Coordinación Atención Primaria y Especializada

La coordinación entre AP y AE es una de las claves del funcionamiento eficaz y eficiente del sistema sanitario. Desarrollar el funcionamiento de las Áreas sanitarias como eje vertebrador de la atención sanitaria, en las que deberían integrarse los servicios de AE, AP, socio-sanitarios, salud pública y de otros sectores relacionados con la salud medioambiental y el desarrollo social y económico. Hay que desarrollar una historia clínica única a la que se tenga acceso desde todos los centros sanitarios del SNS. Hay también que desarrollar una red de camas de media y larga estancia que permitan una asistencia en los mismos de los que presentan patologías que no precisa de hospitales de agudos.

9. Profesionalizar la gestión

Debe profesionalizarse la gestión sanitaria, para lo que es imprescindible el poner en marcha un sistema de formación de especialistas vía MIR. Hay que profesionalizar los cargos intermedios del sistema sanitario. Deben desarrollarse sistemas de acreditación profesional y la provisión de plazas de jefaturas de servicio/sección/supervisiones de enfermería/ etc mediante concursos públicos con mecanismos de selección que garanticen la adjudicación mediante criterios de mérito y capacidad. Estos cargos no deben ser vitalicios sino estar sometidos a evaluaciones periódicas.

10. Fomentar la participación de profesionales y usuarios

Es necesario garantizar la democratización del funcionamiento del sistema sanitario público creando órganos de dirección y control con participación de profesionales y usuarios.

Claro está que estos objetivos no se pueden alcanzar si primero no se derogan el RD Ley 16/2012, y todas las leyes estatales y autonómicas que permiten las actuales medidas de recortes y privatizaciones del sistema sanitario público. Es evidente que existen medidas que se pueden adoptar para paralizar el desmantelamiento de la Sanidad Pública y garantizar el actual modelo sanitario y con ello la calidad de la atención sanitaria y el nivel de salud de la población. Lo que hay que conseguir es que se cambie una política suicida basada en recortes y privatizaciones que antepone los intereses empresariales a los derechos básicos de la ciudadanía.