

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿Ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?



Mayo 2011

ATKEARNEY

A.T. Kearney agradece el apoyo de Farmaindustria en la realización de los trabajos en los que se sustenta el presente informe. Tanto su contenido como sus conclusiones y recomendaciones son de la exclusiva responsabilidad de A.T. Kearney.



Vivimos tiempos delicados en los que tendremos que decidir lo que queremos ser en un futuro en el que muchas cosas ya no volverán a ser como fueron. La crisis nos muestra el espejo de nuestras propias limitaciones. Llega el momento de la responsabilidad, de las grandes decisiones y de los nuevos consensos de Estado. Ingresamos menos de lo que gastamos y tanto los mercados como las instituciones internacionales se muestran remisos a financiar nuestros déficits crónicos. Tocaban recortes y el sistema institucional al completo se resiente.

Tenemos que acometer un debate sosegado sobre qué servicios públicos esenciales queremos mantener y poner las bases para conseguirlo. Llegado el tiempo de la reflexión nos toca reconocer qué errores hemos cometido —para enmendarlos—, en qué excesos hemos incurrido —para pulirlos— y qué ineficacias hemos padecido —para corregirlas—. Pero también debemos valorar las cosas que hemos hecho bien. Y, entre ellas, brilla con luz propia el Sistema Nacional de Salud, ampliamente reconocido —tal y como nos indica el presente informe— como uno de los mejores del mundo. Diversos estudios sociológicos evidencian la general satisfacción de la población española con un sistema de salud que, desgraciadamente, comienza a sufrir unas tensiones que pudieran terminar deteriorándolo severamente en un plazo no demasiado lejano.

Las aperturas económicas, las limitaciones presupuestarias, el incremento sostenido del gasto sanitario, las crecientes demandas de una población que envejece, entre otros factores, empujan a nuestro sistema sanitario hacia una crisis de incierto desenlace en el caso de que no adoptemos compromisos y decisiones acertadas. El mañana será lo que hoy decidamos. Es por tanto necesario generar un debate ciudadano, social y político sobre la situación en la que se encuentra el sistema de salud, su soporte financiero y las oportunas mejoras que pudiéramos inducirle. Debemos ser conscientes del peligro y de los riesgos en los que incurriríamos si dejáramos que el sistema llegara a colapsarse por pura inercia de indecisión o improvisación.

Los conflictos y restricciones que hoy padece la sanidad catalana pronto se extenderán al resto de las Comunidades Autónomas. No podemos permitirnos la abdicación de nuestra actual responsabilidad. Si la única fórmula que arbitran los poderes públicos es la de la restricción presupuestaria, muy pronto tendremos que reducir la calidad de la cobertura sanitaria de forma generalizada y dolorosa. ¿Es inteligente llegar a ese límite? ¿Realmente no tenemos otra alternativa más que la resignación y la melancolía? Pensamos que cometeríamos un gravísimo error si permitiésemos la decadencia de un buen sistema que, con reformas y mejoras, puede continuar generando un alto bienestar social por un tiempo prolongado, con el enorme beneficio colectivo que ello supondría. Creemos que podemos arbitrar soluciones para mantener una salud de alta calidad. Con ese fin, se presenta este oportuno informe sobre *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*, elaborado por la prestigiosa consultora A.T. Kearney, en el que se realiza un diagnóstico general sobre la situación de nuestra sanidad y se plantean distintas líneas de actuación para su mejora, convirtiéndose en un documento básico para la necesaria reflexión y debate público.

El informe aborda distintas líneas de trabajo, enumeradas por grandes familias de actuación. Tienen protagonismo propio las mejoras en la utilización de los recursos, complementadas por la necesaria ampliación de las bases de su financiación. Dentro de la primeras se apuntan a la optimización de la gestión de la demanda; a la integración de cuidados de salud y traslado de demanda y recursos a atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria; a la optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial; a la utilización de la tecnología *eHealth* como



Prólogo

habilitadora del proceso de transformación y a la creación de un modelo de gobierno estable para el sector sanitario. Cada una de estas líneas de trabajo contempla distintas medidas que enhebran una posible cesta de soluciones entre las que los responsables podrían elegir. Una sola de estas medidas, por sí sola y a pesar de su bondad, no sería capaz de salvar al sistema, que precisará de la combinación inteligente de varias de ellas. Algunas de las propuestas significan innovaciones retadoras que suscitarán el debate que precisamos. Pero, a pesar del campo que aún tenemos para la optimización de su funcionamiento, debemos de ser conscientes de que hará falta dedicar importantes recursos públicos al sistema. Se trata de una simple cuestión de prioridades. La sanidad pública no puede continuar sosteniéndose mediante recortes sistemáticos, bajadas de la calidad del servicio, limitación de las prestaciones y retraso de pagos a los proveedores. La elasticidad de profesionales y sistemas está en su límite, y no podremos estirar ya mucho más sin que se produzca una ruptura de graves consecuencias.

Una vez finalizadas las elecciones municipales y autonómicas, encaramos la recta de unas elecciones generales. En esta próxima legislatura se tendrán que tomar importantes decisiones para que el sistema no se colapse. Los partidos políticos deben incluir en sus programa qué sanidad quieren para los españoles, y cómo piensan sostenerla y mejorarla. Para mantener una sanidad pública de calidad serán necesarios grandes acuerdos de Estado. ¿Por qué no conseguir con la sanidad consensos similares a los que en su día se alcanzaron con las pensiones?

Los ciudadanos deben conocer qué riesgos corremos para tomar conciencia del camino que queremos escoger. Estoy convencido de que este informe puede resultar de valiosa ayuda para ese debate necesario. Enhorabuena a sus autores e impulsores por la imprescindible aportación que hoy nos regalan.

Manuel Pimentel Siles



En España disponemos de un Sistema Nacional de Salud (SNS) ampliamente reconocido como uno de los mejores del mundo. A la práctica universalidad de su cobertura se unen unos resultados excelentes en los principales indicadores de salud, y los propios usuarios del sistema expresan unos elevados grados de satisfacción con sus prestaciones. Además, el sistema sanitario y la industria asociada a él son puntales de la economía española por su valor añadido, su contribución al empleo cualificado y su aportación al I+D.

No obstante, el modelo hace tiempo que empieza a mostrar signos de tensión. Diversos factores, tales como el envejecimiento de la población, los cambios en el estilo de vida, la mayor exigencia de la población derivada del desarrollo socio-económico del país, y la introducción de nuevas tecnologías médicas, están contribuyendo a saturar los recursos del sistema y a ejercer una presión creciente sobre el gasto sanitario, especialmente en el contexto de la actual crisis económica y las previsiones de bajo crecimiento para los próximos años.

Ante este panorama, y frente a la necesidad urgente de tranquilizar los mercados y afianzar la solvencia del Reino de España, se impone un ejercicio de reflexión y racionalidad para proteger aquellos elementos del SNS que más valoramos y los principios que lo sustentan.

En este sentido, urge acometer iniciativas que permitan extraer el máximo valor de lo que invertimos en sanidad. Destacamos en este informe la necesidad de actuar para gestionar la demanda de servicios sanitarios. Señalamos asimismo la conveniencia de reorientar los recursos hacia la atención de enfermos crónicos, que precisan de un sistema integral de cuidados que reduzca o mitigue las exacerbaciones y que resuelva sus necesidades en el nivel de atención más próximo posible —a ser posible, en su propio domicilio o en su centro de atención primaria—.

También subrayamos la importancia de adaptar el modelo de gestión del personal sanitario a las exigencias de una mayor productividad y alinear sus actuaciones con las prioridades y políticas de interés general, por ejemplo mediante la introducción de protocolos para reducir la

Disponemos de un **Sistema Nacional de Salud reconocido como uno de los mejores del mundo**. Ante los signos de tensión que muestra derivados de los cambios demográficos y de las restricciones presupuestarias, **se impone un ejercicio de reflexión y racionalidad** para proteger aquellos elementos que más valoramos y los principios que lo sustentan.



variabilidad injustificada de los tratamientos. Todo ello, sin pasar por alto el creciente papel de los instrumentos de *eHealth* y la implantación de un marco de gobierno estable que brinde mayores dosis de certidumbre a los distintos agentes del sistema.

Estas medidas tienen que emprenderse sin mayores dilaciones, pero no son suficientes. Hay que abordar de una vez por todas el espinoso asunto de la insuficiencia de la financiación asignada al capítulo sanitario, empezando por enjugar el déficit acumulado para poner el contador a cero —lo que requerirá un gran compromiso de Estado al estilo del FROB— y continuando con la elaboración de presupuestos en función del gasto real esperado y el establecimiento de mecanismos que eviten la aparición de futuras desviaciones presupuestarias. Y para ello, no hay más remedio que plantear una mayor asignación de recursos para una partida —la de sanidad— que aporta una extraordinaria rentabilidad económica y social a los españoles.

Por consiguiente, es necesario revertir la pérdida de peso de la sanidad en el gasto público, priorizándola frente a otras partidas presupuestarias sin duda importantes, pero de necesidad menos urgente y de distinto retorno a la sociedad. A su vez, las Comunidades Autónomas necesitan disponer de más fondos que actualmente se encuentran en manos de la Administración General del Estado, aunque sugerimos que su transferencia se vea parcialmente condicionada por el cumplimiento de determinados objetivos sanitarios

definidos con ámbito nacional con objeto de preservar y afianzar el principio de la equidad entre territorios.

Finalmente, es preciso buscar nuevas fuentes de ingresos. Debe contemplarse la comercialización de determinados servicios asociados al consumo de particulares en los centros sanitarios, así como una estrategia para incrementar la realización de ensayos clínicos en los hospitales españoles. No debe eludirse la creación de impuestos o tasas específicas; la coparticipación directa en el pago de la prestación —con las debidas cautelas para mitigar su impacto sobre los más necesitados de cuidados de salud— debe estar encima de la mesa, como también debe estarlo la creación de nuevos impuestos especiales sobre el consumo de determinados productos nocivos para la salud. El incremento de los impuestos generales es una opción bastante arriesgada en la coyuntura actual, aunque lo recomienden entidades solventes como la OCDE. En cualquier caso, creemos que existe amplio recorrido para aumentar la recaudación fiscal efectiva mediante una lucha más vigorosa contra el fraude fiscal y la economía sumergida.

Los retos que tiene la sociedad española por delante son formidables, y es poco consuelo saber que los demás países de nuestro entorno están teniendo que afrontar dificultades similares. Pero si queremos preservar y mejorar nuestro SNS como patrimonio de todos los españoles, deberemos afrontar los retos con decisión y valentía.

Principales recomendaciones de A.T. Kearney

I. Mejoras en la utilización de los recursos	A Gestión de la demanda	B Integración de cuidados de salud y traslado de demanda y recursos a atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria
	<ul style="list-style-type: none"> • Coparticipación directa en el pago de la prestación • Inversión en salud pública • Mayor implicación del paciente en el sistema sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del caso para enfermedades crónicas • Refuerzo de la capacidad resolutoria de atención primaria • Refuerzo de la asistencia domiciliaria • Alineamiento de incentivos de organizaciones y profesionales entre niveles de atención • Traslado de recursos de hospitales de agudos a unidades de proximidad de alta resolución y a unidades de media y larga estancia
	C Optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial	D Utilización de la tecnología como habilitadora del proceso de transformación (eHealth)
	<ul style="list-style-type: none"> • Transformación del modelo de gestión del personal sanitario • Mejora de la gestión de procesos asistenciales • Establecimiento de una sistemática en el análisis de la utilización de recursos sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización continua y telediagnóstico • Mejora de la comunicación médico-paciente • Optimización de los procesos en la prestación
	E Creación de un modelo de gobierno estable para el sector de la salud	
	<ul style="list-style-type: none"> • Marco estable de funciones y responsabilidades • Marco estable de políticas sanitarias • Incremento de la cooperación entre CC.AA. 	
II. Soluciones de financiación	A Conversión del presupuesto sanitario en una herramienta de gestión	
	<ul style="list-style-type: none"> • Precisión y corrección del déficit acumulado • Definición de presupuestos de forma adecuada • Establecimiento de los mecanismos necesarios para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes 	
	B Búsqueda de fórmulas de financiación adicional	
	<ul style="list-style-type: none"> • Priorización de la sanidad frente a otras partidas presupuestarias • Aseguramiento de una financiación autonómica de la sanidad que garantice los recursos necesarios • Aumento de la recaudación a través de: <ul style="list-style-type: none"> - Vías alternativas de generación de ingresos de origen privado - Creación de impuestos o tasas específicas (p.ej.: céntimo sanitario) • Incremento de la recaudación efectiva de impuestos generales 	





	<i>Página</i>
Introducción	9
1. La sanidad, piedra angular del bienestar social en España	13
1.1. El SNS español es líder en resultados	15
1.2. El SNS presenta unos costes moderados en términos comparativos	16
2. El futuro de nuestro SNS, en peligro	19
2.1. Seguirá el crecimiento de las necesidades sanitarias	21
2.2. Urge actuar para salvar el sistema	23
2.3. Los presupuestos sanitarios, un “brindis al sol”	24
2.4. La deuda sanitaria es insostenible para el sector privado y tiene un sobrecoste para las Administraciones Públicas	25
2.5. La inercia conllevará un deterioro del acceso y de la calidad de la prestación	26
3. La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable	29
3.1. Gestión de la demanda	31
3.2. Integración de cuidados de salud y traslado de demanda/recursos a atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria	34
3.3. Optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial	36
3.4. Utilización de la tecnología como habilitadora del proceso de transformación (<i>eHealth</i>)	38
3.5. Modelo de gobierno estable para el sector de la salud	39
4. Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema	41
4.1. Invertir mejor es necesario pero no es suficiente	46
4.2. Convertir el presupuesto sanitario en una herramienta de gestión	48
4.3. Buscar fórmulas de financiación adicional: de la priorización de la sanidad frente a otras partidas presupuestarias al incremento de la recaudación	49
5. Conclusiones	59
Fuentes y referencias	63





Introducción





La salud es uno de los pilares básicos del Estado de Bienestar. Así se reconoce en prácticamente todas las sociedades de nuestro entorno, cuyas administraciones —bajo diversos modelos de financiación y prestación— se ocupan de que sus ciudadanos tengan acceso a los servicios médicos y a los tratamientos que necesitan para poder llevar una vida digna y productiva.

En España disponemos de un Sistema Nacional de Salud (SNS) ampliamente reconocido. A la práctica universalidad de su cobertura se unen unos resultados excelentes en los principales indicadores de salud, y los propios usuarios del sistema expresan unos elevados grados de satisfacción con sus prestaciones. Además, el sistema sanitario y la industria asociada a él son puntales de la economía española por su valor añadido, su contribución al empleo cualificado y su aportación al I+D.

No obstante, el modelo hace tiempo que empieza a mostrar signos de tensión. Diversos factores, tales como el envejecimiento de la población, los cambios en el estilo de vida (sedentarismo, hábitos alimenticios, etc.), la mayor exigencia de la población derivada del desarrollo socio-económico del país, y la introducción de nuevas tecnologías médicas, están contribuyendo a saturar los recursos del sistema y a ejercer una presión creciente sobre el gasto sanitario, especialmente en el contexto de la actual crisis económica y las previsiones de bajo crecimiento para los próximos años.

Hasta ahora, las Administraciones —tanto la central como las autonómicas— han respondido, cada una por su lado, con medidas apresuradas y en ocasiones desestructuradas. Sucesivas reducciones unilaterales en los precios de los medicamentos, recortes agresivos en diversas partidas del presupuesto sanitario, políticas divergentes respecto a la cobertura de servicios excluidos de la cartera básica de prestaciones, restricciones de acceso a fármacos y tratamientos ...todo ello viene a configurar un mosaico de políticas que tornan inestable el horizonte sanitario, ponen en peligro la cohesión del sistema y, en última instancia, amenazan con minar principios básicos del sistema como la equidad y la universalidad.

Por otra parte, las partidas presupuestarias dedicadas a la sanidad sistemáticamente no alcanzan para cubrir el gasto real, renunciando de esta forma las Administraciones a utilizar el presupuesto como instrumento de gestión y convirtiendo en estériles los ejercicios de reducciones presupuestarias, a la vez que creando un déficit crónico y estructural que se financia en gran medida a costa de los proveedores del SNS.

Ante este panorama, y frente a la necesidad urgente de tranquilizar los mercados y afianzar la solvencia del Reino de España, se impone un ejercicio de reflexión y racionalidad para proteger aquellos elementos del SNS que más valoramos y los principios que lo sustentan.

El **envejecimiento** de la población, los **cambios en el estilo de vida**, la **mayor exigencia** de la población, y la introducción de **nuevas tecnologías** médicas están contribuyendo a **saturar los recursos del sistema** y a ejercer una presión creciente sobre el gasto sanitario.



Introducción

Desde luego, la primera tarea consiste en examinar en profundidad las estructuras y prácticas actuales del sistema. Por el bien de la sociedad en su conjunto, tenemos que procurar eliminar cualquier rastro de ineficiencia. En este sentido, tenemos que plantearnos una serie de preguntas muy exigentes y nada fáciles de responder:

- ¿Cómo podemos gestionar la demanda de servicios sanitarios sin poner en peligro los principios básicos de universalidad y equidad?
- ¿Qué estructura de niveles asistenciales puede ofrecer los mejores resultados al menor coste?
- ¿Cómo podemos mejorar la calidad y la eficiencia de cada nivel de asistencia?
- ¿Cuáles son las prestaciones que realmente contribuyen a mejorar los resultados en salud, y en qué circunstancias?

Un análisis desapasionado de estas y otras cuestiones sin duda contribuirá a que podamos sacar el máximo partido de los recursos que dedicamos a la sanidad, y nos ayudará a trazar una hoja de ruta cuyo punto de destino es un sistema sanitario cohesionado y equitativo que responda a las necesidades y valores de la sociedad española de la segunda década del siglo XXI.

Pero con ser necesario todo lo anterior, las medidas que deriven de ello resultarán insuficientes y además su impacto económico no se dejará notar más que a medio/largo plazo, siendo así por cuatro motivos fundamentales:

- Porque el gasto público en sanidad lleva creciendo de forma significativa desde 2002, por lo que arrastra una inercia que no es fácil de frenar a muy corto plazo;
- Porque la experiencia demuestra que los

países de nuestro entorno, a pesar de haber acometido programas agresivos de transformación y de contención del gasto sanitario, sólo han conseguido ralentizar la evolución al alza del gasto per cápita;

- Porque aunque existen bolsas de valor a capturar, en términos generales el sistema español ya es relativamente eficiente, según se desprende de los indicadores macro; y, por último
- Porque el impacto de reducciones de coste indiscriminadas resulta imposible de evaluar en el largo plazo.

Por lo tanto, y dado lo anterior, ¿no deberíamos plantearnos aumentar la asignación presupuestaria al capítulo de sanidad, visto el retorno social y también económico que nos aporta el SNS? Ante el anuncio de algunas Comunidades Autónomas como Canarias y Cataluña de reducir el presupuesto para sanidad pública en torno al 10%, y si se tiene la intención de cumplir los límites presupuestarios, nos preguntamos si la sanidad ha dejado de ser una prioridad social.

Por otra parte, si se restringen los presupuestos pero no se contienen efectivamente los gastos, el déficit histórico seguirá aumentando a costa de los proveedores. Pero, con una deuda acumulada de más de diez mil millones de euros y unos plazos de pago en torno a los 350–400 días, ¿es viable seguir financiándose de esta manera? ¿Es ésta la forma más eficiente de financiar el sistema?

Sobre todo, ¿cuál será el impacto en calidad y acceso al sistema de las decisiones que tomemos o dejemos de tomar en estos y en otros sentidos?

Estas son algunas de las cuestiones que A.T. Kearney ha querido explorar en el presente trabajo, con el deseo de contribuir a un debate sereno en torno al sistema sanitario que queremos y podemos permitirnos en los próximos años.



1

**La sanidad,
piedra angular
del bienestar
social en
España**



La sanidad, piedra angular del bienestar social en España



“La salud es lo más importante”. Esta afirmación, que puede parecer un lugar común, sin embargo no lo es, al ser la salud la base necesaria para el pleno ejercicio de la mayor parte de las actividades consustanciales a la dignidad humana, como el trabajo, la vida social o el disfrute del tiempo libre.

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es una de las señas de identidad de la sociedad y uno de los principales elementos de cohesión social del Estado. La sanidad constituye el área de mayor interés para la ciudadanía, por delante de la educación, la vivienda o las pensiones. De acuerdo con el estudio de Opiniones y Actitudes Fiscales de los Españoles en 2007, la sanidad es el servicio público que más justifica el pago de los impuestos (para el 42% de la población) quedando los demás servicios y prestaciones a considerable distancia⁽¹⁾.

Además, la sanidad es uno de los servicios públicos

mejor valorados por los ciudadanos: el 86,1% de ellos valora la atención primaria como buena o muy buena, y el 82% hace lo propio con la atención especializada⁽²⁾.

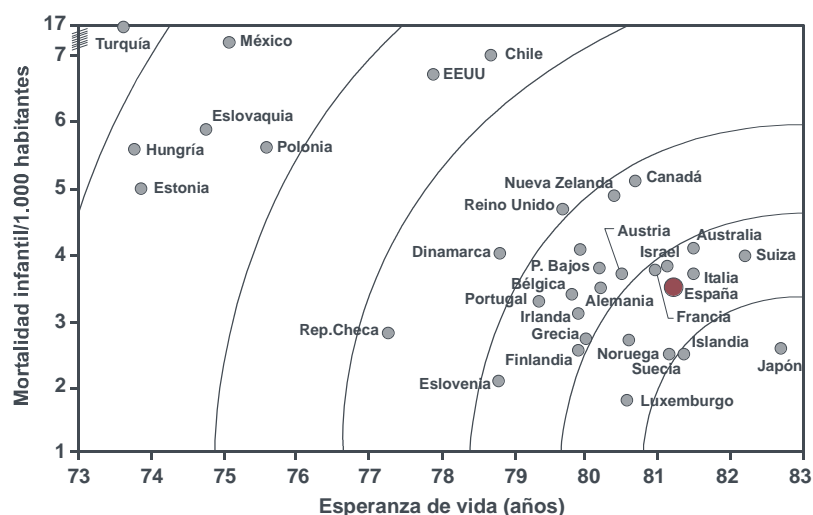
1.1. El SNS español es líder en resultados

En términos globales, la sociedad española goza de buena salud. Así lo demuestran diversos indicadores, en los que España ocupa una posición de privilegio:

- **Esperanza de vida** de 81,2 años (84,3 en mujeres), frente a los 79,1 de la media de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)
- **Tasa de mortalidad infantil** de 3,5 por cada mil nacimientos, frente a los 4,6 de media de la OCDE (Figura 1)

Figura 1

Principales indicadores de salud en los países de la OCDE



Fuente: OECD Health Data 2010



La sanidad, piedra angular del bienestar social en España

- **Número de años potenciales de vida perdidos** (un indicador de las muertes prematuras evitables por un sistema de salud) entre un 18% y un 34% inferior a la media de los países de la OCDE, según se trate de mujeres o de hombres⁽³⁾
- Tasa de **supervivencia de trasplantes de riñón** del 86%, frente al 66% en Estados Unidos
- Tasa de **supervivencia del cáncer de mama** del 80% —al mismo nivel que los países con mejores resultados⁽⁴⁾— frente al 65% en 1980

Ya en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificaba al SNS español como uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, en el puesto número siete y sólo detrás de países comparables como Francia, Italia y Singapur⁽⁵⁾. La OMS, en su informe de 2010⁽⁶⁾, reconoce los

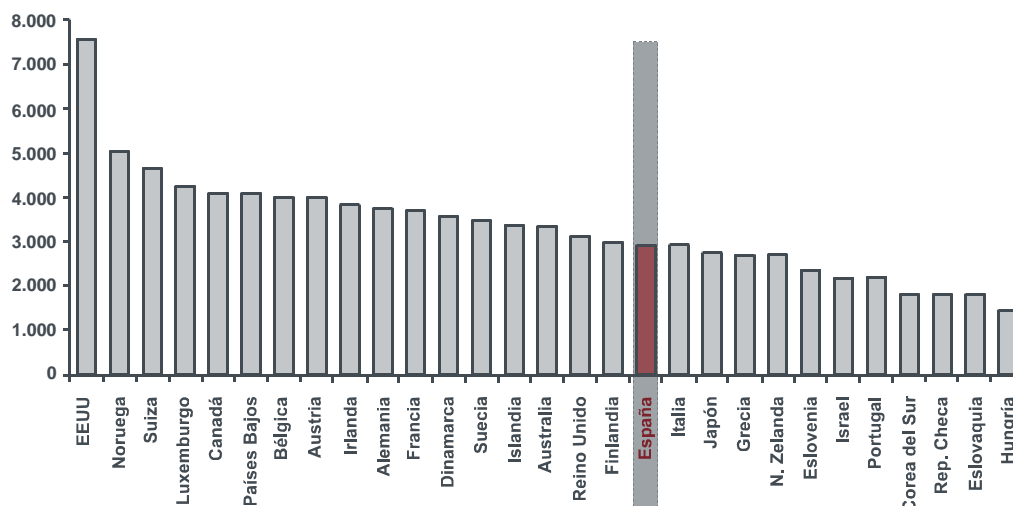
buenos indicadores de salud de la población, la alta cobertura y acceso al SNS, la superior calidad y seguridad de los cuidados de salud y la elevada satisfacción de la población por los cuidados prestados. Según este informe los españoles están “obteniendo mucho valor por lo que pagan”.

1.2. El SNS presenta unos costes moderados en términos comparativos

La sanidad española ha logrado alcanzar los envidiables indicadores de salud descritos anteriormente con un gasto sanitario per cápita en el rango bajo de los países desarrollados. Así, en 2008 el gasto sanitario total (público y privado) por persona —en valores ajustados para reflejar la paridad del poder adquisitivo— fue de 2.902 dólares en España, frente a los 3.696 dólares de Francia, los 3.129 dólares del Reino Unido o los 3.737 dólares de Alemania (Figura 2)⁽⁷⁾.

Figura 2

Gasto sanitario total per cápita (USD ajustados por el poder adquisitivo, 2008)



Fuente: OECD Health Data 2010

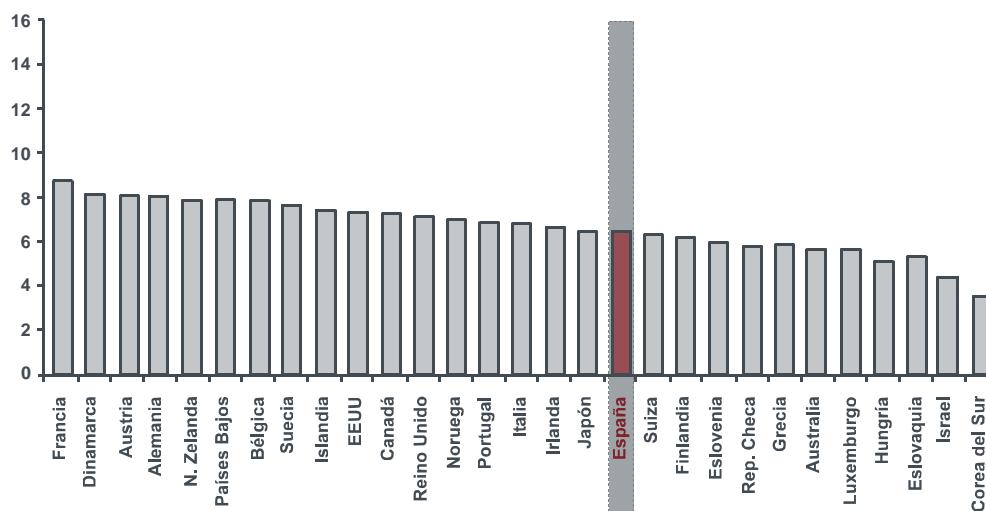
La sanidad, piedra angular del bienestar social en España

Medido como porcentaje del producto interior bruto (PIB), el gasto sanitario en España figura por debajo de la media de los países de la OCDE, al dedicar solamente el 9% del PIB a sanidad y, concretamente, el 6,5% del PIB en el caso del

gasto público contabilizado (Figura 3)⁽⁶⁾. De hecho, los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) apuntan a un gasto sanitario contabilizado (excepto tratamientos de larga duración) del 6,1% del PIB en 2008.

Figura 3

Gasto público en sanidad como porcentaje del PIB (% , 2008)



Fuente: OECD Health Data 2010



La sanidad, piedra angular del bienestar social en España

Recuadro 1: Los principios básicos del modelo sanitario en España: un bien absoluto al que todos tienen derecho

La atención sanitaria en España sigue el modelo Beveridgiano, que fue impulsado en el Reino Unido por el economista y reformista William Beveridge durante las décadas centrales del siglo XX. Este modelo se caracteriza por contar con financiación pública y por ofrecer una prestación sanitaria a través de instituciones también de carácter público. En línea con los sistemas sanitarios del Reino Unido, Escandinavia, Italia o Australia, en España la mayor parte de los hospitales son públicos y los profesionales sanitarios son empleados públicos.

En Europa, otros sistemas sanitarios como el alemán, austriaco, suizo o francés, siguen el modelo Bismarck, que se apoya en seguros de enfermedad obligatorios financiados de forma conjunta entre la empresa y el empleado.

En España, el SNS aglutina todos los organismos y entidades públicas involucrados en la prestación de servicios sanitarios, bajo los siguientes principios básicos:

- Cobertura universal, con acceso libre a la

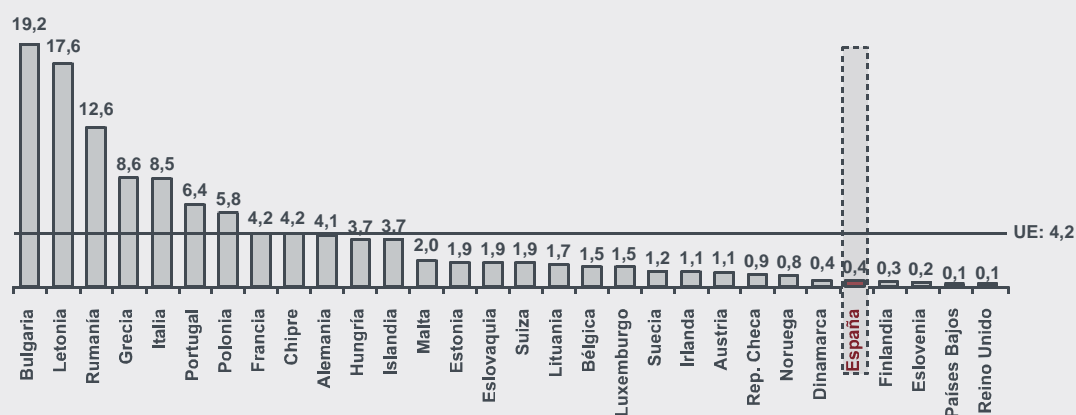
asistencia sanitaria para la totalidad de la población, independientemente de su origen, situación económica o laboral;

- Financiación pública, habitualmente a través de impuestos generales;
- Integración de las diferentes redes de asistencia sanitaria bajo el sistema coordinador único;
- Descentralización, con 17 consejerías de Sanidad⁽⁹⁾ con autonomía de gestión en la prestación; y
- Alta capilaridad, con una organización geográfica en provincias, áreas y zonas básicas de salud, que garantiza la cercanía del centro hospitalario, de especialidades o de atención primaria al ciudadano.

Los españoles tienen motivos de legítimo orgullo en la universalidad y la equidad del sistema, como queda ilustrado en la Figura 4, donde son muy pocos los que manifiestan no haber podido acceder a la asistencia sanitaria por motivos de coste.

Figura 4

Personas con ingresos inferiores a la renta mediana que declaran haber necesitado atención sanitaria y no haberla recibido por ser demasiado cara (%)



Fuente: Eurostat – Statistics in Focus 2011



**El futuro de
nuestro SNS,
en peligro**





Al igual que en casi todo el mundo desarrollado, España asiste a un crecimiento sostenido de las necesidades de atención sanitaria por los motivos que se explican en el apartado 2.1. Por otro lado, el país está atravesando una crisis económica que está afectando a la capacidad recaudatoria de las Administraciones Públicas, sin visos de mejora en el corto plazo.

En un entorno de disminución de los ingresos fiscales y de creciente preocupación sobre la solvencia de España, la reducción del gasto público se ha convertido en una prioridad de Estado. Las Comunidades Autónomas, en línea con las actuaciones de la Administración General del Estado, están presentando presupuestos que incorporan reducciones en el entorno del 5%⁽¹⁰⁾, al tiempo que implantan medidas urgentes para disminuir el gasto efectivo.

Al representar las partidas de sanidad el 32% del gasto contabilizado por parte de las Comunidades Autónomas⁽¹¹⁾, es natural que se hayan visto afectadas por estas medidas y, en algunos casos, se han anunciado recortes presupuestarios por encima

La deuda sanitaria acumulada constituye un pasivo financiero y de gestión que las Administraciones tendrán que abordar más pronto que tarde.

de la media. Por otra parte, nada hace prever que estos presupuestos vayan a cumplirse, por lo que la abultada deuda que hasta ahora vienen soportando las empresas privadas del sector sanitario puede verse incrementada hasta límites imposibles de mantener.

En esta situación tan complicada, si se procede de manera excesivamente apresurada, se corre el riesgo de que unas medidas cortoplacistas, desestructuradas y heterogéneas tengan un impacto negativo y puede que irreversible sobre el SNS y los actores de su ecosistema —lo que, sin pretenderlo, puede poner en entredicho la universalidad, la equidad y la calidad de la prestación sanitaria—.

2.1. Seguirá el crecimiento de las necesidades sanitarias

El gasto sanitario lleva muchos años trazando un camino ascendente. El aumento constante del número de habitantes, el envejecimiento de la población, los cambios en el estilo de vida propios de la vida urbana, la mayor exigencia de la población derivada del desarrollo socio-económico del país, y la incorporación de los avances que ofrecen las nuevas tecnologías médicas se traducen en unas mayores necesidades de asistencia sanitaria. Y todo parece indicar que estas necesidades van a seguir creciendo de forma inexorable, porque en gran medida los factores subyacentes van a perdurar en el horizonte visible.

Demografía: crecimiento y envejecimiento de la población

La población en España se ha incrementado en 7,4 millones de personas entre 1996 y 2010, lo que supone un aumento medio de más de 500 mil personas al año. Para los próximos cinco años el Instituto Nacional de Estadística (INE) espera crecimientos anuales de población superiores a las 130 mil personas que, aun siendo cifras más moderadas que en el periodo anterior, constituyen una carga adicional de pacientes⁽¹²⁾.



El futuro de nuestro SNS, en peligro

Por otro lado, la mejora de la esperanza de vida y una moderada tasa de natalidad están produciendo en Europa en general, y en España en particular, un envejecimiento gradual de la población. Concretamente en el caso español, se prevé que en los próximos diez años la población mayor de 65 años pase de representar el 17,1% de la población total al 19,2%⁽¹³⁾. Según las proyecciones del INE, la población mayor de 65 años se duplicará en números absolutos entre 2009 y 2049, y la población mayor de 80 años se multiplicará por 2,5.

Como es natural, el ciudadano mayor de 65 años hace un uso más intensivo de la atención hospitalaria y es el principal consumidor de productos farmacéuticos, representando un gasto sanitario medio per cápita 2,2 veces superior a la media de la población. Los mayores, siendo el 17% de la población, generan el 35% de las consultas

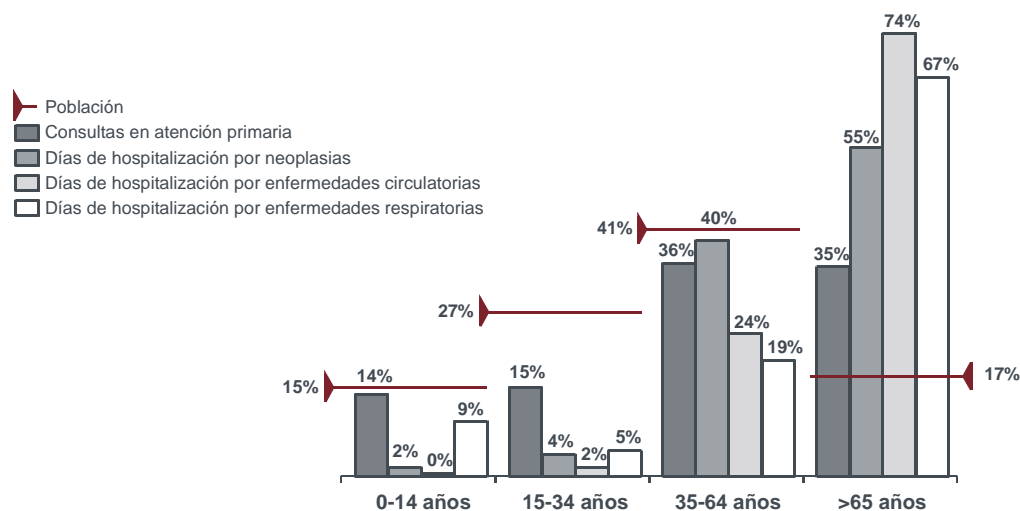
médicas en atención primaria, el 55% de los días de hospitalización por neoplasias, el 74% de los días de hospitalización por enfermedades circulatorias y el 67% de los días de hospitalización por enfermedades respiratorias (Figura 5)⁽¹⁴⁾. En cuanto al consumo de medicamentos, y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, el 89,3% de las personas entre 65 y 74 años declara haber consumido medicamentos en las últimas dos semanas, y la cifra se eleva a 94,2% para los mayores de 75⁽¹⁵⁾.

Cambios sociales: Hábitos de vida y desarrollo socio-económico

La evolución de los hábitos de vida y la mayor edad de la población están incrementando la incidencia de problemas crónicos de salud, como la diabetes, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el cáncer o las cardiopatías, incluso entre los

Figura 5

Utilización de recursos sanitarios por tramo de edad (2009)



Fuente: MSPSI; Análisis A.T. Kearney



jóvenes. Estas enfermedades crónicas son intensivas en la utilización de recursos sanitarios, tanto médicos como farmacológicos.

El sedentarismo y el cambio en los hábitos alimenticios han contribuido a incrementar la tasa de obesidad, que se ha multiplicado por cinco entre la población joven durante el periodo 1985-2006⁽¹⁶⁾. Por otro lado, las medidas del Gobierno en la lucha contra el tabaquismo van poniendo coto a una de las principales causas de muerte prematura evitable. El alcohol, en cambio, sigue experimentando un incremento generalizado del consumo entre la población.

Además, el desarrollo de nuevos medicamentos está convirtiendo en crónicas algunas enfermedades que tenían un alto índice de mortalidad en el pasado, como el SIDA o el cáncer. En términos generales, las enfermedades crónicas, de larga duración y progresión lenta, añaden una carga adicional a un sistema de salud ya de por sí sobrecargado, que fue diseñado en su día para el tratamiento de agudos.

La demanda de servicios sanitarios también está siendo afectada por un colectivo de pacientes que, con cada vez mayor acceso a la información y un mayor nivel cultural, demanda mayores y más avanzados cuidados sanitarios⁽¹⁷⁾.

Tecnología médica

Por un lado, la incorporación en las últimas décadas de nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como el desarrollo de nuevos medicamentos, ha aportado ganancias significativas en salud.

Por otro lado, estos avances han tenido un coste para el sistema, que tiene que remunerar la inversión realizada, pública y privada, en I+D, aunque luego lo acabe recuperando a la larga a través de mejores resultados en salud. Adicionalmente, la tecnología suele ir acompañada no sólo de una mejora en la eficacia clínica sino también de un aumento del número de tratamientos,

lo que se traduce a menudo en incrementos del gasto sanitario total.

2.2. Urge actuar para salvar el sistema

Por todos los motivos expuestos en el apartado anterior, el gasto sanitario público total —concentrado en un 95% en las Comunidades Autónomas— ha crecido a un ritmo medio anual del 9,5% entre 2002 y 2008; de continuar creciendo al mismo ritmo, el gasto sanitario superaría los 90 mil millones de euros en 2013, ya teniendo en cuenta el menor crecimiento en 2009 y 2010, fruto de medidas como la disminución de sueldos de los funcionarios y las sucesivas bajadas de precios de los medicamentos (Figura 6).

Por otra parte, según las previsiones del Fondo Monetario Internacional (FMI), la economía española presentará un crecimiento casi plano en los próximos años, con incrementos reales del PIB inferiores al 2% (y nominales inferiores al 4%) hasta por lo menos 2016⁽¹⁸⁾. Al mismo tiempo, España se ha comprometido a reducir su déficit presupuestario de 9,3% en 2010 a 3% en 2013, en el marco del Pacto de Estabilidad y Crecimiento.

De cumplirse estas previsiones de crecimiento y déficit, el gasto público en sanidad pasará de representar el 6,1% del PIB en 2008 a suponer entre el 6,9% y el 8,0% en 2013, dependiendo de si el ritmo de expansión del gasto mantiene la tendencia del periodo 2002-2008, o si se logra frenar en alguna medida —aunque, dados los factores de crecimiento de las necesidades ya enunciados en este documento, en ningún caso prevemos un aumento del gasto menor al 4% anual en términos nominales—.

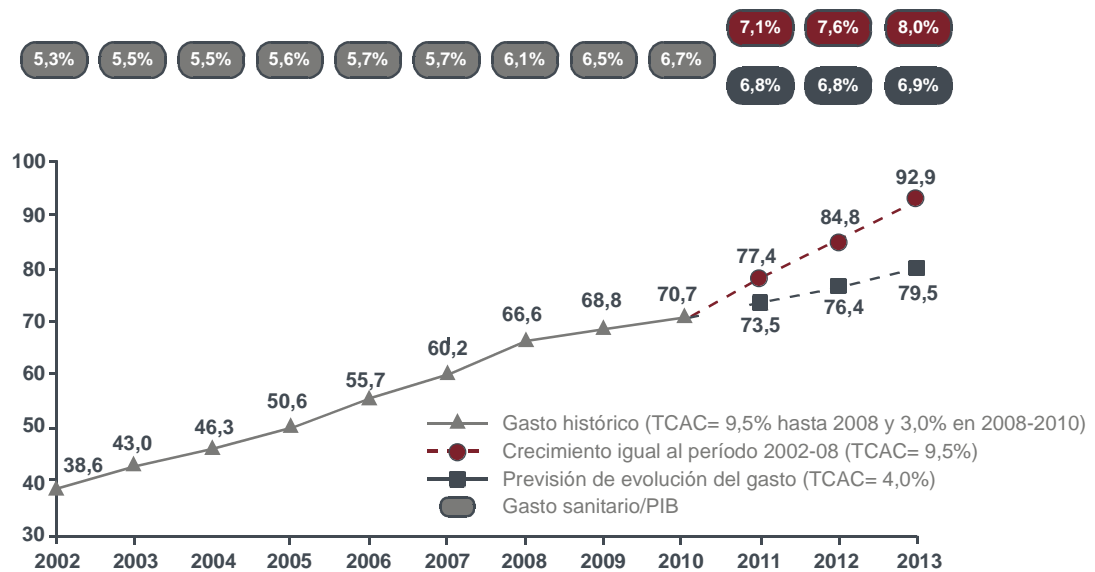
Como factor adicional de complejidad, el sistema sanitario arrastra un déficit presupuestario de carácter estructural cuyo importe acumulado es difícil de establecer con precisión en la actualidad. Ya en el mes de junio de 2010 el MSPSI cifraba el déficit de forma oficial entre siete y ocho mil millones de euros⁽¹⁹⁾, pero es de prever que los recortes presupuestarios y las dinámicas crecientes



El futuro de nuestro SNS, en peligro

Figura 6

Evolución del gasto sanitario público ('000 M€ y % sobre el PIB) y proyección siguiendo la tendencia histórica y estimaciones propias



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Actualización del Programa de Estabilidad - España 2009-2013; FMI; OECD Health Data; Análisis de A.T. Kearney

Nota: Gasto efectivo de 2009 y 2010 aún no publicado por parte de la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Estimación propia.

de demanda hayan podido elevar ya esa cifra a entre 10 y 15 mil millones de euros.

La situación, pues, es grave y el pronóstico, reservado.

2.3. Los presupuestos sanitarios, un “brindis al sol”

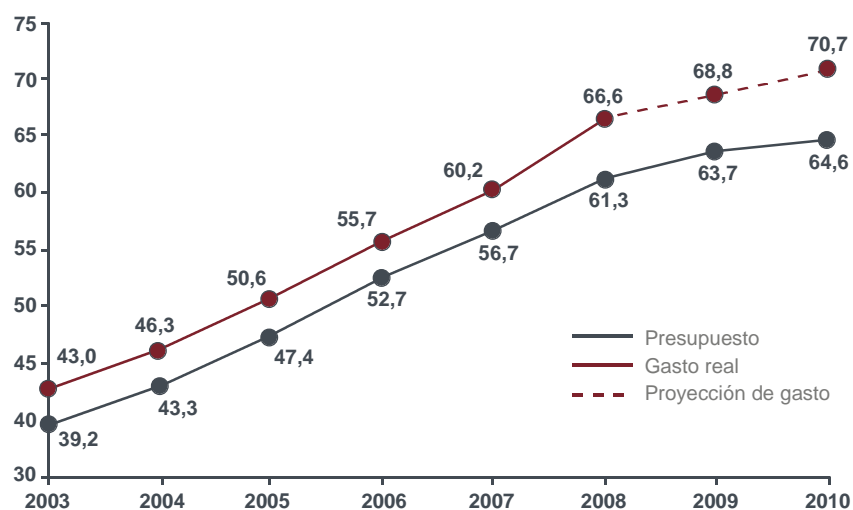
El presupuesto es una de las principales herramientas de gestión financiera en el mundo de la empresa. Clasifica tanto los ingresos como los gastos y da transparencia a la utilización final de los fondos; permite identificar ineficiencias de gestión y aporta criterio para tomar decisiones sobre la asignación futura de recursos.

En el año 2008, de acuerdo con los últimos datos oficiales consolidados, el gasto real ejecutado del sistema sanitario fue de 66.621 millones de euros, un 8,7% superior a la cifra inicialmente presupuestada⁽²⁰⁾ (Figura 7). Pese a que aún no se dispone de datos oficiales del gasto real consolidado para 2009 y 2010 por parte de la Subdirección General de Análisis Económico del MSPSI, la tendencia divergente con el presupuesto invita a pensar en nuevas desviaciones y los datos presentados por algunas consejerías de Salud así lo atestiguan. El déficit más la deuda sanitaria acumulada —estimados, como se ha dicho, entre 10 y 15 mil millones de euros— constituyen un pasivo financiero y de gestión que las Administraciones tendrán que abordar más pronto que tarde.



Figura 7

Diferencia entre presupuestos y gastos sanitarios en el conjunto de España ('000 M€)



Fuente: MSPSI - Presupuestos centrales y autonómicos – Gasto sanitario público (2002-2008) según el principio de devengo; Excluye mutualidades; Análisis A.T. Kearney

Nota: Crecimiento anual del gasto en 2009 y 2010 estimado por A.T. Kearney en 3,3% y 2,7% respectivamente

2.4. La deuda sanitaria es insostenible para el sector privado y tiene un sobrecoste para las Administraciones Públicas

En gran medida, las Administraciones están financiando el déficit público sanitario a costa de los proveedores. De acuerdo con estudios de federaciones de empresarios, el 90% de las Administraciones Públicas incumplen la Ley de Morosidad y la media de días de pago se eleva a 158, más del doble que la media europea (67 días)⁽²¹⁾. La Federación Española de Tecnología Sanitaria cifraba el importe de las facturas pendientes en marzo de 2011 en un total de 3.870 millones de euros, con un retraso medio en los

pagos de 347 días. Por su parte, los datos de Farmaindustria a finales de 2010 evidenciaban una deuda de 4.685 millones de euros por el suministro de medicamentos a hospitales públicos, con una demora media de 390 días.

La deuda de las Administraciones Públicas con las empresas privadas tiene unos costes implícitos que trascienden los intereses de demora y que superan el coste de la deuda soberana. Primero, porque las empresas ajustan los precios a su plazo de cobro y a la probabilidad de impago. Segundo porque el descrédito de las Administraciones puede llevar a ciertas empresas a replantearse su presencia activa en el país, incrementando la



El futuro de nuestro SNS, en peligro

dependencia de las grandes compañías. Y tercero, porque el cierre de empresas reduce también la capacidad global del Estado de financiar el gasto público.

Pero es que, además, las dudas del sector financiero acerca de la capacidad de devolución de la deuda por parte del sector público está llevando a numerosas entidades de crédito a negarse a descontar los efectos impagados de la Administración en manos de empresas privadas, lo que pone en peligro la viabilidad de muchas de éstas y el sueldo de miles de trabajadores del sector. En un periodo de dificultad de acceso al crédito y de escasa liquidez, pues, la falta de diligencia en el pago por parte de las Administraciones puede ahogar a las empresas con menor músculo financiero y afectar a la estructura productiva del país de forma permanente, o al menos en el medio plazo.

2.5. La inercia conllevará un deterioro del acceso y de la calidad de la prestación

Un crecimiento de la necesidad de servicios sanitarios mayor que el incremento de los recursos disponibles llevará, de manera indefectible, a un ajuste de la calidad y del acceso al servicio, independientemente de que pudiesen encontrarse mejoras en los procesos.

Los registros sanitarios de la Gran Depresión del año 29, de la crisis post-soviética de los 90 y de la crisis financiera asiática nos demuestran que las épocas de recesión están vinculadas a incrementos de las tasas de mortalidad. De la misma manera, las políticas de restricción del gasto público derivadas de la crisis financiera de 2008 también han tenido repercusión en la salud de la población. En concreto, los programas de estabilización del FMI se han asociado al deterioro

Las medidas expeditivas de reducción de costes sanitarios con frecuencia ni abordan los problemas de base ni analizan el sistema de forma holística, por lo que sus consecuencias finales resultan más que inciertas.

de los sistemas sanitarios, a una menor efectividad de la ayuda al desarrollo en el ámbito sanitario y a barreras a la reducción del tabaquismo, enfermedades infecciosas y mortalidad infantil⁽²²⁾.

En España, la presión de la deuda soberana está introduciendo tensión sobre las cuentas de las Administraciones regionales, que ya están realizando recortes en las prestaciones para paliar la carga financiera que supone la sanidad. Sin embargo, estas medidas expeditivas de reducción de costes sanitarios con frecuencia no abordan los problemas de base ni analizan el sistema de forma holística, por lo que sus consecuencias finales resultan más que inciertas.

Los tratamientos de menor eficacia, algunas vacunas y determinados elementos considerados no vitales —como el control de la natalidad, los tratamientos de fertilidad, la salud buco-dental, las comidas en hospitales y el transporte sanitario— están empezando a ser considerados candidatos a desaparecer del catálogo de prestaciones del sistema de salud.

Al mismo tiempo, algunos laboratorios farmacéuticos y fabricantes de tecnologías sanitarias



han anunciado recortes en la inversión en España, reducciones de I+D y reestructuraciones de personal como consecuencia de la morosidad de las Administraciones y las presiones sobre los precios. Estos recortes limitarán el potencial de desarrollo de nuevos medicamentos innovadores, ya que las bajadas de precios se extienden a otros países europeos que tienen a España como referencia. También se verá afectada la incorporación de avances tecnológicos al SNS, ante la falta de recursos públicos tanto para su adquisición

como para su posterior operación y mantenimiento.

Las estrecheces presupuestarias a corto plazo pueden además generar mayores costes en el medio y largo plazo. El ejemplo más claro es el de los recortes en cuidados preventivos (como, por ejemplo, las revisiones periódicas y las exploraciones mamográficas), que generan mayor cronicidad y un empeoramiento de los indicadores formales de salud, derivando incluso en un incremento de la tasa de mortalidad.



El futuro de nuestro SNS, en peligro

Recuadro 2: Los costes de los factores productivos ya están ajustados

Los precios de los principales factores productivos —es decir, los salarios de los profesionales y los precios de los medicamentos— ya han sido objeto de sucesivas acciones para intentar reducir el gasto sanitario total.

Además de contar con diferencias entre Comunidades Autónomas, los salarios de los profesionales sanitarios en España están de media por debajo de los demás países europeos de referencia (Figura 8), a pesar del ajuste al alza

llevado a cabo a partir de 2002 como consecuencia de las transferencias de las competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas. Los bajos salarios relativos de los profesionales sanitarios están provocando una fuga de profesionales a lugares como Reino Unido e Italia —se estima que cerca de 15 mil profesionales han emigrado en la última década⁽²³⁾— y las necesidades de personal en España están obligando a su vez a contratar médicos y enfermeras de otras nacionalidades.

Figura 8

Rangos de salarios de médicos en países de referencia (euros)



Fuente: *El Economista*, basado en datos de OMC (2008)

Por otro lado, también los precios unitarios de los medicamentos, otra partida de gasto significativa, se encuentran entre los más bajos de la Unión Europea⁽²⁴⁾.

En los últimos años, y debido al sistema de precios de referencia y a las más recientes bajadas de

precios impulsadas por el Ministerio de Sanidad (RD 04/2010 y RD 08/2010), se están reduciendo de forma progresiva los márgenes de los fabricantes. Desde abril de 2010 hasta octubre de 2010, el precio medio por receta disminuyó en 1,55 euros, lo que equivale a un descenso del 11,5%.



**La búsqueda
de eficiencias
es un deber
inexcusable**



La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable



Como ya se ha visto, el SNS español presenta una relación coste-beneficio razonable, con indicadores sanitarios en vanguardia a nivel mundial y unos costes más reducidos que la mayoría de los países europeos desarrollados. Sin embargo, y al igual que en cualquier otro sector, es posible hacer una mejor utilización de los recursos existentes, y así lo exige la coyuntura actual de austeridad.

En este sentido, hemos definido cinco ámbitos de actuación para la mejora de la utilización de los recursos disponibles, que tratamos a continuación y que consisten en:

- Gestión de la demanda;
- Integración de cuidados de salud y traslado de demanda/recursos a atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria;
- Optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial;
- Utilización de la tecnología como habilitadora del proceso de transformación (*eHealth*); y
- Creación de un modelo de gobierno estable para el sector de la salud.

3.1. Gestión de la demanda

Los datos del MSPSI revelan una utilización masiva de recursos sanitarios por parte de un número reducido de personas. Es más, dada la heterogeneidad en la gestión de la prestación sanitaria entre Comunidades Autónomas, e incluso entre áreas sanitarias de una misma Comunidad, no parece demasiado osado aventurar que grupos de población con un mismo perfil de riesgo estén haciendo un uso desigual de los recursos sanitarios, respondiendo dichas pautas de uso a motivos de inercia organizativa más que a la búsqueda eficiente de resultados de salud.

La modulación de la demanda sanitaria debe acometerse desde tres frentes complementarios:

- Profundización en los esquemas de coparticipación directa del usuario en el pago de las prestaciones sanitarias;
- Inversión en salud pública orientada a la prevención; y
- Mayor implicación del paciente en la conservación de su salud y en el buen uso de los recursos sanitarios.

Así lo hace la práctica totalidad de los sistemas sanitarios, que cuentan con estrategias de gestión de demanda para alguna especialidad médica o para algún colectivo de pacientes, cuando no para la mayoría de ellos.

Coparticipación directa en el pago de la prestación

En el ámbito europeo, son frecuentes los esquemas de pago compartido, no sólo para la asistencia buco-dental y la prestación farmacéutica, sino también para las consultas ambulatorias y altas hospitalarias (Tabla 1).

La introducción de estos mecanismos de coparticipación se ha realizado de formas muy diversas, pero habitualmente se establecen fórmulas (tasas reducidas, exenciones, descuentos, máximos anuales o desgravación fiscal) para proteger los colectivos más desfavorecidos o con determinado perfil de riesgo. Francia es un claro ejemplo de país donde el pago compartido de los servicios sanitarios cumple una función de ticket moderador de la demanda y donde se establecen límites al coste a repercutir al paciente, si bien en gran medida estos costes son cubiertos por seguros privados (Tabla 2).










España deberá avanzar en este sentido aunque resulte un camino complicado. Para su correcta administración, un sistema de coparticipación directa requiere la implantación de mecanismos de control, cuya complejidad y coste estarán directamente correlacionados con la sofisticación de las reglas de aplicación.



La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable

Tabla 1

Coste compartido de la sanidad en los países de la UE

País	Primaria y especializada	Hospitalización	Medicamentos	Buco-dental
Alemania 	√	√	√	√
Austria 	√	√	√	√
Bélgica 	√	√	√	√
Bulgaria 	√	√	√	√
Chipre 	√	√	√	√
Dinamarca 			√	√
Eslovaquia 	√	√	√	√
Eslovenia 			√	√
España 			√	√
Estonia 	√	√	√	√
Finlandia 	√	√	√	√
Francia 	√	√	√	√
Grecia 			√	√
Hungría 	√	√	√	√
Irlanda 	√	√	√	√
Italia 			√	√
Letonia 	√	√	√	√
Lituania 			√	√
Luxemburgo 	√	√	√	√
Malta 	√	√	√	√
Países Bajos 			√	√
Polonia 			√	√
Portugal 	√	√	√	√
Reino Unido 			√	√
Rep. Checa 			√	√
Rumanía 			√	
Suecia 	√	√	√	√

Fuente: *Financing Health Care in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies

Tabla 2

Ejemplo de gastos compartidos en el sistema sanitario francés y límites establecidos

Hospitalización	20% de co-seguro, copago de 16€/día con un máximo de pago de 30 días
Ambulatorio	30% de co-seguro, copago de 1€ por consulta, con un máximo de 50€/año
Servicios paramédicos	0,50€ por tratamiento (no más de 2€/día ni 50€/año)
Intervenciones médicas severas	Copago de 18€ cuando exceden de 91€
Medicamentos recetados	35% de co-seguro, variable según tipología
Servicios dentales	30% de co-seguro
Servicios de transporte	35% de co-seguro, con copago de 2€/viaje (máx. 2 viajes/día y 50€/año)
Oftalmología, ortopedia y audífonos	35% de co-seguro
Servicio de laboratorio	40% de co-seguro, con copago de 1€

Fuente: "Cost Sharing for Health Care: France, Germany and Switzerland"- The Henry J. Kaiser Family Foundation, Enero 2009

Pero por encima de toda consideración de tipo técnico, requiere un pacto político y un impulso decidido desde la Administración General del Estado, que ejerza también de coordinadora para mantener la cohesión y la equidad entre Comunidades Autónomas.

Inversión en salud pública

La inversión en campañas de prevención es una herramienta eficaz para reducir la incidencia de enfermedades agudas y crónicas, así como la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones de estas últimas. Campañas efectivas de vacunación, así como iniciativas para el fomento de hábitos de vida saludables, centradas en

combatir el sedentarismo, una alimentación inadecuada, el tabaquismo o el consumo excesivo del alcohol, redundan en una población más sana y, por lo tanto, con menor necesidad de recurrir al sistema sanitario.

Las campañas de prevención y diagnóstico precoz de determinadas patologías también han demostrado su coste-efectividad en numerosos contextos, sobre todo cuando se enfocan en los principales grupos de riesgo.

En este ámbito resulta importante facilitar el acceso a la medicina personalizada y, selectivamente, a diagnósticos preventivos y predictivos, ya que pueden aportar enormes ventajas económicas y



La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable

de eficacia clínica.

Finalmente, una forma más ambiciosa de fomentar las iniciativas de prevención desde la administración pagadora es la implantación de esquemas de financiación de base capítativa en vez de estrictamente por acto médico, de modo que el gestor de la prestación encuentre incentivos para promover la salud preventiva.

Mayor implicación del paciente en el sistema sanitario

Adicionalmente, la gestión adecuada de la demanda requiere reforzar la educación sanitaria de los pacientes, especialmente de los que tienen enfermedades crónicas, para que “conozcan” su enfermedad, aprendan cómo tratarla y adquieran conductas que permitan minimizar los problemas de salud. En este sentido es importante, por ejemplo, que un paciente diabético sea formado en cómo y cuándo medir sus niveles de glucosa, que sepa cómo su dieta influye en su enfermedad, y que sepa reconocer los síntomas de hipoglucemia. Para ello es necesario, por ejemplo, que reciba información comprensible de médicos y enfermeros y que tenga acceso a publicaciones escritas en lenguaje asequible.

El paciente también debe entender que las prestaciones sanitarias implican un coste, aunque no lo tenga que abonar directamente. Una técnica de concienciación, que ya se ha aplicado selectivamente en Cataluña y cuya implantación se anuncia en Andalucía para finales de 2011, es la entrega al paciente de una factura pro forma tras los tratamientos recibidos, de modo que conozca el coste de las prestaciones y reflexione sobre la necesidad de hacer un buen uso de los recursos sanitarios.

Finalmente, debería plantearse la introducción de un “contrato social” que condicione ciertas prestaciones a comportamientos responsables por parte del paciente, como por ejemplo, la deshabituación tabáquica por parte de los enfermos de EPOC⁽²⁵⁾ para poder recibir tratamiento farmacológico y terapias respiratorias.

3.2. Integración de cuidados de salud y traslado de demanda/recursos a atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria

El mundo desarrollado sufre las rigideces de sistemas sanitarios diseñados para el tratamiento de agudos cuando, en realidad, su base actual de pacientes presenta una necesidad cada vez mayor de cuidados crónicos.

No adaptarse a esta evolución en la naturaleza de las necesidades sanitarias tiene un coste concreto, ya que en España el coste diario de hospitalización en un centro de agudos es el doble del de un hospital de larga estancia, 3,7 veces el coste de una residencia pública y 11 veces el coste de la atención domiciliaria⁽²⁶⁾. Se impone, por lo tanto, la integración de los cuidados prestados desde los distintos niveles asistenciales, acompañada de un traslado de la demanda y los recursos desde la atención hospitalaria y especializada hacia la atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria.

El primer nivel de integración se suele realizar en el ámbito de las responsabilidades de los profesionales sanitarios. Australia, el Reino Unido y los países escandinavos han utilizado la “metodología colaborativa”, formando a los médicos de familia en un papel de moduladores del comportamiento del paciente crónico dentro del sistema sanitario. Hay países que han decidido adicionalmente reducir las diferencias o barreras entre los profesionales médicos y de enfermería. El Reino Unido, los Países Bajos, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda han establecido la figura de “enfermera practicante”, que asume responsabilidades como la prescripción de medicamentos bajo ciertas condiciones o la administración de determinados tratamientos. Varios países europeos ya han introducido figuras tales como la “enfermera de enlace” o el “gestor del caso”, que ayudan en la coordinación de las actividades sanitarias para pacientes con enfermedades crónicas y polimedicados de tratamiento complejo⁽²⁷⁾.

Existen modelos que contemplan mayores niveles de integración. En Alemania, por ejemplo, se promueve un cuidado integrado, con especial foco en

La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable



los pacientes crónicos, a través de los Programas de Gestión de Enfermedades, sistemas basados en el médico de familia como puerta de entrada al sistema, contratos de cuidado integral o policlínicas médicas. Francia, por su parte, estableció en 1996 mecanismos para mejorar la interacción entre la atención ambulatoria y hospitalaria, llegando a acuerdos que contemplan unidades móviles de diálisis, instalaciones de salud mental o instalaciones de atención de pacientes afectados de cáncer y SIDA.

La conveniencia de estas medidas basadas en reformas estructurales es ampliamente aceptada también en nuestro país. ¿Por qué son tan difíciles de implantar? Además de la voluntad política de llevarlas a cabo y del liderazgo para impulsarlas, es necesaria una implicación profunda de los profesionales, para que éstos sean los verdaderos catalizadores del cambio. Por esta razón tiene una importancia extraordinaria avanzar en la autonomía de gestión de los centros y de sus profesionales, y alinear los incentivos de éstos para hacerlos coherentes con las medidas a adoptar.

Para avanzar en esta dirección, A.T. Kearney recomienda actuaciones en torno a cinco ejes:

- Gestión del caso para enfermedades crónicas;
- Refuerzo de la capacidad resolutive de la atención primaria;
- Refuerzo de la asistencia domiciliaria;
- Alineamiento de incentivos de organizaciones y profesionales entre niveles de atención; y
- Traslado de recursos de hospitales de agudos a unidades de proximidad de alta resolución y a unidades de media y larga estancia.

Gestión del caso para enfermedades crónicas

La gestión del caso es crítica para proporcionar una atención integral a las necesidades del paciente

crónico, asegurando un uso eficiente de los recursos sanitarios e implicándole en sus propios cuidados —lo que puede traducirse en una mayor adherencia al tratamiento, una reducción del número y gravedad de las exacerbaciones y, en definitiva, una mejor calidad de vida—.

En este sentido, recomendamos crear equipos de enfermeros especializados en la supervisión de pacientes crónicos de elevado riesgo (típicamente pacientes con múltiples patologías). Así mismo, debe avanzarse por el camino de la incorporación de nuevos servicios de telemonitorización y teleasistencia para la atención a enfermos crónicos, como se explica en más detalle en el apartado 3.4.

Refuerzo de la capacidad resolutive de la atención primaria

Muchos pacientes acaban siendo derivados a la atención especializada para el diagnóstico y tratamiento de patologías que se presentan con cierta frecuencia en las consultas médicas. Una adecuación de los protocolos clínicos, acompañada de la formación y los incentivos adecuados, permitiría una mayor resolución de estos casos en los propios centros de atención primaria. Para ello, también deben ponerse a disposición de estos centros los

Las reformas estructurales no sólo requieren voluntad política y liderazgo para impulsarlas. Tiene gran importancia avanzar en la autonomía de gestión de los centros sanitarios y en la implicación de sus profesionales.



La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable

medios de diagnóstico apropiados, partiendo de los protocolos clínicos definidos.

Refuerzo de la asistencia domiciliaria

La atención hospitalaria conlleva unos costes en los que no tiene sentido incurrir frente a otras opciones mucho más económicas y más cómodas para el paciente, como la asistencia en su propio domicilio, sin desarraigarle de su entorno familiar ni exponerle innecesariamente a riesgos de infecciones.

Para que esto sea posible, será necesario:

- Diseñar o redefinir protocolos clínicos que transfieran la gestión de pacientes de la atención especializada a su domicilio, derivando el personal correspondiente a la atención domiciliaria;
- Asegurar una estrecha coordinación entre la asistencia sanitaria y la atención social a domicilio;
- Profundizar en el desarrollo de la medicina paliativa; y
- Procedimentar el análisis coste-beneficio de la atención domiciliaria.

Alineamiento de incentivos de organizaciones y profesionales entre niveles de atención

Conseguir que el sistema en su conjunto proporcione la atención que necesita el ciudadano de la manera más coste-efectiva requiere que los incentivos —tanto los de los distintos niveles asistenciales tomados como organización como los de los profesionales que los integran— estén alineados en torno al mismo fin. Con este objeto, conviene adoptar una serie de medidas, entre ellas:

- Definir objetivos sanitarios a nivel de área de salud, centro y equipo;
- Definir modelos de gestión que otorguen mayor autonomía a los profesionales, fomentando la co-responsabilización sobre los resultados;

- Plantear un componente de retribución variable en función de los resultados obtenidos;
- Introducir mecanismos de competencia entre centros de salud del mismo nivel asistencial, así como de cooperación entre los distintos niveles; y
- Proporcionar información al paciente sobre el desempeño de los centros proveedores de servicios sanitarios (hospitales, centros de atención primaria, etc.) y de sus profesionales con objeto de facilitar su elección.

Traslado de recursos de hospitales de agudos a unidades de proximidad de alta resolución y a unidades de media y larga estancia

La puesta en marcha de las líneas de actuación reseñadas con anterioridad, junto con las crecientes necesidades socio-sanitarias derivadas del envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades, aconseja el traslado de recursos de hospitales de agudos a unidades de proximidad de alta resolución y a unidades de media y larga estancia.

Con el fin de asegurar una adecuada utilización de estas unidades, será preciso establecer protocolos claros para derivar pacientes de hospitales de agudos a los nuevos centros.

3.3. Optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial

Ya hemos dicho que el SNS en su globalidad es un sistema sanitario de calidad y relativamente eficiente, lo cual no es obstáculo para que puedan buscarse mejoras de calidad y eficiencia en los distintos niveles asistenciales. Al igual que en muchos ámbitos públicos o privados, existe margen de mejora en la gestión de los equipos y en la coordinación de las actividades sanitarias. Primero, en la incorporación de mecanismos orientados a incrementar la productividad de los profesionales sanitarios. Segundo, en la propia gestión de los procesos asistenciales. Y por último, en el establecimiento de una sistemática en el análisis de la utilización de recursos sanitarios, de manera que se aborde el equilibrio entre su eficacia y su coste.

La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable



Transformación del modelo de gestión de personal sanitario

Para mejorar la eficiencia se deben introducir mecanismos de competencia y mercado en la prestación pública. Incluso los profesionales sanitarios funcionan en base a incentivos y la introducción, tanto a nivel individual como a nivel de centro, de un modelo de retribución que realmente refleje la productividad ayudará a mejorar la productividad de la organización. En justa correspondencia con este mayor nivel de exigencia, debe existir un modelo adecuado y transparente de plan de carrera y de profesionalización de la jerarquía sanitaria.

Así, A.T. Kearney recomienda las siguientes medidas:

- Flexibilización de los mecanismos de contratación y cese del personal sanitario;
- Introducción de remuneración variable, en función del cumplimiento de objetivos y de mecanismos que permitan combatir el absentismo laboral; y
- Refuerzo de los planes de formación para lograr una mayor flexibilidad del puesto de trabajo.

Un sistema de este tipo requerirá sin duda una transformación cultural importante, tanto en los médicos como en los gestores y las comunidades sanitarias, ya que exigirá cambios normativos, presupuestarios y en el modelo de atención.

Mejora de la gestión de procesos asistenciales

Las patologías y condicionantes de cada paciente presentan una elevada variabilidad, y los profesionales sanitarios deben contar con la autonomía suficiente para adaptar la praxis médica a cada situación concreta. A pesar de ello, existe recorrido para homogeneizar procesos asistenciales y, de esta forma, optimizar la utilización de los recursos existentes a través de las siguientes medidas:

Revisión de los procesos asistenciales y definición de protocolos clínicos orientados a reducir la variabilidad de tratamientos y sus respectivos costes;

- Profundización en el empleo de la tecnología como medio de optimización de la calidad y eficiencia, no como un fin en sí misma; e
- Introducción de instrumentos transparentes y comprobados de análisis coste-beneficio.

Establecimiento de una sistemática en el análisis de la utilización de recursos sanitarios

Las agencias evaluadoras pueden desempeñar un papel de apoyo a la toma de decisiones por parte del regulador, por ejemplo en la definición del catálogo básico de prestaciones, la elaboración de la lista de medicamentos reembolsables o la formulación de recomendaciones sobre el cálculo de precios, asegurando la eficacia de su aplicación. Una mayor profesionalización e independencia de las agencias de evaluación ayuda a contener el gasto superfluo y establece directrices para la toma de decisiones cuando es necesario incorporar el aspecto financiero.

El National Health Service británico instauró el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en 2004 con objeto de ayudar a las personas a tomar decisiones más informadas y coherentes acerca de su salud. La promoción de la salud pública y de hábitos de vida sanos, así como el establecimiento de directrices sanitarias claras, figuran entre los primeros objetivos de la agencia. El establecimiento de un instituto de naturaleza similar al NICE británico ayudaría a sistematizar enfoques dispersos y a establecer directrices de actuación claras en la sanidad española.

A la hora de establecer una agencia de este tipo, es importante tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Primero, que el análisis coste-beneficio es necesario, pero no debe convertirse en un instrumento que frene el progreso terapéutico;



La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable

- Segundo, que las competencias de la agencia deben extenderse a todo el territorio del Estado; y
- Por último, que conviene evitar la multiplicación de agencias de este tipo para asegurar la homogeneidad de criterios y evitar complejidades innecesarias.

3.4. Utilización de la tecnología como habilitadora del proceso de transformación (eHealth)

Mediado el primer semestre de 2011, puede afirmarse que la informatización de la gestión hospitalaria en el SNS está avanzando. La progresiva implantación del historial clínico electrónico y la informatización de los hospitales y centros de salud han mejorado el acceso a la información por parte de los profesionales sanitarios y, con ello, la eficiencia y la calidad de la atención.

Por otro lado, la receta electrónica está aumentando su penetración y ya se utiliza en el 40% de los centros de salud y en el 42% de las farmacias españolas donde se pueden dispensar medicamentos electrónicamente⁽²⁸⁾. El MSPSI estima que la extensión de la receta electrónica puede ayudar a reducir de forma significativa el número de consultas y los tiempos de cumplimentación de recetas.

Si bien existe margen de mayor, y mejor, utilización de la tecnología para incrementar la eficiencia de la gestión sanitaria, puede afirmarse que ese camino ya ha sido iniciado por parte de las

instituciones y ahora queda esperar a la progresiva adopción por parte de los profesionales. En cualquier caso, existen áreas adicionales, no exploradas, que pueden aportar beneficios tangibles y apoyar la sostenibilidad del sistema sanitario, que giran en torno a la monitorización continua y el telediagnóstico, la mejora de la comunicación médico-paciente y la optimización de los procesos en la prestación.

Los pacientes con escasa movilidad y los enfermos mayores con patologías crónicas son los que tienen mayor necesidad de diagnóstico y monitorización remotos. Primero, porque son más frecuentes los transportes del enfermo al centro hospitalario y, por tanto, es mayor el potencial ahorro. Segundo, porque los problemas que sufren son habitualmente de fácil diagnóstico una vez conocido el historial médico del paciente. Y tercero, porque para personas de edad avanzada se vuelve más crítica la monitorización de determinados parámetros clínicos en tiempo real. La monitorización continua puede ayudar además en la administración de medicamentos y a su consumo de forma responsable.

La utilización de medios de comunicación no presenciales como el canal telefónico, el correo electrónico o aplicaciones web puede permitir reducir costes y mejorar incluso el nivel de atención, gracias a la disminución del número efectivo de visitas al centro de salud y a la reducción del tiempo de espera para ser atendido.

Por último, la industrialización de los procesos de atención —más allá de la gestión de citas y colas—

Tanto los **gestores** como las **empresas privadas** que operan en el sector **necesitan reglas claras** para la toma de decisiones. Cuando a la complejidad regulatoria se le une un alto grado de incertidumbre, las **decisiones de inversión son cada vez más difíciles**.

La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable



Tabla 3

Medidas para la estabilidad del sector

Marco estable de funciones y responsabilidades	<ul style="list-style-type: none">• Clarificación de las competencias de la Administración General del Estado y las autonómicas• Elaboración de acuerdos de estabilidad para el largo plazo
Marco estable de políticas sanitarias	<ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de un marco estable y duradero de políticas relacionadas con la asistencia sanitaria, así como de políticas de tratamiento farmacológico
Incremento de la cooperación entre Comunidades Autónomas	<ul style="list-style-type: none">• Captura de economías de escala mediante la reducción de redundancias entre territorios limítrofes, manteniendo la autonomía de gestión de la prestación de cuidados de salud• Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación entre los diferentes sistemas sanitarios y con la Administración Central a través del Consejo Interterritorial

Fuente: A.T. Kearney

como la aplicación de dispositivos de identificación por radiofrecuencia a los pacientes entrantes o la creación de repositorios de información para compartir historias clínicas y pruebas diagnósticas, puede ayudar a mejorar tanto la calidad de la atención como la productividad de la actividad asistencial.

3.5. Modelo de gobierno estable para el sector de la salud

Tanto los gestores sanitarios como el personal sanitario y las empresas privadas que operan en el sector necesitan reglas claras en un horizonte de medio plazo para la toma de decisiones. Cuando a la complejidad regulatoria se le une un alto grado de incertidumbre, las decisiones de inversión son cada vez más difíciles. El SNS debe establecer un marco estable de funciones, responsabilidades y políticas para el medio y largo plazo. Adicionalmente, y sin menoscabo de la calidad y proximidad de la prestación, las Comunidades Autónomas deben trabajar de forma conjunta para

reducir redundancias y materializar economías de escala.

En este sentido, proponemos las medidas recogidas en la Tabla 3.

El Reino Unido cuenta con antecedentes en el establecimiento de un marco estable. En el país británico, los sectores público y privado han unido sus esfuerzos en una denominada “Estrategia de Liderazgo a Largo Plazo” (LTLS, por sus siglas en inglés), bajo cuyo paraguas se celebran sesiones de trabajo y en la que se implica una amplia gama de actores relacionados con el sistema de salud: ministros de Sanidad, Comercio y Hacienda; consejeros delegados internacionales o europeos de compañías farmacéuticas; responsables de Autoridades Sanitarias regionales; y representantes de asociaciones patronales del sector. En el marco de la LTLS, Administraciones e Industria colaboran en el ámbito nacional, regional y local a favor del paciente⁽²⁹⁾.



La búsqueda de eficiencias es un deber inexcusable

Recuadro 3: Cinco palancas para la mejor utilización de los recursos sanitarios

Este año celebramos dos importantes hitos para la historia de nuestro modelo de bienestar: el primero es el 25º aniversario de la Ley General de Sanidad, que definió y diseñó nuestro SNS; el segundo es el Informe Abril, que cumple ahora 20 años y que constituye la primera reflexión sobre la gestión de nuestro modelo y la necesidad de incorporar reformas para asegurar su sostenibilidad a largo plazo.

Mientras caminábamos en esa dirección han surgido pequeñas brechas que han ido resquebrajando nuestro sólido sistema de salud. El modelo actual carece de la flexibilidad y de los modelos de incentivos necesarios para que todos los agentes (gestores, profesionales sanitarios y pacientes) se adapten a los nuevos retos asistenciales.

En el contexto descrito, urge buscar e implantar soluciones que garanticen la continuidad de la

cobertura sanitaria universal, en los términos de calidad y equidad que ha venido mostrando históricamente el SNS.

Desde A.T. Kearney, hemos propuesto en el presente capítulo una serie de iniciativas para invertir mejor los recursos que tenemos disponibles en la actualidad. No obstante entendemos que si los españoles queremos mantener los estándares actuales de nuestro SNS, no es suficiente pensar en la búsqueda de la eficiencia sino que debemos plantearnos la posibilidad de incrementar la dotación de recursos (públicos y privados) para el sistema sanitario y buscar fórmulas más adecuadas para su financiación, como así lo manifestamos en el Capítulo 4.

Las iniciativas propuestas para la mejora de la utilización de recursos sanitarios pueden resumirse en la siguiente tabla:

<p>A Gestión de la demanda</p>	<p>B Integración de cuidados de salud y traslado de demanda y recursos a atención primaria, socio-sanitaria y domiciliaria</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Coparticipación directa en el pago de la prestación • Inversión en salud pública • Mayor implicación del paciente en el sistema sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del caso para enfermedades crónicas • Refuerzo de la capacidad resolutoria de atención primaria • Refuerzo de la asistencia domiciliaria • Alineamiento de incentivos de organizaciones y profesionales entre niveles de atención • Traslado de recursos de hospitales de agudos a unidades de proximidad de alta resolución y a unidades de media y larga estancia
<p>C Optimización de la calidad y eficiencia de cada nivel asistencial</p>	<p>D Utilización de la tecnología como habilitadora del proceso de transformación (eHealth)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Transformación del modelo de gestión del personal sanitario • Mejora de la gestión de procesos asistenciales • Establecimiento de una sistemática en el análisis de la utilización de recursos sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización continua y telediagnóstico • Mejora de la comunicación médico-paciente • Optimización de los procesos en la prestación
<p>E Creación de un modelo de gobierno estable para el sector de la salud</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Marco estable de funciones y responsabilidades • Marco estable de políticas sanitarias • Incremento de la cooperación entre las Comunidades Autónomas 	



**Por una
financiación
racional y
suficiente que
garantice el
sistema**



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema



El Gobierno de España, a través del Programa de Estabilidad 2009-2013, ha establecido unos objetivos ambiciosos de reducción del déficit del conjunto de las Administraciones Públicas que establecen el déficit anual en el 3% del PIB en 2013.

Para alcanzar estos objetivos, y para satisfacer también una presión creciente por parte de los acreedores en los mercados internacionales que reclaman medidas urgentes en relación con el riesgo de la deuda soberana, España está viéndose obligada a acometer medidas de contención del gasto público que moderen los niveles de endeudamiento.

Desde mediados de 2010, esa prioridad se ha trasladado de forma permanente a una opinión pública que asiste expectante aunque resignada a las amenazas de recortes en las diversas prestaciones sociales.

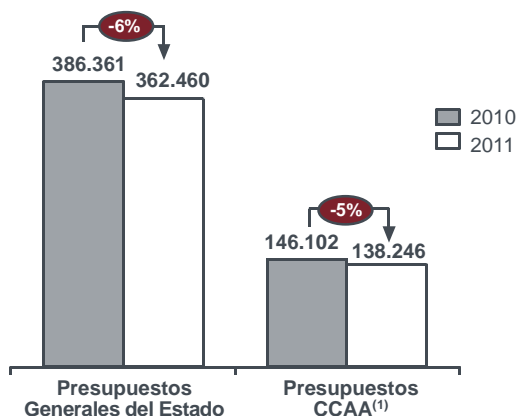
La realidad de los presupuestos para el ejercicio 2011 ha superado las previsiones más pesimistas, con unos recortes que superan el objetivo del 1% fijado en la última actualización del Programa de Estabilidad. De hecho, la reducción total de los Presupuestos Generales del Estado (PGE) ha sido cercana a los 24 mil millones de euros, lo que equivale a un descenso del 6% (Figura 9).

Las partidas de desempleo y de servicio de la deuda de los PGE han experimentado incrementos del 55% y del 60% respectivamente desde 2009, y esto está añadiendo presión adicional al resto de partidas presupuestarias.

En el ámbito autonómico, esta presión se une a las limitaciones al endeudamiento y a la caída de la recaudación, lo que ha llevado a las administraciones autonómicas a aprobar reducciones del gasto en línea con los PGE

Figura 9

Reducción de presupuestos públicos en 2011 vs. 2010 (M€)



Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Presupuestos Generales del Estado y Proyectos de Presupuestos autonómicos para 2011

⁽¹⁾ No incluye las cifras de Cataluña y Baleares, no presentadas a 1 de abril de 2011



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

(-5%). La sanidad —partida prioritaria para las administraciones autonómicas— está siendo impactada por las reducciones presupuestarias en 2011, alcanzando incluso cifras de reducción superiores al 10% (Figura 10 y Figura 11). Al ser la principal partida de gasto, es donde las reducciones presupuestarias consiguen un mayor impacto final, pero también es la que afecta al ciudadano de forma más directa.

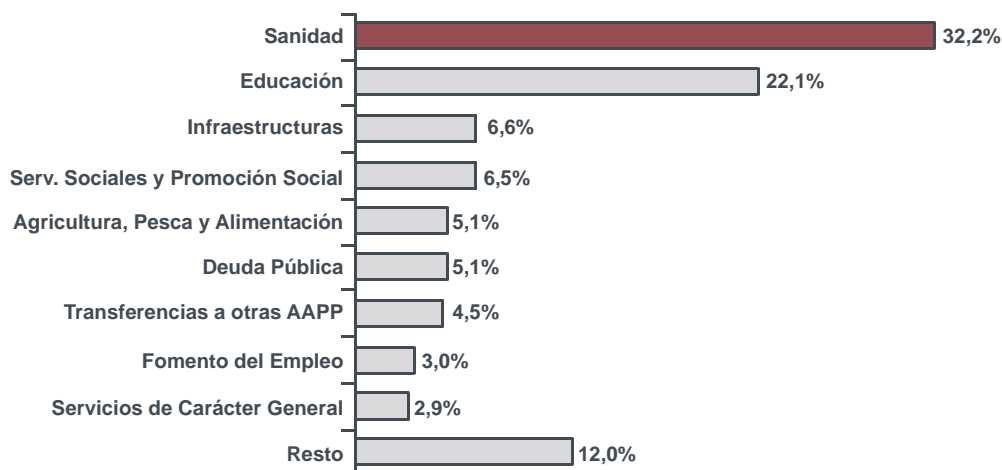
Además, la sanidad española tiene un déficit, no registrado, que se estimaba entre 10 y 15 mil millones de euros en el primer trimestre de 2011. Este déficit, como comentábamos en el Capítulo 2, es el resultado de un desajuste sistemático entre el presupuesto sanitario y la realidad del gasto: se gasta más de lo que se presupuesta y se transfiere a las Comunidades Autónomas menos de lo que se necesita.

Esta situación no se solucionará sola sino todo lo contrario puesto que la capacidad de financiación de las Administraciones Públicas es proporcional al nivel de actividad económica del país, y las previsiones de crecimiento económico para España no son excesivamente optimistas. El FMI prevé tasas de crecimiento nominal inferiores al 4% hasta por lo menos 2016 (Figura 12) y, como se ha visto anteriormente, es previsible que las necesidades sanitarias sigan exigiendo aumentos mínimos de gasto público del 4% anual.

Los retos que tiene por delante el SNS para garantizar la solidez de sus fundamentos en los próximos años requieren una reflexión de toda la sociedad española. Por un lado, las medidas de eficiencia, con ser necesarias, difícilmente serán suficientes para generar los ahorros que se requieren a corto plazo para poder cuadrar los recursos económicos disponibles con la demanda

Figura 10

Peso de la sanidad en los presupuestos autonómicos (%)



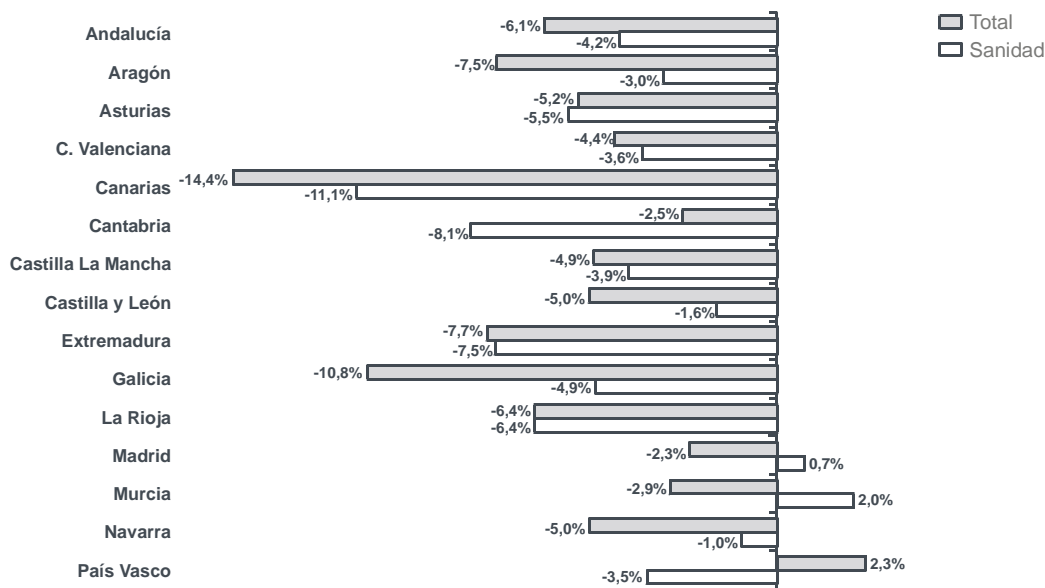
Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda.
Presupuestos CCAA 2010

Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema



Figura 11

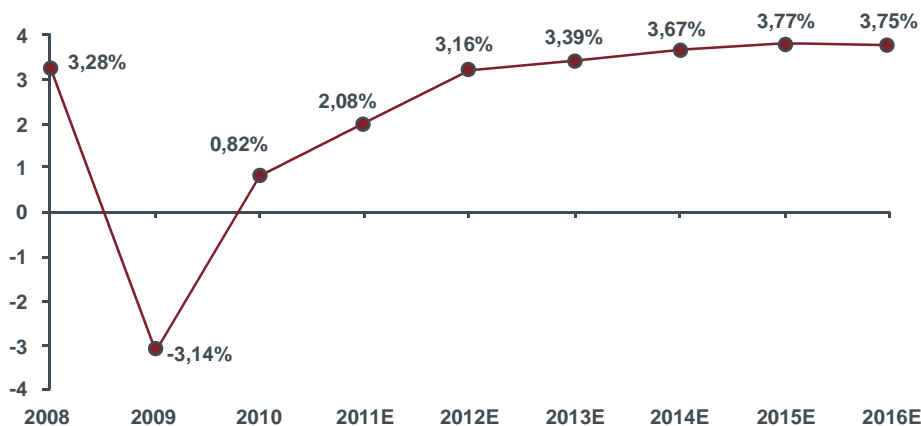
Evolución de los presupuestos autonómicos 2010-2011 (%)



Fuente: Presupuestos Generales de CCAA. MEH. A finales de marzo de 2011, ni Cataluña ni Baleares había presentado presupuestos oficiales para el ejercicio

Figura 12

Previsiones de evolución del PIB (% , euros corrientes)



Fuente: Fondo Monetario Internacional, *World Economic Outlook* (Abril 2011)



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

previsible de servicios sanitarios. Por otro lado, disponemos de un sistema sanitario al que, con razón, nos cuesta renunciar. ¿Cómo se puede cuadrar este círculo?

4.1. Invertir mejor es necesario pero no es suficiente

Si queremos mantener los niveles de prestación sanitaria que la población española ha venido disfrutando hasta la fecha, las mejoras de eficiencia por sí solas no bastarán para resolver los problemas de sostenibilidad del SNS. Realizamos esta afirmación basándonos en cuatro fundamentos:

- Primero, que el gasto público real lleva creciendo a un ritmo sostenido desde 2002, por lo que arrastra una inercia difícil de revertir en el corto plazo, fruto del crecimiento de las necesidades en salud y de la autonomía de actuación de los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus atribuciones clínicas;
- Segundo, que la experiencia de otros países demuestra que, a pesar de haber acometido programas agresivos de transformación y de contención del gasto sanitario, de momento sólo han conseguido ralentizar la evolución al alza del gasto per cápita, ya que los resultados de estas medidas no se capturan en el corto plazo;
- Tercero, que aunque existen bolsas de valor a capturar, en términos generales el sistema español ya es eficiente en términos relativos en comparación con otros sistemas de salud a nivel mundial u otros sectores de actividad en España; y
- Por último, que el impacto de las actuales medidas de contención del gasto a través de recortes en precio y limitaciones de acceso —y más si son precipitadas— resulta imposible de evaluar en el largo plazo.

Desarrollamos en los apartados siguientes los dos primeros puntos expuestos.

Inercia del crecimiento del gasto

El gasto público en sanidad tiene un largo historial de crecimiento sostenido, al margen de las partidas efectivamente asignadas en los presupuestos. La abultada deuda acumulada por los distintos elementos del SNS, citada antes en este informe, es testimonio de la falta de eficacia histórica de los presupuestos públicos como herramienta de gestión de recursos.

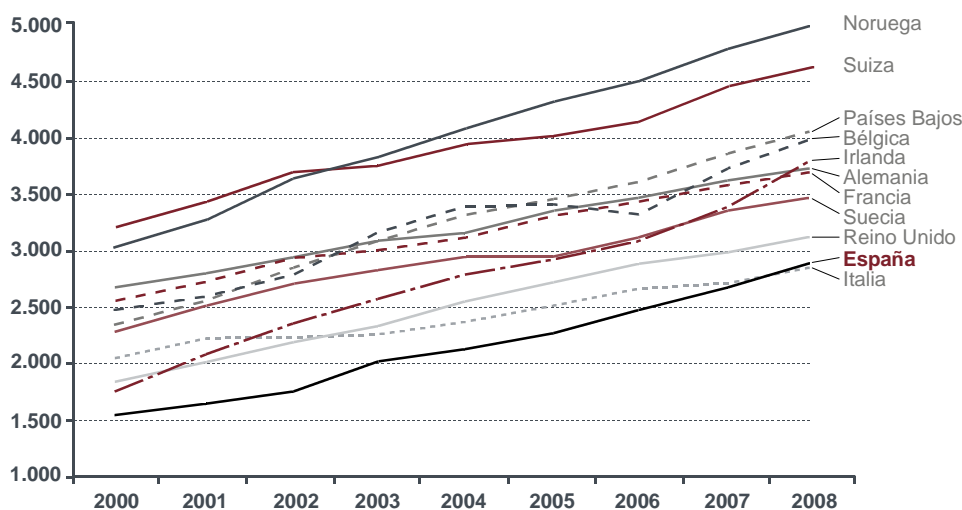
Por un lado, las necesidades en salud siguen creciendo fruto del envejecimiento de la población, los cambios en el estilo de vida propios de la vida urbana, la mayor exigencia de la población derivada del desarrollo socio-económico del país, y la incorporación de los avances que ofrecen las nuevas tecnologías médicas.

Por otro lado, son los profesionales sanitarios, y en particular los facultativos, quienes toman gran parte de las decisiones sobre pruebas médicas, tratamientos e ingresos hospitalarios, lo que les

Ningún país de nuestro entorno ha logrado invertir la tendencia alcista del gasto sanitario per cápita, a pesar de que muchos de ellos han emprendido programas agresivos de transformación y de contención de costes.

Figura 13

Evolución del gasto sanitario total per cápita (USD, ajustados por el poder adquisitivo)



Fuente: OECD Health Data 2010

convierte en elementos clave para controlar el gasto. Directrices emitidas por las autoridades sanitarias difícilmente podrán modificar en el corto plazo unas prácticas sanitarias establecidas y embebidas en la forma de trabajar de los profesionales.

Impacto limitado de los programas de transformación

Los cambios estructurales, que son aquellos que tienen un impacto de calado en la estructura de costes del SNS, requieren una inversión inicial y no suelen presentar resultados significativos en el corto plazo.

Ningún país importante de nuestro entorno ha logrado invertir la tendencia alcista del gasto sanitario per cápita (Figura 13), a pesar de que muchos de ellos han emprendido programas agresivos de transformación y de contención de costes.

Uno de los sistemas nacionales de salud que más esfuerzo ha realizado en la contención del gasto sanitario ha sido el National Health Service (NHS) británico, que desde 2002 ha incorporado cambios estructurales de forma continua que abarcan desde la retribución en función de resultados hasta la reorganización de la estructura de la atención primaria y la creación de comisiones de calidad, asesoría al paciente y servicios de enlace, entre otros. Incluso después de estos ambiciosos esfuerzos, el gasto sanitario per cápita en el Reino Unido creció un 6,9% anual entre 2002 y 2008, pasando de 1.837 a 3.129 dólares⁽³⁰⁾.

Por lo tanto, para asegurar una financiación racional y suficiente que garantice el sistema A.T. Kearney propone —además de las iniciativas de mejora de eficiencia explicitadas en el Capítulo 3, que son fundamentales pero no suficientes— que se actúe para convertir el presupuesto sanitario en una herramienta de gestión, resolviendo en primer lugar el déficit histórico acumulado, presupuestando



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

en el futuro de forma adecuada y estableciendo los mecanismos para evitar que se produzcan desviaciones presupuestarias recurrentes. Para ello, será necesario:

- Priorizar la sanidad frente al resto de partidas, reasignando presupuesto tanto en el ámbito estatal como el autonómico;
- Asegurar una financiación autonómica que garantice los recursos necesarios para la sanidad; e
- Incrementar la recaudación, tanto en términos de ingresos públicos como privados.

4.2 Convertir el presupuesto sanitario en una herramienta de gestión

La financiación insuficiente del SNS es un problema crónico que ha llevado a un déficit acumulado superior al 1% del PIB. Arrancamos, pues, desde una posición de desventaja en la carrera hacia un futuro sostenible en el que los recursos asignados a la sanidad deben alcanzar para cubrir el gasto real. Por añadidura, los gestores políticos parecen haberse resignado cada año a que nos alejemos un poquito más de la línea de meta, conformándose con que el corredor no caiga exangüe antes de llegar al final.

Esto no puede continuar. Es urgente abordar un plan para resolver el problema de financiación del SNS que permita que los presupuestos no se conviertan en papel mojado y que, además, sea capaz de sufragar un crecimiento del gasto acorde con las necesidades reales de la población.

Es evidente que el origen del problema se encuentra en gran medida en la desconexión entre la generación de los recursos y la aplicación del gasto, pero por responsabilidad debe solucionarse de forma coordinada entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. En este sentido, A.T. Kearney recomienda abordar la solución del problema en tres partes:

- Precisar y corregir el déficit acumulado;
- Presupuestar de forma adecuada; y
- Establecer los mecanismos para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes.

Precisar y corregir el déficit acumulado

La resolución del problema plantea un dilema acerca de la responsabilidad sobre el déficit: ¿Debe asumirlo la Administración General del Estado porque es fruto de una infrafinanciación histórica? ¿O debe, por el contrario, asumirlo la Administración regional por ser un problema de gestión de los recursos disponibles? Ante esta disyuntiva de difícil solución, lo que se impone es establecer un pacto entre las Administraciones central y autonómicas para asumir entre todas la deuda sanitaria. Al igual que se está haciendo en España con el sector financiero, donde se ha establecido un Fondo de Reestructuración Ordenada Bancaria (FROB) para el rescate de entidades con problemas, deberá realizarse una inversión inicial para asegurar que el SNS está limpio de deudas y listo para operar de forma ordenada. El ajuste de las partidas de fondos necesarias deberá partir de la Administración General del Estado, pero requerirá tener implantados los mecanismos necesarios para evitar que vuelva a suceder lo mismo en el futuro, así como mayores exigencias de contención a las Comunidades Autónomas.

Presupuestar de forma adecuada

Es necesario adaptar los presupuestos autonómicos y su financiación al gasto real esperado, siendo realistas en cuanto a las necesidades sanitarias de la población, e incorporando también el impacto de los planes —estructurados— de optimización en la utilización de los recursos.

Establecer los mecanismos para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes

Más allá de los organismos públicos como la

Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema



Intervención General del Estado, debe exigirse responsabilidad política por el incumplimiento de los presupuestos y dotar de recursos a las Administraciones para garantizar que los análisis de gasto real son transparentes y están disponibles en tiempo y forma. Con esto el presupuesto podrá, y deberá también, utilizarse como herramienta de gestión en los distintos ámbitos de responsabilidad (Comunidades Autónomas, provincias, áreas, zonas y centros de atención).

Es importante notar que la falta de control presupuestario no es una característica intrínseca a los sistemas descentralizados, como demuestra el modelo canadiense. Aquel país norteamericano, organizado en 13 áreas administrativas diferentes, tiene un modelo sanitario similar al español, con cobertura universal, un sistema altamente descentralizado y una elevada autonomía de gestión. La sanidad pública está financiada principalmente por impuestos, recaudados tanto en el ámbito provincial como el federal, siendo estos últimos parcialmente transferidos a posteriori a las provincias para el sostenimiento del sistema sanitario. Anualmente se valida si las actuaciones de las administraciones sanitarias regionales están de acuerdo con las directrices del sistema nacional de salud establecidas en el "Canada Health Act". Las transferencias de fondos a las regiones actúan de esta manera como la principal herramienta de gestión para corregir desviaciones de los territorios respecto de las directrices nacionales y así garantizar la cohesión del sistema⁽³¹⁾.

4.3. Buscar fórmulas de financiación adicional: de la priorización de la sanidad frente a otras partidas presupuestarias al incremento de la recaudación

Con crecimientos de la capacidad de financiación inferiores al ritmo de aumento de las necesidades de gasto sanitario, la brecha de financiación va a seguir existiendo en el futuro si no se actúa para allegar más recursos. Los planes de transformación estructural del SNS y las estrategias de gestión de la demanda expuestas en el Capítulo 3 no tendrán efecto hasta el medio o largo plazo y

puede que aun así sean insuficientes. Mientras tanto, será necesario buscar alternativas de financiación que permitan mantener la calidad y universalidad de la prestación.

Las alternativas para incrementar la financiación sanitaria pasan por:

- Priorizar la sanidad frente a otras partidas presupuestarias;
- Asegurar una financiación autonómica que garantice los recursos necesarios para la sanidad; e
- Incrementar la recaudación.

Priorizar la sanidad frente a otras partidas presupuestarias

En este contexto de demanda creciente y de limitaciones presupuestarias, lo primero es priorizar la sanidad frente a otras partidas presupuestarias. Como se ha explicado en capítulos anteriores, la salud es la base necesaria para el pleno ejercicio de muchas de las actividades inherentes a la condición humana, como el trabajo, la vida social

La Administración General del Estado **no debe reducir la capacidad de gestión descentralizada**, pero sí adoptar un **papel más activo en la evaluación del desempeño** de los diferentes sistemas regionales de salud.



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

o el disfrute del tiempo libre, y tiene por ello un carácter prioritario frente a otros gastos de las Administraciones Públicas. A corto plazo, pues, para intentar mantener la calidad y el acceso a la prestación, sólo cabe luchar por evitar que la sanidad pierda peso frente a otras partidas en una tarta de gasto público menguante.

A nuestro juicio, Sanidad debe tener prioridad creciente frente a otras partidas presupuestarias por cinco motivos principales, ya desarrollados anteriormente:

1. *La sanidad es una prioridad para los ciudadanos*, que son quienes financian el sistema: la sanidad es el servicio público que más justifica el pago de los impuestos (para el 42% de la población) quedando los demás servicios y prestaciones a considerable distancia⁽³²⁾. Además, la sanidad es uno de los servicios públicos mejor valorados por los ciudadanos: el 86,1% de los ellos valora la atención primaria como buena o muy buena, y el 82% hace lo propio con la atención especializada⁽³³⁾.
2. *El incremento de recursos es reflejo del aumento de necesidades asistenciales*. La población mayor de 65 años se duplicará en números absolutos entre 2009 y 2049, y la población mayor de 80 años se multiplicará por 2,5, siendo que el ciudadano mayor de 65 años tiene un gasto sanitario medio per cápita 2,2 veces superior a la media de la población.
3. *La inversión en sanidad aporta beneficios sociales*. Así lo demuestran diversos indicadores en los que España ocupa una posición de privilegio, con la mayor esperanza de vida de la OCDE, una reducida tasa de mortalidad infantil, un índice de muertes prematuras evitables por un sistema de salud sensiblemente inferior a la media de la OCDE (-18% para mujeres y -34% para hombres), o los elevados índices de supervivencia de cáncer y trasplantes.

4. *La sanidad española tiene ya una buena relación coste-beneficio frente a otros sistemas sanitarios y otros sectores de actividad*. El SNS español ha alcanzado los logros descritos anteriormente con un gasto sanitario per cápita (ajustado por la paridad del poder adquisitivo) en el rango bajo de los países desarrollados: un 21% inferior a Francia, un 20% inferior a Alemania y un 7% por debajo del Reino Unido. Medido como porcentaje del PIB, el gasto sanitario en España figura por debajo de la media de los países de la OCDE.

5. *La sanidad genera valor económico directo e indirecto*. El sector socio-sanitario ocupa a más de 1,3 millones de personas (6,3% de la población activa); es intensivo en la utilización de personal de alta cualificación; es una de las principales fuentes de inversión privada en I+D; contribuye con 6.200 millones de euros de ingresos fiscales; es una de las principales fuentes de exportación, alcanzando la exportación de medicamentos un valor de 8.200 millones de euros, el 4,4% del total, al que habría que agregar los 1.130 millones de euros que declara exportar la industria de tecnología sanitaria; genera actividad directa a empresas de servicios auxiliares y a constructoras de infraestructura hospitalaria; es habilitadora de otras industrias clave para el país como el turismo; e incrementa la productividad de todo el tejido empresarial gracias a su impacto sobre la salud de los trabajadores.

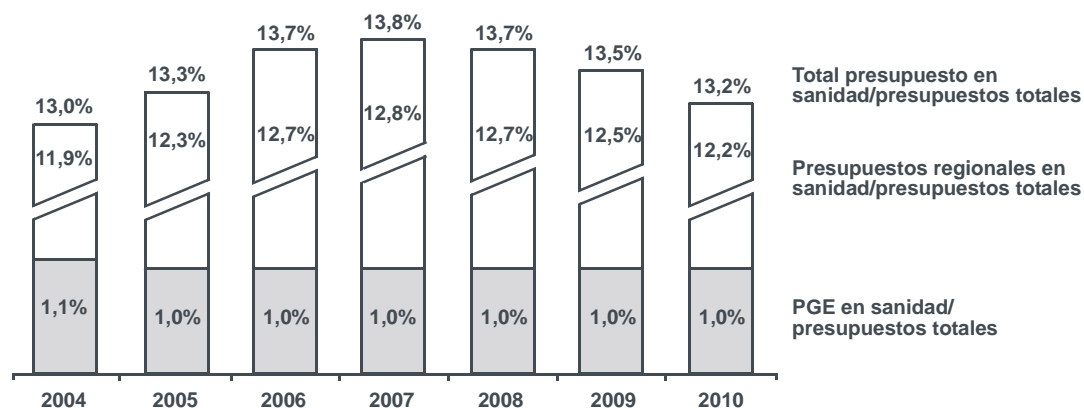
Al analizarse la composición de los PGE y de los presupuestos de las Comunidades Autónomas (excluyendo los presupuestos de las Diputaciones y de la Administración Local), se constata que sanidad representó en 2010 un 13,2% del total y que ha venido perdiendo peso relativo a las demás partidas presupuestarias desde 2007 (Figura 14), a pesar de los motivos antes enunciados que justifican una prioridad creciente en la asignación presupuestaria.

Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema



Figura 14

Evolución del presupuesto del Estado y autonómicos dedicado a sanidad (2004-2010)



Fuente: MEH. Libro Amarillo y Libro Blanco; Presupuestos autonómicos; Transferencias del Estado a otras Administraciones Públicas; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Análisis de A.T. Kearney.

Nota: Las cifras son netas de transferencias a otras Administraciones Públicas. No incluyen los presupuestos municipales ni los de las diputaciones provinciales

En este sentido el financiador público, tanto a nivel estatal como autonómico, debe replantearse la prioridad de la sanidad en la distribución del gasto público en línea con el retorno que produce.

La decisión en cuanto a qué partidas de gasto público (Figura 15) recortar para garantizar la sostenibilidad del SNS no es fácil ni política ni técnicamente, y en modo alguno puede realizarse sobre la base de análisis superficiales y sin una revisión meditada de las funciones del Estado y del retorno social y económico de la inversión pública por partida presupuestaria. El objetivo de este informe no es realizar este análisis, pero sí proponer que éste sea llevado a cabo de forma rigurosa por entidades política y sectorialmente lo más neutrales posible.

Asegurar una financiación autonómica de la sanidad que garantice los recursos necesarios

En el medio o largo plazo cabe plantearse el esquema de financiación autonómica de la sanidad. ¿Son suficientes los recursos destinados en la

actualidad? ¿Debe garantizar el Estado una dotación mínima a sanidad en cada Comunidad Autónoma? ¿Debe tener la financiación sanitaria carácter finalista?

A nuestro entender, la Administración General del Estado no debe reducir la capacidad de gestión descentralizada, sino garantizar la equidad del sistema y la optimización de las fuentes de financiación disponible. En este sentido, debe adoptar un papel más activo en la evaluación del desempeño de los diferentes sistemas regionales de salud.

Por ello no creemos realista plantearse una financiación finalista de la sanidad en el corto plazo, pero sí el establecimiento de objetivos sanitarios para cada Comunidad Autónoma y la utilización del presupuesto como incentivo a la introducción de prácticas de mejora del sistema sanitario, en línea con las prácticas federales canadienses.

En consecuencia, proponemos las siguientes



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

Recuadro 4: La sanidad, generadora de valor directo e indirecto

Adicionalmente al valor que crea en términos de salud, la sanidad en España genera beneficios claros para la economía, primero en el propio sector sanitario y de forma indirecta también sobre el resto de sectores económicos:

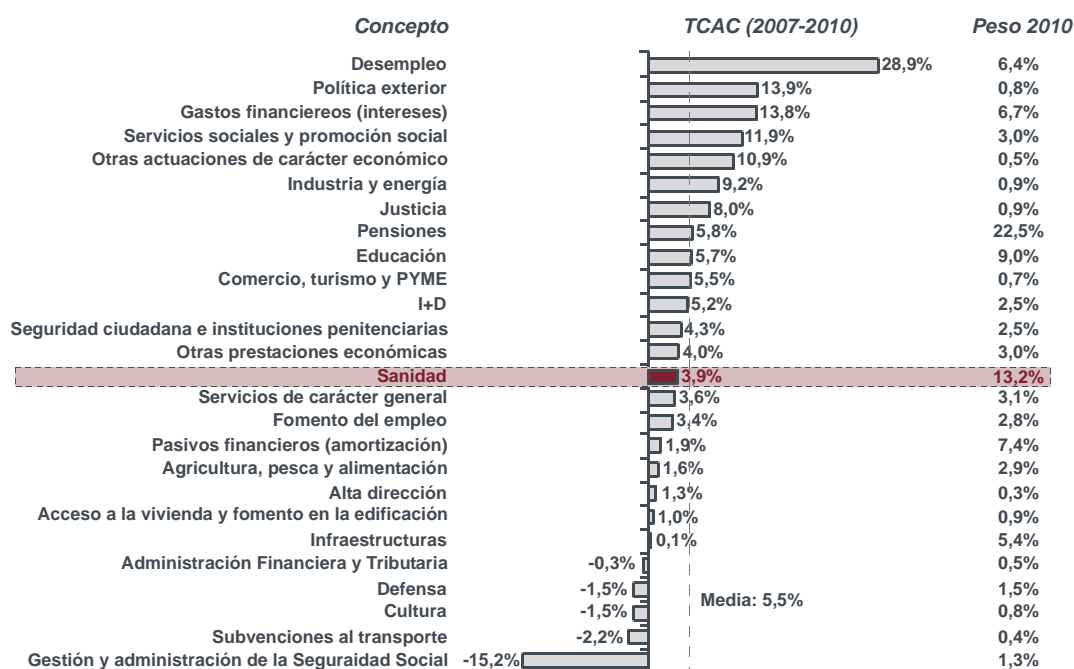
- El sector socio-sanitario ocupa a más de 1,3 millones de personas⁽³⁴⁾ (6,3% de la población activa) y es intensivo en la utilización de personal de alta cualificación.
- El I+D del sector sanitario supone más de 1.100 millones de euros de inversión anual y da trabajo a más de 8.000 personas⁽³⁵⁾, siendo una de las principales fuentes de inversión privada en I+D. Según el INE⁽³⁶⁾, sólo el sector farmacéutico representa el 8,8% del total de las inversiones en I+D en España y da trabajo a más de 6.300 personas en I+D.
- Las más de 20 mil empresas privadas del sector dan empleo a un total de 350 mil personas y generan facturaciones, algunas cruzadas, superiores a los 80 mil millones de euros. Se estima que la actividad económica de estas empresas tiene un impacto fiscal para las arcas públicas en torno a los 6.200 millones de euros⁽³⁷⁾, lo que correspondería a casi el 4% del total anual de impuestos devengados por la Agencia Tributaria⁽³⁸⁾.
- En 2010 la industria farma-química fue uno de los principales exportadores, alcanzando un valor de 8.200 millones de euros, el 4,4% del total⁽³⁹⁾. La industria de tecnología sanitaria por su parte declara exportar el 15% de sus ventas (1.130 millones de euros)⁽⁴⁰⁾.
- Genera actividad directa a empresas de servicios auxiliares y a constructoras de infraestructura hospitalaria. Las partidas presupuestarias de gastos corrientes (Cap. 2) e inversiones reales (Cap. 6) fueron 19.600 y 1.950 millones de euros respectivamente en 2010⁽⁴¹⁾.
- Es un habilitador de otras industrias clave para el país como el turismo: en 2008 el SNS atendió a más de 300 mil turistas de la UE⁽⁴²⁾. Un sistema sanitario sólido refuerza el atractivo turístico del país, especialmente entre los grupos de edad más avanzada.
- Incrementa la productividad de todo el tejido empresarial gracias a su impacto sobre la salud de los trabajadores. Solamente los tumores ya suponen un coste estimado sobre la productividad laboral en España de 3.823 millones de euros, debido a la mortalidad anticipada y a incapacidades permanentes y temporales⁽⁴³⁾. Una mejora del 15% de la mortalidad, como la conseguida en cáncer de mama desde 1980, tiene un alto impacto sobre la economía nacional.

Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema



Figura 15

Evolución de partidas presupuestarias del Estado y autonómicas (2007-2010)



Fuente: MEH. Libro Amarillo y Libro Blanco; Presupuestos autonómicos; Transferencias del Estado a otras Administraciones Públicas; Análisis de A.T. Kearney.

Nota: Las cifras son netas de transferencias a otras Administraciones Públicas

medidas en términos de modelo de financiación autonómica de la salud:

- Incrementar las transferencias de fondos del Gobierno central a las Comunidades Autónomas, al ser éstas las responsables de la prestación de cuidados de salud; y
- Establecer no sólo una cartera de servicios nacional sino también objetivos sanitarios y mecanismos efectivos para evaluar su cumplimiento, y condicionar parte de la transferencia de los fondos a dicho cumplimiento.

En el marco del modelo de financiación autonómica aprobado en 2009, existen ya mecanismos para implantar las futuras transferencias que proponemos, no siendo por lo tanto necesaria una nueva revisión del modelo macro de financiación autonómica, sino tan solo de los niveles de transferencia de fondos y el condicionamiento de parte de los mismos al cumplimiento de objetivos sanitarios.

En esta dirección, la transferencia de fondos puede hacerse a través de los siguientes mecanismos:

- *Transferencia de recursos (dinero) a través del fondo destinado a los servicios públicos*



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

La salud es la base necesaria para el pleno ejercicio de muchas de las **actividades inherentes a la condición humana**. A corto plazo, **hay que evitar que la sanidad pierda peso frente a otras partidas** en una tarta de gasto público menguante.

fundamentales (sanidad, educación y servicios sociales) y/o fondos de nivelación como el de Cooperación, Sostenibilidad Global y Competitividad, según el modelo de financiación autonómica aprobado en 2009. Ya el modelo de financiación autonómica de 2001 contemplaba el Fondo de Compensación Interterritorial (FCI), que establecía unas asignaciones de nivelación, destinadas a garantizar un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales como educación y sanidad en todo el territorio nacional, y que se recogían en los PGE. La partida de “transferencias a otras Administraciones Públicas” representó en 2010 aproximadamente el 19% del total de los PGE.

- *Transferencia de impuestos.* Con este tipo de transferencia, el Gobierno Central reduce sus impuestos para permitir a las Comunidades Autónomas aumentar los suyos en la misma cantidad. El resultado es un incremento de los ingresos de las regiones sin que por ello aumente la presión fiscal sobre los ciudadanos. Por ejemplo en la nueva ley de financiación autonómica de 2009 se ha transferido el 50% del IRPF y del IVA, el 58% de los impuestos especiales de hidrocarburos, tabaco, alcoholes y cerveza, y el 100% de los impuestos de electricidad y matriculaciones de vehículos.

El debate sobre el cobro y anticipación del Fondo de Competitividad por parte de las Comunidades Autónomas —vigente en el momento de la

elaboración de este informe— y el eventual recurso al Tribunal Constitucional por parte de algunas Comunidades como Madrid, Baleares, Murcia y Cataluña ponen de relieve por un lado la tensión presupuestaria a nivel autonómico y por otro los riesgos de una creciente infrafinanciación de la sanidad, con un impacto inevitable en la calidad y acceso de los ciudadanos a los cuidados de salud.

Incrementar la recaudación

En cuanto a medios para incrementar la recaudación de fondos, son tres las alternativas que A.T. Kearney coloca encima de la mesa:

- Exploración de vías alternativas de generación de ingresos de origen privado;
- Creación de impuestos o tasas específicas para la generación de ingresos públicos adicionales; e
- Incremento de la recaudación efectiva de impuestos generales.

En primer lugar, el sistema debe explorar **vías alternativas de generación de ingresos de origen privado**, tanto asociadas al consumo de particulares en los centros sanitarios (por ejemplo, de cafeterías, parking y tiendas, o alojamiento de familiares) como al consumo fuera de los mismos (por ejemplo, publicidad).

Si bien no se va a erigir nunca en una fuente muy significativa de ingresos para un centro hospitalario,

Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema



la gestión de servicios como los anteriormente descritos sí puede ayudar a subvencionar la propia actividad como fuente de ingresos adicional. Pueden buscarse, por ejemplo, esquemas de licitación de licencias de operación a largo plazo a cambio de garantizar el servicio para pacientes y personal sanitario a determinados precios y estándares de calidad.

Por otro lado, y en comparación con otros países de nuestro entorno, el sistema hospitalario español está muy centrado en la actividad médica y es relativamente ajeno a temas relacionados con la investigación clínica. Es infrecuente que los hospitales españoles tengan objetivos en este aspecto y la investigación queda por tanto más vinculada a ámbitos académicos y universidades al amparo del Ministerio de Educación, que al SNS o al Ministerio de Sanidad.

Sin embargo, según Farmaindustria los laboratorios farmacéuticos invierten unos 450 millones de euros anuales en la investigación clínica relacionada con el desarrollo de medicamentos, y son ingresos que los hospitales públicos pueden potenciar para mejorar sus prestaciones a los pacientes.

En vista de lo anterior, y si además España quiere establecerse como centro de referencia en la investigación y producción farmacológica, el sistema sanitario debe crear las condiciones para favorecer los ensayos clínicos en hospitales públicos, y la gestión debería coordinarse para asegurar la generación de recursos financieros y una correcta utilización de los mismos. Para ello, es necesario revisar los esquemas de captura y almacenamiento de información clínica, y garantizar su potencial de utilización como base muestral en el futuro. Adicionalmente deberá adaptarse la organización y los procesos de los centros hospitalarios para atender de forma adecuada las necesidades de los ensayos clínicos.

*En segundo lugar, debe plantearse la **creación de impuestos o tasas específicas para la generación de ingresos públicos adicionales** tales como:*

- **Coparticipación directa en el pago de la prestación:** La introducción del copago, aparte de su efecto moderador sobre la demanda, tendría impacto en la generación de ingresos a corto plazo. Adicionalmente, deberán buscarse fórmulas para rentabilizar la prestación desde la sanidad pública de servicios no incluidos en el catálogo sujeto a financiación pública.

En otros países gran parte del gasto total en salud está vinculado a aspectos no cubiertos de forma completa por el SNS y que deben ser, por lo tanto, financiados parcial o completamente por los particulares mediante tasas de acceso. Estas medidas alivian las cuentas del sistema sanitario.

Puede afirmarse que el copago sanitario ya existe en España, ya que los ciudadanos menores de 65 años, salvo excepciones, deben pagar el 40% del precio de los medicamentos. En cualquier caso, la carga de pago directo sanitario que soportan los hogares españoles ya es superior al 28%, y en gran medida deriva del gasto farmacéutico no subvencionado o no recetado, de la atención buco-dental y de la atención oftalmológica⁽⁴⁴⁾.

Se estima que la introducción del copago sanitario puede retrotraer la demanda de servicios sanitarios en circunstancias no deseables si no se implanta correctamente, pero es una herramienta potente para la redistribución de los esfuerzos financieros cuando el sistema está diseñado de forma adecuada. Por ejemplo, la introducción de esquemas de copago con límites para distintos niveles de renta en Alemania ha producido una reducción en las consultas de atención primaria sin menoscabo del acceso de la población de rentas bajas o de salud crítica⁽⁴⁵⁾.

Es importante incorporar límites al modelo de copago, tanto económicos para enfermos



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

crónicos con múltiples dolencias, como al catálogo de prestaciones sujetas a copago. Es necesario también establecer mecanismos que ayuden a conservar la equidad y la universalidad en el SNS. En Países Bajos, por ejemplo, se decidió reincorporar al catálogo básico gratuito la atención buco-sanitaria a adultos cuando se identificaron problemas de acceso, que han sido solucionados, permitiendo su exclusión con posterioridad. En Francia se han estipulado límites claros al copago que protegen a las personas de menor renta y a aquellos ciudadanos aquejados de enfermedades crónicas que requieren un uso intensivo de los servicios sanitarios.

- **Tasas específicas sobre actividades no sanitarias:** La introducción de tasas específicas y finalistas sobre actividades como el consumo de alcohol y de tabaco puede ayudar a financiar un sistema sanitario que dedica recursos al tratamiento de las patologías derivadas de su consumo.

La implantación del “céntimo sanitario”, que gravaba la compra de carburantes por parte de los ciudadanos, tuvo que enfrentarse a problemas jurídicos, ya que fue tildada de ilegal por la Comisión Europea.

Por lo tanto, la articulación de unas tasas sanitarias sobre el alcohol y el tabaco debe cuidar escrupulosamente la legalidad, pero su consumo no responde tanto a una necesidad básica como el consumo de

carburantes y constituye, por otro lado, un factor evidente de riesgo para la salud de los ciudadanos. Algunas provincias en Canadá han ido más allá y han creado tasas de carácter finalista sobre las loterías y los juegos de azar para financiar la sanidad. Su implantación efectiva puede ser compleja, pero también puede ayudar a sostener la carga financiera del SNS.

Por último, es necesario plantear el **incremento de la recaudación efectiva de impuestos generales** a través del combate al fraude fiscal.

Durante 2010 hemos asistido a un incremento de la presión fiscal, fruto principalmente del incremento de los impuestos indirectos que gravan el consumo, como el IVA, pero también de nuevos tipos de IRPF para las rentas más altas a partir del presente ejercicio.

Si la actividad económica no se dinamiza, es posible que el Gobierno decida incrementar de nuevo los impuestos para aumentar la recaudación fiscal. La subida de impuestos generales tiene un elevado coste político, pero es sin duda la medida de corto plazo más evidente para incrementar la recaudación y contar con los recursos necesarios para poder financiar la sanidad y devolver la deuda. Incluso la OCDE recomienda a España una subida de impuestos⁽⁴⁶⁾, y los mercados internacionales ya descuentan acciones en esta línea.

El incremento de impuestos no está exento de riesgos e inconvenientes, más allá de su evidente impacto electoral. La teoría económica y la expe-

Existen otros medios para incrementar la recaudación, como la lucha contra el fraude. Según un estudio de A.T. Kearney y Visa Europa **la economía sumergida en España en 2009 fue de unos 205 mil millones de euros**, un 20% del PIB.

Recuadro 5: Es necesario asegurar una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

Si queremos mantener los niveles de prestación sanitarios que la población española ha venido disfrutando hasta la fecha, las mejoras de eficiencia por sí solas no bastarán para resolver los problemas de sostenibilidad del SNS.

Las iniciativas propuestas para conseguir una financiación suficiente para el SNS son:

A Convertir el presupuesto sanitario en una herramienta de gestión

- Precisar y corregir el déficit acumulado
- Presupuestar de forma adecuada
- Establecer los mecanismos necesarios para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes

B Buscar fórmulas de financiación adicional

- Priorizar la sanidad frente a otras partidas presupuestarias
- Asegurar una financiación autonómica de la sanidad que garantice los recursos necesarios
- Incrementar la recaudación a través de:
 - Vías alternativas de generación de ingresos de origen privado
 - Creación de impuestos o tasas específicas (p.ej.: céntimo sanitario)
- Incrementar la recaudación efectiva de impuestos generales

riencia histórica demuestran que la subida de los impuestos tiende a ralentizar el crecimiento económico debido a los menores incentivos a la inversión y a la transferencia de fondos desde el sector privado al sector público, lo que en sí mismo puede generar una menor recaudación de impuestos en términos nominales, dada la potencial disminución de la base imponible.

España, que aún sufre los efectos de la crisis financiera y económica, corre pues un importante

riesgo al incrementar sus tipos de impuestos en los próximos años, por lo que esto debe ser, a nuestro juicio, una medida de último recurso, dados sus posibles efectos nocivos para la recuperación económica y como tal, indirectamente, para la sostenibilidad última del SNS.

Otro medio para incrementar la recaudación efectiva, y con menos riesgos para la recuperación económica, es la intensificación de la lucha contra el fraude fiscal.



Por una financiación racional y suficiente que garantice el sistema

La economía sumergida se estimaba en 2009 en aproximadamente 205 mil millones de euros en España, un 20% del PIB, cinco puntos porcentuales por encima de la media de los países de Europa Occidental, según un estudio europeo reciente de A.T. Kearney y Visa Europe⁽⁴⁷⁾. De acuerdo con el sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda Gestha, la economía sumergida sólo en el empleo representa 82.500 mil millones de euros, en torno al 8% del PIB —entre los índices más altos de la Unión Europea⁽⁴⁸⁾—.

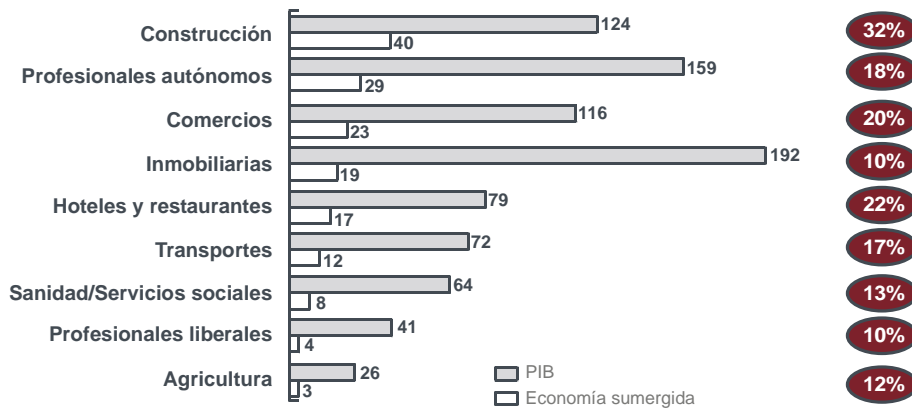
La construcción, los profesionales autónomos, los comercios, las empresas inmobiliarias y la hostelería, son los sectores que generan un mayor nivel de economía sumergida (Figura 16).

La lucha contra la economía sumergida se centra actualmente en el trabajo no declarado a través de medidas para la reducción de las cargas administrativas y fiscales, así como el aumento de los controles y la imposición y cobro de multas. El actual plan del Gobierno para capturar parte de la economía sumergida en el empleo es un importante paso en ese sentido.

Sin embargo, centrarse además en las ventas no declaradas a consumidores o entre empresas podría significar reducir la economía sumergida en España en unos 23.600 millones de euros (un 11,5% del total estimado actualmente) —sin duda una contribución más que suficiente para resolver el déficit sanitario—.

Figura 16

Peso de la economía sumergida por sector de actividad en España ('000 M€, 2009)



Fuente: *The Shadow Economy in Europe*. A.T. Kearney, Visa Europe, Dr. Friedrich Schneider, Johannes Kepler Universität Linz (2009)



5

Conclusiones



El SNS en España se encuentra en una encrucijada. En los últimos 50 años pocas veces han sido tan fuertes las presiones para limitar el gasto público ni tan acuciantes las necesidades de una sociedad plenamente comprometida con las prestaciones inherentes al Estado de Bienestar. Todo ello llega en un momento en el que el sistema sanitario español ya soporta un elevado nivel de endeudamiento que sus proveedores difícilmente pueden sostener, y cuando la capacidad del Estado de acudir a los mercados de capitales se encuentra severamente restringida. La inacción y la inercia política ya no son una opción, so pena de socavar los cimientos del sistema que tanto esfuerzo nos ha costado construir.

Urge, por lo tanto, acometer iniciativas que permitan extraer el máximo valor de lo que invertimos en sanidad. Hemos destacado en este informe la necesidad de actuar para gestionar la demanda de servicios sanitarios, implicando a los ciudadanos en la conservación de su propia salud y alentándoles a hacer un uso juicioso y responsable de los recursos de todos siempre que tienen la necesidad de recibir cuidados de salud. Hemos señalado asimismo la conveniencia de reorientar los recursos hacia la atención de enfermos crónicos que, más que hospitales de agudos, lo que precisan es de un sistema integral de cuidados que reduzca o mitigue las exacerbaciones y que resuelva sus necesidades en el nivel de atención más próximo posible —a ser posible, en su propio domicilio o en su centro de atención primaria—. También hemos subrayado la importancia de abordar una transformación del modelo de gestión del personal sanitario para adaptarlo a las exigencias de una mayor productividad y alinear sus actuaciones con las prioridades y las políticas establecidas por los gestores sanitarios en defensa del interés general, como la introducción de protocolos para reducir la variabilidad injustificada de los tratamientos en función de criterios rigurosos de análisis coste-beneficio. Todo ello, sin pasar por alto el creciente papel de los instrumentos de *eHealth* y la implantación de un marco de gobierno estable que brinde mayores dosis de certidumbre a los distintos agentes del sistema.

Todo lo anterior, como se ha dicho, tiene que emprenderse sin mayores dilaciones. Es más, existe un gran consenso en torno a estas medidas entre los expertos que hemos entrevistado, por lo que lo único que falta son voluntad política y social y capacidad de ejecución. Pero no es suficiente. Hay que abordar de una vez por todas el espinoso asunto de la insuficiencia de la financiación asignada al capítulo sanitario, empezando por enjugar el déficit acumulado para poner el contador a cero —lo que requerirá un gran compromiso de Estado al estilo del FROB— y continuando con la elaboración de presupuestos en función del gasto real esperado y el establecimiento de mecanismos que eviten la aparición de futuras desviaciones presupuestarias. Y para ello, no hay más remedio que plantear una mayor asignación de recursos para una partida —la de sanidad— que aporta una extraordinaria rentabilidad económica y social a los españoles.

Por consiguiente, es necesario revertir la pérdida de peso de la sanidad en el gasto público, priorizándola frente a otras partidas presupuestarias

No hay más remedio que plantear una mayor asignación de recursos para una partida que aporta una extraordinaria rentabilidad económica y social a los españoles.

5

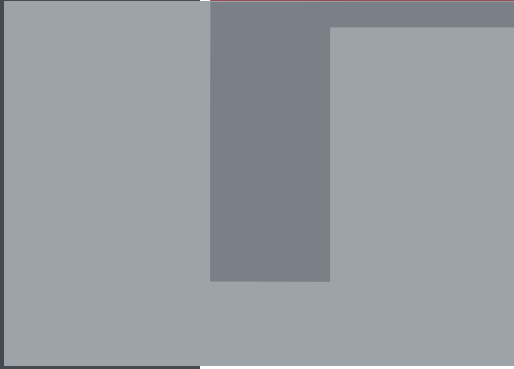
Conclusiones

sin duda importantes pero de necesidad menos urgente y de distinto retorno a la sociedad. A su vez, las Comunidades Autónomas necesitan disponer de más fondos que actualmente se encuentran en manos de la Administración General del Estado, aunque sugerimos que su transferencia se vea parcialmente condicionada por el cumplimiento de determinados objetivos sanitarios definidos en el ámbito nacional con objeto de preservar y afianzar el principio de la equidad entre territorios.

Finalmente, es preciso buscar nuevas fuentes de ingresos. La comercialización de determinados servicios asociados al consumo de particulares en los centros sanitarios debe contemplarse, así como una estrategia para incrementar la realización de ensayos clínicos en los hospitales españoles. No debe eludirse la creación de impuestos o tasas específicas; la introducción de la coparticipación directa en el pago de las prestaciones —con las debidas cautelas para mitigar su impacto sobre los

más necesitados de cuidados de salud—debe estar encima de la mesa, como también debe estarlo la creación de nuevos impuestos especiales sobre el consumo de determinados productos nocivos para la salud. El incremento de los impuestos generales es una opción bastante arriesgada en la coyuntura actual, aunque lo recomienden entidades solventes como la OCDE. En cualquier caso, creemos que existe amplio recorrido para aumentar la recaudación fiscal efectiva mediante una lucha más vigorosa contra el fraude fiscal y la economía sumergida.

Los retos que tiene la sociedad española por delante son formidables, y es poco consuelo saber que los demás países de nuestro entorno están teniendo que afrontar dificultades similares. Pero si queremos preservar y mejorar nuestro SNS como patrimonio de todos los españoles, deberemos afrontar los retos con decisión y valentía.



Fuentes y referencias





- (1) Observatorio de la Calidad de los Servicios Públicos. (2009). *La percepción social de los Servicios Públicos en España (1985-2008)*. Madrid: Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL).
Área de Sociología Tributaria, Subdrón. Gral. de Estudios Tributarios, Instituto de Estudios Fiscales. (2009). *Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2008*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- (2) Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Barómetro Sanitario 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- (3) Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. (Octubre de 2010). *OECD Health Data - Frequently Requested Data*. Recuperado el 18 de mayo de 2011, de:
http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
- (4) Wilking, N., y Kasteng, F. (2009). *A Review of Breast Cancer Care and Outcomes in 18 Countries in Europe, Asia, and Latin America*. Estocolmo: www.comparatorreports.se.
- (5) Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Ginebra: OMS.
- (6) García Armesto, S., Abadía Taira, M., Durán, A., Hernández Quevedo, C., y Bernal Delgado, E. (2010). "Spain: Health System Review". *Health Systems in Transition*, 12(4), 1-295.
- (7) Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. (Octubre de 2010). *OECD Health Data - Frequently Requested Data*. Recuperado el 18 de mayo de 2011, de:
http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
- (8) Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. (Octubre de 2010). *OECD Health Data - Frequently Requested Data*. Recuperado el 18 de mayo de 2011 de:
http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html
- (9) Más el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), dependiente del MSPSI, que gestiona la sanidad en Ceuta y Melilla.
- (10) D.G. de Coordinación Financiera con las CC.AA. y con las EE.LL. *Datos de los Presupuestos de las Comunidades Autónomas*. Recuperado el 31 de marzo de 2011, de:
<http://serviciosweb.meh.es/apps/CCAApresupuestos/>. Datos para Cataluña y Baleares no disponibles en la fecha de consulta.
- (11) Áreas y políticas de gasto, Ministerio de Economía y Hacienda. Presupuestos iniciales CCAA. Ejercicio 2010.
- (12) Instituto Nacional de Estadística (INE). *Proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020*. Recuperado el 31 de marzo de 2011, de:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269%2F2010-2020&file=pcaxis&L=>
- (13) Instituto Nacional de Estadística (INE). *Proyecciones de población a corto plazo. 2010-2020*. Recuperado el 31 de marzo de 2011, de:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269%2F2010-2020&file=pcaxis&L=>



Fuentes y referencias

- (14) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). *Consulta Interactiva del SNS*. Recuperado el 31 de marzo de 2011 de: <http://pestadistico.msc.es/>. Datos de 2009.
- Análisis A.T. Kearney.
- (15) Ministerio de Sanidad y Consumo, e Instituto Nacional de Estadística (2007). *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Madrid.
- (16) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). *Consulta Interactiva del SNS*. Recuperado el 31 de marzo de 2011 de: <http://pestadistico.msc.es/>.
- Análisis A.T. Kearney.
- (17) Alliance for Excellent Education. (2006). *Healthier and Wealthier: Decreasing Health Care Costs by Increasing Educational Attainment*. Washington: Alliance for Excellent Education.
- (18) Fondo Monetario Internacional. (Abril de 2011). *World Economic Outlook Database*. Recuperado el 5 de mayo de 2011 de: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/01/weodata/index.aspx>
- (19) "El SNS tiene una deuda de entre 7.000 y 8.000 millones de euros". (17 de junio de 2010). Recuperado el 31 de marzo de 2011, de Europa Press: <http://www.europapress.es/salud/noticia-sns-tiene-deuda-7000-8000-millones-euros-20100617131104.html>
- (20) Presupuestos centrales y autonómicos.
- Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión. (s.f.). "Gasto sanitario público (2002-2008) según el principio de devengo". *Estadística de Gasto Sanitario Público*. Madrid: MSPSI.
- (21) Federación Nacional de Asociaciones de Trabajadores Autónomos.
- (22) Stuckler, D., y Basu, S. (2009). "The International Monetary Fund's Effects on Global Health: Before and After the 2008 Financial Crisis". *International Journal of Health Services*, 39(4), 771-781.
- (23) López, C. (21 de mayo de 2010). "En la última década, 15.000 médicos y enfermeros han emigrado al extranjero". *lavanguardia.es*
- (24) Eurostat. *Statistics in Focus. Economy and Finance*.
- (25) EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- (26) Tortosa Chuliá, M. (1999). "La reorientación de los cuidados a enfermos terminales: una perspectiva económica". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9(2), 161-168.
- (27) Nolte, E., Knai, C., y McKee, M. (2008). *Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies y OMS.
- (28) Red.es, Consejerías de Sanidad de las CC.AA., INGESA, y Ministerio de Sanidad y Consumo. (2010). *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: El programa Sanidad en Línea*. Madrid: Red.es.



- (29) Fisher, D. (2010). "Innovation and Optimisation of Cost Effectiveness: Sharing Experiences from the UK". *Foro de debate para la sostenibilidad del sistema sanitario*. Madrid: A.T. Kearney.
- (30) Dólares ajustados para reflejar la paridad del poder de compra.
- (31) Health Canada. (2010). *Canada Health Act: Annual Report 2009-2010*. Ottawa: Health Canada.
- Marchildon, G. (2005). "Canada: Health System Review". *Health Systems in Transition*, 7(3), 1-156.
- (32) Observatorio de la Calidad de los Servicios Públicos. (2009). *La percepción social de los Servicios Públicos en España (1985-2008)*. Madrid: Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL).
- Área de Sociología Tributaria, Subdrón. Gral. de Estudios Tributarios, Instituto de Estudios Fiscales. (2009). *Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2008*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- (33) Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Barómetro Sanitario 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- (34) Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta de población activa*. Recuperado el 31 de marzo de 2011, de: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t22/e308_mnu&file=inebase&N=&L=0. Datos de 2009.
- (35) European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). (2010). *The Pharmaceutical Industry in Figures*. Bruselas: EFPIA.
- Farmaindustria. (2010). *Memoria anual 2009*. Madrid: Farmaindustria.
- Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN). (s.f.). *Estudio del sector de Tecnología Sanitaria y equipamiento hospitalario en España*. Madrid: FENIN y Club de Exportadores e Inversores Españoles.
- Estimación A.T. Kearney.
- (36) Instituto Nacional de Estadística (INE). *Estadística sobre actividades de I+D*. Recuperado el 31 de marzo de 2011, de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft14%2Fp057&file=inebase&L=0>. Datos de 2009.
- (37) Estimado por A.T. Kearney a partir de datos registrales de la herramienta *Sistema de Análisis de Balances Ibéricos (SABI)* elaborada por Informa D&B. Considerados los códigos de actividad CNAE relacionados con la sanidad.
- (38) Servicio de Estudios Tributarios y Estadísticas. (2010). *Informe anual de recaudación tributaria: Año 2009*. Madrid: Agencia Estatal de Administración Tributaria.
- (39) Instituto Español de Comercio Exterior. *Análisis del comercio exterior español*. Recuperado el 31 de marzo de 2011, de: http://informesestadisticos.icex.es/InformesComerciales/parametros_multiselect.jsp

-
- ⁽⁴⁰⁾ Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN). (s.f.). *Estudio del sector de Tecnología Sanitaria y equipamiento hospitalario en España*. Madrid: FENIN y Club de Exportadores e Inversores Españoles.
- ⁽⁴¹⁾ Ministerio de Economía y Hacienda. Presupuestos iniciales de las CCAA. Ejercicio 2010.
- ⁽⁴²⁾ Notas de prensa
- ⁽⁴³⁾ Oliva, J., Lobo, F., López Bastida, J., Zozaya, N., y Romay, R. (2005). "Pérdidas de productividad laboral ocasionadas por los tumores en España". *Working Paper 05-04, Economic Series 02*. Getafe (Madrid): Universidad Carlos III de Madrid.
- ⁽⁴⁴⁾ Durán, A., Lara, J.L., y van Waveren, M. (2006). "Spain: Health System Review". *Health Systems in Transition*, (8)4, 1-208.
- ⁽⁴⁵⁾ Busse, R., Schreyögg, J. y Gericke, C. (2007). "Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach". *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Washington: Banco Mundial.
- ⁽⁴⁶⁾ Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. (s.f.). "Spain: Policies for a Sustainable Recovery". *OECD Perspectives*. París: OCDE.
- ⁽⁴⁷⁾ A.T. Kearney, Visa Europe, y Schneider, F. (2009). *The Shadow Economy in Europe*. Chicago: A.T. Kearney.
- ⁽⁴⁸⁾ Europa Press. (27 de abril de 2011). "Gestha: el empleo sumergido mueve 82.500 millones de euros, casi el 8% del PIB". *expansion.com*

A.T. Kearney es una de las firmas líderes de consultoría de dirección. Fundada en 1926, ha destacado siempre por ser una empresa innovadora y por la calidad de sus servicios. Sus 3.000 empleados asesoran a las principales empresas del mundo en la gestión de sus negocios, en todos los sectores de actividad.

América Atlanta | Boston | Chicago | Dallas | Detroit
 México, D.F. | Nueva York | San Francisco
 Sao Paulo | Toronto | Washington, D.C.

Europa Ámsterdam | Berlín | Bruselas | Bucarest
 Copenhague | Düsseldorf | Estambul
 Estocolmo | Fráncfort | Helsinki | Kiev | Lisboa
 Liubliana | Londres | Madrid | Milán | Moscú
 Múnich | Oslo | París | Praga | Roma | Stuttgart
 Varsovia | Viena | Zúrich

Asia Pacífico Bangkok | Bombay | Hong Kong | Kuala Lumpur
 Melbourne | Nueva Delhi | Pekín
 Seúl | Shanghái | Singapur | Sídney
 Tokio | Yakarta

Medio Oriente y África Abu Dabi | Dubái | Johannesburgo
 Manama | Riad

Copyright 2011, A.T. Kearney- Ninguna parte de este documento puede ser reproducida sin el permiso de A.T. Kearney y sin la expresa citación de la fuente.

A.T. Kearney ha verificado la exactitud de los datos contenidos en este informe con rigor y con arreglo a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el mercado de la consultoría. El lector deberá aplicar su propio criterio para valorar el contenido del informe. A.T. Kearney declina cualquier responsabilidad sobre las decisiones o actuaciones comerciales que se adopten derivadas de los datos, opiniones o conclusiones expuestas en el mismo.

ATKEARNEY

Para más información:

M^a Eugenia Fanjul
Socio
A.T. Kearney
Paseo de la Castellana, 31
28046 Madrid
E-mail: maria.eugenia.fanjul@atkearney.com
Tel. (34) 91 557 78 00
Fax (34) 91 310 22 92

