

Sostenibilidad financiera del sistema sanitario

10 medidas estructurales para afrontar
las causas del crecimiento del gasto

Vicente Gil
Joan Barrubés
Juan Carlos Álvarez
Eduard Portella
[Antares Consulting](#)

Edita:

Antares Consulting, S.A.
Av. Josep Tarradellas, 8-10 - 4ª planta
08029 Barcelona
© Antares Consulting, S.A.
Se permite la reproducción parcial
citando como fuente Antares Consulting.

Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella, E.
La sostenibilidad financiera del sistema
sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar
las causas del crecimiento del gasto.
Barcelona: Antares Consulting; 2010

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 5 |
| El contexto | 5 |
| Las medidas anunciadas recientemente | 6 |
| El copago sanitario: ¿introducir uno nuevo o revisar los actuales? | 7 |
| Medidas estructurales | 8 |
| Medidas propuestas | 11 |
| 1 Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias | 11 |
| 2 Mejorar el rendimiento y la productividad de los profesionales | 14 |
| 3 Incrementar el copago en medicamentos | 16 |
| 4 Desarrollar el modelo de atención a pacientes crónicos | 18 |
| 5 Desarrollar un espacio sociosanitario alternativo a la hospitalización de agudos | 20 |
| 6 Invertir decididamente en prevención y promoción de la salud | 22 |
| 7 Generalizar los servicios compartidos entre proveedores, especialmente los de soporte clínico | 26 |
| 8 Reordenar la medicina de tercer nivel y la oferta hospitalaria | 28 |
| 9 Impulsar decididamente las estrategias de seguridad del paciente | 30 |
| 10 Potenciar iniciativas que aceleren el retorno de la inversión de las TIC en salud | 32 |
| Conclusiones | 37 |

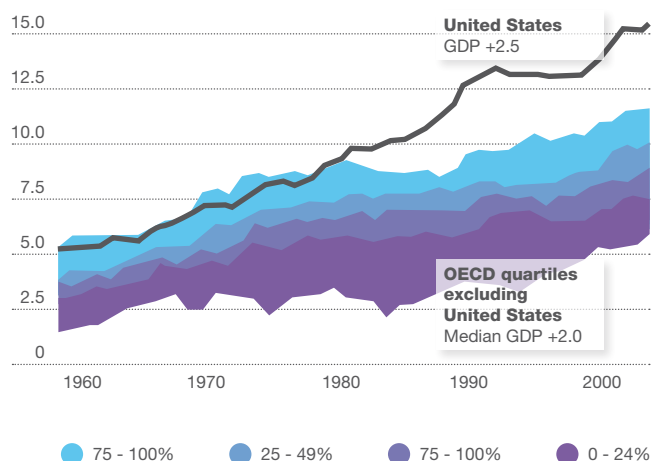
Introducción

El contexto

Desde los años sesenta, el gasto sanitario ha crecido más rápidamente que el Producto Interior Bruto (PIB) en todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Este diferencial ha sido en promedio 2 puntos más rápido que el PIB para la mayoría de países, y del 2,5% en el caso de los EEUU. En consecuencia, el porcentaje del PIB destinado a sufragar el gasto sanitario ha crecido año tras año, abriendo el debate sobre la sostenibilidad financiera a medio y largo plazo de los sistemas de salud.

Gráfico 1: Evolución del porcentaje del PIB destinado a la salud en los países de la OCDE. 1960-2005

Fuente: OCDE



El porcentaje del PIB destinado a sufragar el gasto sanitario ha crecido año tras año, abriendo el debate sobre la sostenibilidad financiera a medio y largo plazo de los sistemas de salud

Las principales causas de este crecimiento son:

- la introducción de nuevas tecnologías sanitarias;
- el incremento de la inflación sanitaria por encima de la inflación general, que se explica por los mayores costes:
 - de las nuevas tecnologías (medicamentos, dispositivos, prótesis, etc.);
 - de los profesionales sanitarios, debido a su creciente escasez.
- la mayor utilización de los servicios de salud por parte de la población, provocada por los cambios:
 - del patrón de morbilidad: envejecimiento y enfermedades crónicas;
 - de los hábitos de vida menos saludables y la menor tolerancia a las enfermedades;
 - por la modificación del concepto de “calidad de vida” y *consumerismo* médico.
- las ineficiencias sistémicas en el modelo de atención sanitaria como:
 - la escasa integración entre los niveles asistenciales;
 - la variabilidad clínica;
 - los costes crecientes de administración y coordinación.

En España, la reciente crisis económica ha provocado una fuerte caída de la recaudación fiscal, generando un déficit del 11,4% del PIB (cerca de 100.000 millones de €) en 2009¹. Al ser la sanidad una de las principales partidas de gasto público, dicho déficit ha repercutido rápidamente en este sector. Además, la crisis de la deuda pública (es decir, la creciente dificultad de financiar el déficit público en los mercados exteriores) ha acentuado todavía más el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario.

Las medidas anunciadas recientemente

En este contexto, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en su reunión de 18 de marzo de 2010 ha aprobado un conjunto de medidas para promover la sostenibilidad del sistema. Entre las 24 medidas aprobadas destaca una por su grado de concreción: la relativa a las políticas en materia de gasto farmacéutico. En concreto, se propone reducir el gasto en 1.500 M de € a partir de la aprobación de los Reales Decretos Ley 4/2010 y 8/2010 que afectan el sistema de precios de referencia, los precios

de los medicamentos genéricos, los precios máximos para medicamentos de síntomas menores y los precios de medicamentos innovadores. Las otras medidas, con un mayor impacto estructural, tienen un escaso nivel de concreción: la mayoría están fijadas o como objetivo o como estudio a realizar en 2010 y a implantar en los años siguientes.

Tabla 1. Acciones y medidas para promover la calidad, equidad, cohesión y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Fuente: Consejo Interterritorial del SNS. 18 de marzo de 2010

| Ámbito | Medida |
|---|---|
| Calidad, equidad y cohesión | 1. Plena universalidad |
| | 2. Garantizar tiempo máximo de acceso a las prestaciones |
| | 3. Calendario Vacunal único |
| | 4. Uso extensivo de la eHealth y las nuevas tecnologías |
| | 5. Historia Clínica Digital común |
| Eficiencia y gasto sanitario a corto plazo | 6. Políticas comunes de gasto farmacéutico |
| | 7. Procedimiento de compras agregadas |
| | 8. Estrategias educativas, informativas y organizativas para moderar la presión asistencial |
| | 9. Criterios comunes para las retribuciones |
| Medidas a medio plazo a estudiar en 2010 | 10. Incremento finalista de recursos al SNS |
| | 11. Fondo de Cohesión Sanitaria |
| | 12. Mecanismos de compensación del gasto soportado en contingencias laborales |
| | 13. Revisar tarifas por atención a los accidentes de tráfico |
| | 14. Mecanismos de reembolso derivados de la atención a pacientes de la UE Estrategias de salud conjuntas entre CCAA |
| | 15. Aumentar participación de los profesionales en la gestión |
| | 16. Estudio sobre necesidades de profesionales de cuidados de enfermería |
| | 17. Sistema común de planificación de recursos humanos |
| | 18. Sistema de información común de indicadores de resultados en salud |
| | 19. Registro de profesionales |
| | 20. Mapa de especialidades médicas en base a un modelo troncal |
| | 21. Estrategia común para la atención de pacientes crónicos |
| | 22. Promover estilos de vida saludables |
| | 23. Reforzar papel Evaluación Tecnologías Sanitarias |

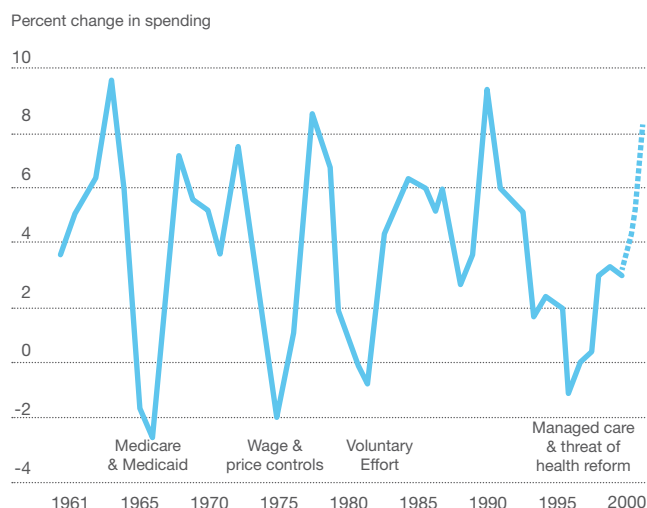
Las medidas adoptadas difícilmente contendrán el crecimiento del gasto sanitario en los próximos años, pues inciden muy poco sobre las causas de ese incremento

Además, el SNS se verá afectado por la reducción en un 5% de las retribuciones de funcionarios públicos, puesto que la mayoría de hospitales son de gestión directa. En el caso de Cataluña, comunidad autónoma con un elevado porcentaje de hospitales concertados, se ha optado por reducir el concierto en un 3,21%, y se ha recomendado traducir dicha rebaja en una reducción del 5% de las retribuciones de los profesionales. El planteamiento es similar: reducir las retribuciones de los profesionales, puesto que si al 5% de reducción de las retribuciones se le aplica el peso de las retribuciones sobre el gasto del hospital (aproximadamente un 65%), obtendremos el 3,21%.

Sin duda, las medidas adoptadas de reducción del gasto farmacéutico y de las retribuciones de los profesionales sanitarios tendrán un efecto inmediato. Sin embargo, difícilmente contendrán el crecimiento del gasto sanitario en los próximos años, pues inciden muy poco sobre las causas de ese incremento. Un buen ejemplo es la historia reciente de EEUU: en los últimos 15 años, con un mayor gasto sanitario en porcentaje del PIB, se han adoptado sucesivas medidas de contención del gasto, pero todas ellas han afectado o a los precios o a la inflación sanitaria. El resultado de dichas medidas ha sido siempre el mismo: una contención del gasto durante el año siguiente a la implantación y un nuevo crecimiento a partir del año siguiente.

Gráfico 2. Incremento del gasto sanitario per cápita ajustado por inflación. EEUU 1961-2001

Fuente: Altmant DE, Levitt, L. The Sad History of Health Care Cost Containment As Told In One Chart. Health Affairs. Feb. 2002



El copago sanitario: ¿introducir uno nuevo o revisar los actuales?

En las últimas semanas, múltiples actores del sistema sanitario se han pronunciado también a favor de la implantación de un copago por la utilización de los servicios sanitarios, posibilidad que está permanentemente en la agenda de medidas para garantizar la sostenibilidad del SNS. Los argumentos más citados por sus defensores² son:

- que son habituales en los países de nuestro entorno más inmediato (Europa);
- que contribuyen a moderar la presión asistencial, mediante un uso más racional de los servicios.

Sin embargo, suelen olvidar que:

- los estudios científicos tienden a desaconsejarlos, pues resulta difícil separar la noción de uso adecuado o no adecuado de los servicios, y tienden a afectar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios;
- los copagos son caros de administrar, especialmente cuando se introducen exenciones para no penalizar a las rentas bajas y garantizar la equidad.

Es por ello que cuando se habla de copago, se suele insistir en el beneficio del incremento de los ingresos, pero se olvida que no es evidente que contenga los gastos y que, además, tiene el riesgo de crear dificultades de acceso a ciudadanos con rentas bajas o muy bajas. Además, se olvida que en España ya existen dos modalidades de copago:

- por medicamentos y
- el seguro sanitario privado voluntario, que no exonera de seguir contribuyendo al SNS a pesar de no utilizarlo o utilizarlo parcialmente.

En nuestra opinión, antes de introducir un nuevo copago, deberíamos intentar hacer más efectivos los actuales.

- En el caso del copago por medicamentos, su estructura, que diferencia entre población activa (alto) y pasiva (nulo), ha quedado obsoleta. Cuando se instauró, el bajo importe y la escasa cobertura de las pensiones hacía que una parte importante de las clases pasivas tuvieran unas rentas muy bajas. En el fondo, se estaba asimilando jubilación a pobreza, con lo que la estructura de copago por clases activas y pasivas estaba plenamente justificada. Con el paso del tiempo se ha modificado esta relación (jubilación ya no equivale ahora a rentas muy bajas) y la estructura demográfica (menor proporción de clases activas sobre

pasivas, por el envejecimiento de la población). Estos dos fenómenos han provocado que la contribución efectiva del paciente en el coste de los medicamentos haya disminuido considerablemente en los últimos años: del 11% del precio del medicamento en 1990 al 5,4% en 2010. Además es probable que existan casos fraudulentos en el uso del copago de medicamentos, aunque no hay datos ni estudios que cuantifiquen este fenómeno. Quizá sea el momento de reformular el copago en función de niveles de renta, en lugar de clases activas o pasivas.

Por otro lado, los seguros privados dan cobertura a uno de cada cinco españoles (incluyendo el voluntario de asistencia sanitaria, el modelo MUFACE/MUJEJO/ISFAS y los seguros de salud de reembolso de gastos). Además, según datos de Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA), el número de asegurados ha crecido en 2009 a pesar de la intensidad de la crisis económica, y también lo han hecho en el primer trimestre del 2010.

Tabla 2. Número de personas con pólizas de seguros de salud en diciembre 2009 y marzo 2010 en España

Fuente: ICEA. El seguro de Salud. Estadísticas a Marzo 2010.

| Modalidad | dic-09 | % s/ pobl. | mar-10 | % Crec |
|---|------------------|--------------|------------------|-------------|
| Asistencia Sanitaria Individuales y colectivos privados | 6.337.753 | 13,6% | 6.577.320 | 3,8% |
| Asistencia Sanitaria Muface, Isfas, Mugeju | 2.004.332 | 4,3% | 2.020.166 | 0,8% |
| Subtotal Asistencia Sanitaria | 8.342.085 | 17,8% | 8.597.486 | 3,1% |
| Reembolso de Gastos | 979.929 | 2,1% | 940.144 | -4,1% |
| Total Prestación de Servicios | 9.322.014 | 19,9% | 9.537.630 | 2,3% |

Es difícil imaginar el funcionamiento del SNS sin la contribución voluntaria del 20% de la población al seguro sanitario privado. Por lo tanto, es necesario reconocerlo, valorarlo y reforzar los derechos y coberturas de sus asegurados.

Medidas estructurales

Se dice que hay que transformar una crisis en una oportunidad. La actual puede permitir, si se aprovecha, asegurar la sostenibilidad del SNS a largo plazo; de momento, ya ha concienciado a todos los actores de esta necesidad: políticos, gestores, profesionales, proveedores y, los más importantes, pacientes y ciudadanos. Por lo tanto, es el momento de proponer medidas estructurales, complementarias a las ya adoptadas, que aseguren la sostenibilidad del SNS. Estas medidas deben superar el actual marco de ajuste presupuestario, necesario pero no suficiente, para abordar cuestiones fundamentales como la organización de la oferta de servicios, su amplitud y derechos en la cartera de servicios del SNS, su productividad y los recursos que se le destinan.

Introducir un nuevo copago por utilización de servicios sanitarios no parece ser la solución ideal. Si la motivación para hacerlo se basa en regular la demanda y la sobreexplotación de los servicios sanitarios, entendemos que existen medidas más eficaces como la gestión de la atención a pacientes crónicos, el desarrollo de dispositivos sociosanitarios alternativos a la hospitalización convencional o la inversión en prevención y estilos de vida saludables. Si, en cambio, la motivación es obtener mayores recursos financieros para la sanidad, estaremos inyectando más recursos a un sistema que presenta todavía problemas de eficiencia, sin rediseñarlo ni haber agotado el potencial de los copagos existentes. Esto implica cargar sobre las espaldas del usuario un desajuste que en realidad generó el propio sistema ya hace muchos años.

Proponemos, pues, 10 medidas estructurales para garantizar la sostenibilidad del SNS a largo plazo. Con estas medidas queremos contribuir al debate sobre la sostenibilidad del SNS, siendo conscientes que no son todas las posibles y que durante el debate se generarán otras medidas también apropiadas. Las que sugerimos actúan sobre las causas que provocan el crecimiento del gasto sanitario por encima del crecimiento de la riqueza nacional año tras año. Y deben aplicarse sin demora, con rigor y perseverancia.

Tabla 3. Medidas estructurales para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Fuente: Antares Consulting

| Causa de incremento del gasto sanitario | Medidas propuestas |
|---|---|
| Difusión de nuevas tecnologías | 1. Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias. |
| Incremento inflación sanitaria | 2. Mejorar el rendimiento y productividad de los recursos humanos. 3. Incrementar el copago en farmacia. |
| Incremento utilización servicios sanitarios | 4. Desarrollar el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas. 5. Desarrollar el espacio sociosanitario alternativo a la hospitalización. 6. Invertir decididamente en prevención y promoción de la salud. |
| Ineficiencias del sistema de atención | 7. Generalizar los servicios compartidos entre proveedores asistenciales. 8. Reordenar la medicina de tercer nivel y la oferta hospitalaria. 9. Impulsar las estrategias de seguridad del paciente. 10. Potenciar iniciativas que aceleren el retorno de la inversión de las TIC en salud. |

- 1 Ministerio de Economía y Hacienda. Actualización del Programa de Estabilidad 2009-2013.
- 2 Puig-Junoy, J., ed. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes Fundación Rafael Campalans. 2006.

Medidas propuestas

1 Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias

¿Por qué es relevante?

Las tecnologías sanitarias –entendidas como cualquier técnica, procedimiento, sistema organizativo, producto farmacéutico o sanitario – han sufrido una importante evolución en los últimos años y han contribuido decisivamente a mejorar el estado de salud de la población. Sin embargo, también son la principal causa de incremento del gasto sanitario, por los siguientes motivos:

- incremento de la indicación de procedimientos médicos y quirúrgicos y prescripción farmacológica;
- incremento de la población diana de los tratamientos;
- introducción de nuevas tecnologías con limitada evidencia sobre su eficacia;
- introducción de nuevas tecnologías que no sustituyen, sino que se suman a las anteriores;
- ausencia de priorización de tecnologías que deben introducirse, dónde y en qué momento deben ser utilizadas.

Actualmente, los métodos de evaluación de tecnologías sanitarias y su coste-efectividad están muy desarrollados;

España dispone de agencias de elevado prestigio, tanto a nivel nacional como autonómico:

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), adscrita al Instituto de Salud Carlos III,
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA),
- Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), anteriormente Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques – AATRM,
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco / Osasun Teknologien Ebaluazioa (OSTEBA),
- Axencia de Avaliación de Tecnoloxias Saniatarias de Galicia (AVALIA-t),
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), de la Fundación Laín Entralgo,
- Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS).

Por otro lado, en los últimos años ha existido un esfuerzo a la hora de clarificar la cartera de servicios común del SNS. En este sentido, el Real Decreto 1030/2006 estableció dicha cartera así como su procedimiento de actualización a través de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. No obstante, una parte importante del desarrollo normativo está todavía pendiente, lo que limita el impacto del Real Decreto.

La gestión apropiada de la cartera de servicios del SNS y la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias debería ser el pilar básico de cualquier medida de fondo. Actualmente, el rol de evaluación de las tecnologías sanitarias es, todavía, insuficiente. Por un lado, la mayoría de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de los países de la OCDE emiten informes no vinculantes para el gobierno. Esto sucede en España, Alemania, Suecia y EEUU. Pero algunos países han realizado un paso más y las decisiones de sus agencias son vinculantes: Reino Unido (NICE o SMC), Canadá (CADTH) o Australia (PBAC). Por otro lado, los estudios de las agencias de tecnologías sanitarias se centran, principalmente, en una parte de las tecnologías: los nuevos medicamentos.

¿En qué consiste?

La evaluación de tecnologías sanitarias podría reforzarse con las siguientes medidas concretas:

- que la evaluación de tecnologías se realice más allá de los nuevos medicamentos, es decir, que afecte al conjunto de la cartera de servicios del SNS;
- que se base en criterios clínicos (eficacia, seguridad) y criterios económicos (coste-efectividad);
- que los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias sean vinculantes;
- que se establezcan criterios de priorización y de delimitación de la cartera básica de servicios.

En este sentido, las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias deberían participar activamente en tres tipos de reflexiones sobre las definiciones de la cartera de servicios:

1. La del nivel de indicación de cada tecnología sanitaria, que debería financiarse bajo el SNS, y del lugar que debe ocupar en diagnóstico/terapéutico (primera opción, segunda opción, marginal o de rescate, etc.), para cualquier prestación incluida en la cartera de servicios actual.
2. La de las prioridades de salud entre prestaciones o tecnologías sanitarias de la cartera de salud.
3. La del umbral coste-efectividad asumible por el SNS para financiar cualquier nueva prestación o tecnología sanitaria.

Sin duda, la definición de dicho umbral es una decisión de política sanitaria, pero que puede basarse en elementos técnicos. Actualmente, el NICE tiene un umbral de aproximadamente 30.000 libras esterlinas por QALY ganado, sobre el cual la probabilidad de no aceptación de la tecnología sanitaria es elevada. La Comisión de la Transparencia (CT), en Francia, tiene definidos cinco niveles de coste-efectividad de una nueva tecnología, cada uno de los cuales tiene distintos grados de financiación pública.

Para implementar estas medidas, es necesario seguir reforzando la coordinación entre todas las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias existentes en España, así como una reflexión serena sobre la masa crítica necesaria para poder disponer de una agencia de evaluación en todas y cada una de las comunidades autónomas.

¿Cuál es su impacto?

Aunque el impacto económico de esta medida – reforzar la evaluación de tecnologías sanitarias – es difícilmente medible a corto plazo (a diferencia de otras medidas presentadas en este informe), su impacto a medio y largo plazo será significativo. En este sentido, cabe remitirse a los datos publicados en la literatura científica, donde se demuestra que la difusión de nuevas tecnologías puede explicar entre el 33% y el 50% del incremento del gasto sanitario³. Considerando que el gasto sanitario público creció 5.300 millones anuales en 2006 y 2007, en la hipótesis más conservadora (33%), la proporción atribuible a la tecnología médica sería de 1.750 millones. ¿Es posible actuar sobre una cuarta parte del incremento del coste de las tecnologías sanitarias a través de una correcta evaluación de su coste-efectividad? Si así fuese, el impacto anual sería de 437 millones.

3 Mohr, PE., Mueller, C., [et. al.]. The impact of Medical Technology on Future Health Care Cost. The project Hope Center for Health Affairs. 2001. Baker, L., Birnbaum, H., Geppert, J., Mishol, D. and Moyneur, E.. The relationship between technology availability and health care spending. Health Affairs. 10.1377, w3.537-w3.551. 2003.

2 Mejorar el rendimiento y la productividad de los profesionales

¿Por qué es relevante?

Según datos del 2007, España gastó en personal del SNS un total de 27.306 millones de €, lo que supuso el 45,4% del total del presupuesto. Aún siendo una cifra importante, lo más llamativo es que respecto a 2003 se ha incrementado en un 52,4%, es decir, a un ritmo medio de un 10,48% anual⁴. Este crecimiento coincide con la última oleada de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas y con la intensificación del problema de falta de profesionales.

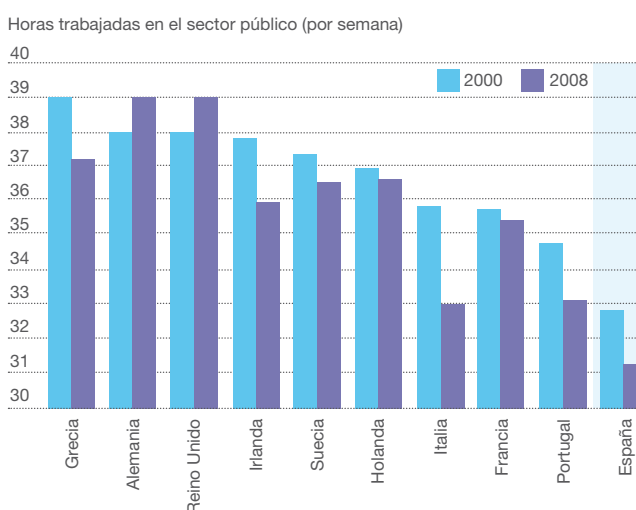
Estas cifras no sólo nos dan una idea de la importancia del gasto en este capítulo, sino que hacen que nos preguntemos si podrá mantenerse este ritmo en los años venideros.

No ponemos en duda que las retribuciones de los profesionales sanitarios españoles están por debajo de otros países de nuestro entorno europeo, como Francia, Inglaterra, Italia o Suecia, incluso de algunos con un PIB inferior, como Portugal. También es cierto que dichas retribuciones corresponden a una jornada laboral anual inferior a la realizada en otros países.

Por otro lado, respecto a la renta bruta per cápita disponible a nivel nacional, el personal facultativo y el de enfermería se sitúa entre 3-3,1 y 1,8-1,9 veces por encima de otros sectores, respectivamente⁵. Además, la jornada media anual del personal de las administraciones públicas, donde se incluye el personal sanitario, es de 1.589 horas anuales o 32 horas semanales, un valor bajo si se compara con las horas trabajadas en el sector privado (1.738 horas año). Además, dicha jornada anual se ha reducido entre 2000 y 2008. Pero la cuestión crucial no es la retribución ni la jornada anual, sino el rendimiento o productividad de la actividad asistencial.

Gráfico 3. Horas trabajadas en el sector público. 2000-2008

Fuente: Laborsta, OIT en base al "Labor Force Survey"



Aunque no existen datos ni estudios publicados sobre la productividad en el sector sanitario, Antares Consulting ha analizado en diversas ocasiones la productividad y el rendimiento de centros hospitalarios de distinto tamaño, misión, modelo jurídico y comunidad autónoma, constatando:

- Las tasas de absentismo laboral en el sector sanitario público oscilan entre un 9% y 12%, mientras que la media española fue del 5,3% en 2009⁶.
- Las horas de actividad asistencial directa (horas dedicadas a la atención al paciente) respecto de las horas totales contratadas (horas de actividad asistencial directa más horas dedicadas a docencia, investigación, gestión o IT) se sitúan en proporciones alrededor del 50-57%.
- El rendimiento de horas dedicadas a la actividad asistencial directa se sitúa en cifras alrededor del 60% (sobre ese 50-57% de horas de atención directa). Por lo tanto, existe una capacidad de mejora del rendimiento del 40% sobre las horas de atención directa o, lo que es lo mismo, de un 23% sobre el total de horas trabajadas (40% de no rendimiento sobre 57% de atención directa).
- Una gran diferencia en rendimientos intracentros e intercentros pone de manifiesto un margen de mejora amplio. En ocasiones, se observa que los rendimientos entre especialidades o unidades y otra dentro del mismo centro pueden oscilar entre el 50 y el 80%. Por otra parte, una misma especialidad o unidad puede registrar rendimientos entre diferentes hospitales que varían entre un 61 y un 100%. En general, los grandes

hospitales tienen tasas de rendimientos inferiores que los hospitales de tamaño medio, algo muy conocido por los profesionales del sector y por los responsables sanitarios.

La intensidad de estos cuatro fenómenos varía entre categorías profesionales. En algunos casos, la principal causa de baja productividad es el absentismo o el bajo rendimiento entre horas necesarias para la práctica asistencial y las horas disponibles. En otros, especialmente en las unidades de hospitalización, el problema radica en una distribución asimétrica de las cargas de trabajo entre unidades. En cualquier caso, la existencia de estos fenómenos pone de manifiesto un problema organizativo y de modelo asistencial. La baja productividad no es un problema individual, ni debe culparse a los distintos colectivos profesionales, sino que es el resultado de un modelo organizativo y un marco de relaciones laborales complejo.

¿En qué consiste?

A nadie se le escapa que de todo esto, se deduce que la actividad que se realiza actualmente podría ser efectuada con menos recursos y, por tanto, con un ahorro de coste significativo y no coyuntural. Las medidas deberían afectar tanto al marco de las condiciones laborales como a la mejora de la organización asistencial.

En el marco de las condiciones laborales y del ejercicio de la profesión proponemos:

- incrementar progresivamente la jornada anual trabajada en el sector sanitario en una media de 2 horas semanales con el fin de situarse en las 1.680 horas anuales;
- crear mecanismos de flexibilidad del tiempo trabajado, y por lo tanto, contratos a tiempo parcial, con el fin de ajustar el equipo asistencial a los patrones de actividad que se producen a lo largo del día;
- facilitar la movilidad de profesionales entre unidades dentro del mismo centro, con el fin de ganar mayor flexibilidad;
- instaurar sistemas más efectivos de control de las ausencias y las bajas por IT.

En cambio, en el marco de las políticas de recursos humanos y la organización asistencial pueden adoptarse las siguientes medidas:

- generalizar los sistemas de retribución ligados al desempeño;

- aprovechar al máximo las competencias y funciones de todas las profesiones sanitarias dentro del proceso asistencial;
- beneficiarse de la introducción de las TIC para mejorar la productividad del proceso asistencial;
- rediseñar los procesos asistenciales para reducir aquellas actividades que no generan valor (*lean management*).

¿Cuál es su impacto?

Una recuperación de 240 horas anuales por trabajador especializado permitiría contar con la disponibilidad de un 11,4% más de plantilla para realizar la actividad o, a la inversa, para la misma actividad que se realiza actualmente se necesitaría un 11,4% de plantilla menos; para conseguirlo se debería:

- Incrementar progresivamente la jornada anual trabajada en el sector sanitario en una media de 2 horas semanales, con el fin de situarse en las 1.680 horas anuales. Esto supone recorrer la mitad del camino entre la situación actual del sector sanitario y la media de los otros sectores en España. En concreto, se podrían ganar 90 horas por año, lo que supone un incremento del 5,7% para el conjunto de los profesionales.
- Incrementar el rendimiento de las horas trabajadas en el mismo porcentaje (5,7%).

En términos económicos, esto supondría 3.102 millones anuales (11,4% de la masa salarial del sistema sanitario: 27.306 millones de €).

Si no se opta por la vía de reducción o ajuste de efectivos, que podría ser un planteamiento adecuado, sí se podría mejorar la accesibilidad (listas de espera) a nuestro sistema, con la consiguiente reducción de jornadas laborales, perdidas por trabajadores de otros sectores en espera de alguna atención. Pero, además, se podría contar con parte de los recursos necesarios para acometer los cambios anteriormente señalados, como el de modelo de atención a la cronicidad, la integración asistencial vertical o con servicios sociales, la mayor dedicación a la prevención, etc. Cambios que, a su vez, tal y como hemos visto, repercutirían en una mayor eficiencia del sistema.

4 Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Gasto Sanitario Público. 2009.

5 Estudio del gasto sanitario en España 2005 y análisis propio.

6 INE. Estadística sobre mercado laboral. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mercalab.htm

3 Incrementar el copago en medicamentos

¿Por qué es relevante?

El gasto en medicamentos en España, que en 2009 fue de 12.506 millones de €, ha mantenido una tendencia creciente: solamente comparando los años 2008 y 2009, dicho gasto ha crecido un 4,47%. Este crecimiento obedece a diferentes causas, entre las que destacan:

- el incremento del número de personas cubiertas por el sistema sanitario;
- el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, sobre todo el fenómeno de la *compresión* de la morbilidad que produce un gran incremento del consumo a partir de los 80 años (enfermedades crónicas, pluripatología, etc.);
- la innovación, que va substituyendo medicamentos antiguos por otros con mejoras (más o menos relevantes) y de mayor precio;
- el incremento del número de recetas por paciente;
- la gran variabilidad de prescripciones en las diferentes comunidades autónomas;
- la función “estabilizadora” que ejerce el medicamento ante deficiencias del propio sistema, como las listas de espera.

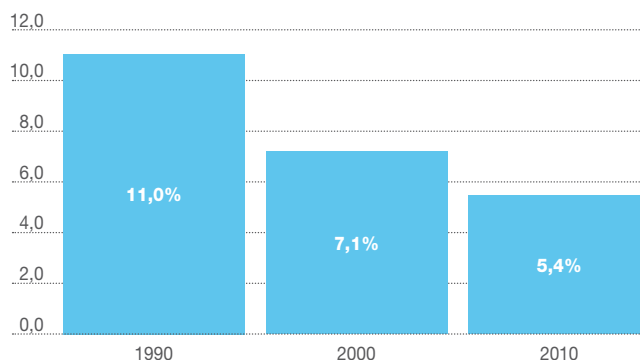
En los últimos 15 años se han adoptado, principalmente en el área del medicamento⁷, hasta 25 medidas de contención, focalizadas en 3 direcciones: bajada de precios, contribución al sistema a través de diferentes fórmulas de aportación y recorte del margen, que han afectado a la industria farmacéutica (innovadora y de genéricos), a su distribución y a sus oficinas. Todas ellas afectan a la oferta: son medidas coyunturales, que con el tiempo se han visto diluidas por el propio sistema, demostrando que hace falta un replanteamiento estructural que implique a todos los agentes y, lo que es más importante, que haga partícipe al ciudadano de la sostenibilidad del sistema.

Muchos países europeos ya están aplicando modelos de costes compartidos a los beneficiarios del sistema público de salud para el acceso a la prestación farmacéutica. España no es la excepción, pero en su caso, la *contribución efectiva* del paciente en el coste de los medicamentos ha venido

disminuyendo considerablemente en los últimos años: en 1990, era del 11% del precio del medicamento; en 2000, del 7,1% y, en 2010 de entre el 5,4 y el 5,8%.

Gráfico 4. Porcentaje de contribución efectiva del usuario en el gasto farmacéutico del SNS (1990-2010)

Fuente: Antares Consulting. Modalidades de coste compartido en la prestación farmacéutica en Europa. (2010).



Antares Consulting ha analizado las modalidades de costes compartidos vigentes en 15 países de Europa⁸. El estudio evidencia que existe una gran variabilidad en las modalidades, pero que la modalidad de España (contribución del ciudadano a través de un porcentaje del PVP – Coseguro -) es la que siguen el 60% de estos países. También pone de manifiesto que gran parte de los analizados disponen de particularidades que hacen que la contribución efectiva sea superior a la española. La situación española es el resultado de la baja contribución de los pacientes crónicos.

¿En qué consiste?

En el caso del copago por medicamentos, se podría aumentar la aportación del ciudadano con el fin de recuperar paulatinamente el porcentaje de contribución efectiva (ha disminuido del 11% al 5,8% en los últimos 20 años). En concreto, a la aportación actual, se le podría añadir un copago por parte del paciente de 0,5€ por receta, con un máximo de 4,5€ al mes. Esto supondría que el usuario podría llegar a pagar, en concepto de copago, un máximo de 1€ semanal por su medicación.

El incremento del copago por medicamentos debería acompañarse de otras iniciativas de sensibilización dirigidas al ciudadano, como:

- dar información directa al paciente de los costes anuales totales en medicamentos, con el fin de

concienciarlo y hacerlo participar en la sostenibilidad del sistema;

- informar, en todos los ámbitos de los servicios de salud, del coste del tratamiento y, de forma sistemática, del coste de no seguirlo tal y como lo ha prescrito el médico;
- incentivar el consumo eficiente reduciendo la utilización innecesaria que no aporta salud pero genera costes;
- mejorar el control sobre el fraude en la utilización del copago farmacéutico.

¿Cuál es su impacto?

La traducción económica podría oscilar en torno a los 513 millones de € anuales en concepto de copago. Pero más importante sería el efecto disuasorio de la medida y crear conciencia del valor de la atención sanitaria y del propio medicamento.

7 Antares Consulting. Impacto económico sobre la Farmacia y la Distribución del RDL 4/2010 y 8/2010. 2010.

8 Antares Consulting. Modalidades de coste compartido en la prestación farmacéutica en Europa. 2008.

Entre un 10 y un 12% de pacientes origina el 41 al 46% de las estancias del hospital. 33% de las visitas de atención primaria corresponden a mayores de 65 años que visitaron al médico más de 8 veces al año

4 Desarrollar el modelo de atención a pacientes crónicos

¿Por qué es relevante?

Actualmente, es de sobra conocido el incremento de la enfermedad crónica, tanto en los países industrializados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. En 2005 la OMS⁹ ya señalaba que el 60% de todas las muertes en el mundo eran debidas a enfermedad crónica y, especialmente a las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias, el cáncer y la diabetes. En la UE, entre un 20 y un 40% de la población mayor de 15 ya tiene una enfermedad crónica¹⁰. En nuestro país y según datos de la Encuesta de Salud de Euskadi 2007, un 41,5% de los hombres y un 46,3% de las mujeres declararon padecer un problema de salud, mientras que un 76% de la población mayor de 65 años declaró sufrir uno o más problemas crónicos de salud¹¹.

Diversos estudios ponen de manifiesto que un número reducido de pacientes origina el uso de una mayor proporción de estancias hospitalarias, atenciones urgentes y consultas de atención primaria¹². Antares Consulting ha realizado múltiples estudios de las estancias hospitalarias y de las consultas en atención primaria en diferentes países en los que ha trabajado incluyendo, obviamente, España; en todos ellos ha corroborado los resultados publicados anteriormente: entre un 10 y un 12% de pacientes origina del 41 al 46% de las estancias del hospital y más del 33% del total de visitas de primaria corresponde a personas mayores de 65 años y que visitaron al médico más de 8 veces al año. Estos datos muestran la existencia de una excesiva frecuentación e inadecuación en el uso de los servicios sanitarios con un segmento de pacientes concreto: los pacientes con enfermedad crónica.

Tabla 4. Procentaje de personas con más de 8 visitas en Atención Primaria por año, por tramos de edad. Comunidad Valenciana (2007)

Fuente: Agencia Valenciana de Salud. Sistema de Información Ambulatoria.

| Grupo de Edad | Número vistas a AP | Número de visitas de personas con más de 8 visitas año | % de visitas de personas con más de 8 visitas/año |
|----------------|--------------------|--|---|
| 0 a 4 años | 486.024 | 180.504 | 37,14% |
| 5 a 64 años | 3.377.938 | 786.541 | 23,28% |
| 65 a 74 años | 865.702 | 284.749 | 32,89% |
| Más de 75 años | 958.332 | 351.266 | 36,65% |
| Total | 5.687.996 | 1.603.060 | 28,18% |

¿En qué consiste?

Numerosos informes¹³ aconsejan el cambio del modelo asistencial actual, basado en la atención a la enfermedad aguda, a un modelo de atención basado en la atención a la enfermedad crónica, ya que esta supone hasta el 75% del gasto sanitario y el 6,77% del PIB del país¹⁴.

Existen varios modelos teóricos de atención a la enfermedad crónica y varias experiencias prácticas implantadas en diversos países. Conviene resaltar que prácticamente todos ellos incorporan el principio de la segmentación de la población según el grado de su patología y aplican diferentes modos de atención a cada grupo. Estos modelos emplean de forma intensiva la prevención (primaria, secundaria y terciaria), el autocuidado por parte del paciente, los hospitales de procesos subagudos frente a los hospitales de agudos, la asistencia ambulatoria, la atención en el domicilio del usuario y la telemedicina como nuevas formas de prestar servicios a los pacientes, introduciendo un trabajo multidisciplinar y nuevos roles profesionales, como la gestión de casos.

¿Cuál es su impacto?

La mejora de la atención al paciente crónico reduce:

- la hiperfrecuentación de la atención ambulatoria, principalmente en la atención primaria;
- las visitas a los servicios de urgencias;
- la utilización de los servicios de hospitalización de procesos agudos.

Para ilustrar el beneficio de esta nueva forma de gestión de la enfermedad crónica, nos hemos centrado en el ámbito ambulatorio, puesto que el impacto sobre la hospitalización es analizado en la medida siguiente: hemos analizado una base de datos de una comunidad autónoma que en 2007 tuvo 5,6 millones de consultas en atención primaria. Sobre esta base, hemos estudiado la hiperfrecuentación de las personas mayores de 65 años.

Con el criterio de pacientes mayores de 65 años que realizaron más de 9 visitas al año, vimos que a estos les correspondía el 24,44% de todas las visitas efectuadas en atención primaria. En el SNS, se produjeron en el año 2008 un volumen de 273.557.142 visitas. Si extrapolamos los datos del estudio a su conjunto, estamos hablando de 66.861.058 visitas de personas de 65 o más años, que superan el límite de 9 o más visitas por persona al año. El coste medio de una visita de atención primaria en el SNS estimamos que es de 14,78 €. Una simple multiplicación nos ofrece una cifra de 988.191.879 € que podrían ahorrarse si se gestionase a los pacientes crónicos con otro modelo y se evitasen, en promedio, las visitas a atención primaria de las personas mayores por encima de las 8 visitas por paciente al año.

En términos operativos, estamos dedicando a la sobreexplotación del sistema 1.000 millones de € y el equivalente a 712 centros de salud, es decir más que todos los centros de salud de Cataluña (395) y la Comunidad de Madrid (297) juntas.

- 9 OMS. Preventing Chronic disease, a vital investment. 2005.
- 10 Nolte, E., McKee, M.. Caring for people with chronic conditions. A Health perspective. European Observatory on Health Systems and Policies. 2008.
- 11 Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Junio, 2010.
- 12 NHS. Department of Health. Chronic Disease Management a compendium of information. 2004.
- 13 Bengoa, R., Nuño, R.. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica. OMS 2008.
- 14 Busse, R., [et. al.] Managing Chronic Disease in Europe. Disponible en: <http://www.sustainhealthcare.org>

5 Desarrollar un espacio sociosanitario alternativo a la hospitalización de agudos

¿Por qué es relevante?

Los avances en la tecnología médica y el conocimiento médico están contribuyendo a la cronicidad de muchas enfermedades que antes tenían una evolución fatal (por ejemplo el cáncer o la enfermedad por VIH), al tiempo que prolongan la supervivencia de aquellas que ya de por sí se consideraban crónicas. Este fenómeno, ligado al mayor envejecimiento de la población, consecuencia de lo anterior y de otros factores (económicos, culturales y sociales) hace que nos enfrentemos a la necesidad de atender a una mayor población que combina la enfermedad crónica con la dependencia.

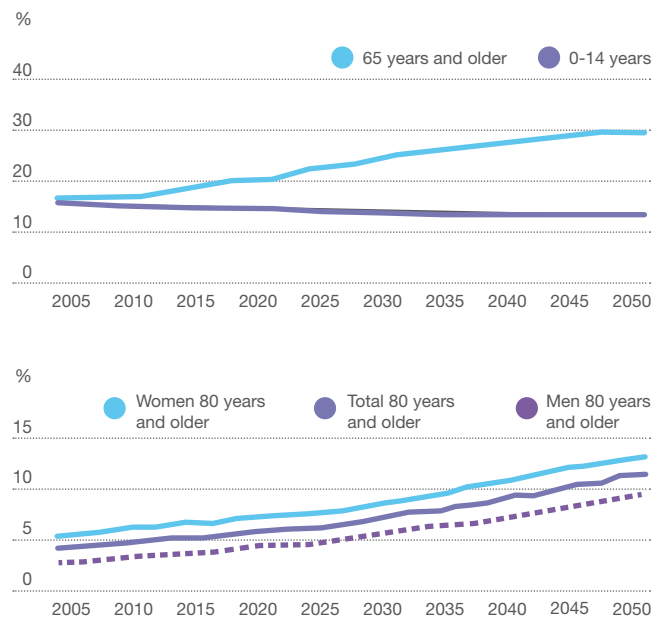
La necesidad de desarrollar el espacio sociosanitario no es nueva, y así lo puso de relieve por primera vez el informe SESPAS de 1995¹⁵. El reciente informe “Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España¹⁶”, insiste en la necesidad de desarrollar este espacio, sobre todo porque permite obtener eficiencias estructurales de gran impacto en el gasto de la prestación sanitaria y, a la vez, supone una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas.

Estas eficiencias significarán una mejor adecuación del uso de los servicios sanitarios. Potencialmente, esto implica una reducción de costes, que se ha observado en algunos casos, aunque la situación más frecuente es que los servicios se substituyen por sistemas de atención sociosanitaria alternativa. Generalmente, lo que lleva asociado es una readecuación de los servicios a las necesidades del usuario y la liberación equivalente de otros recursos sanitarios. En este sentido, en el apartado anterior ya hemos puesto de manifiesto el impacto que la mejor gestión de la enfermedad crónica puede suponer al sistema, siendo el nuevo modelo de atención crónica uno de los pilares fundamentales de la construcción del espacio sociosanitario.

La mayoría de los países desarrollados están implantando una atención integrada de pacientes con dependencia social. ¿Qué quiere decir esto? Que los pacientes con dependencia, al ser portadores en su mayoría de patologías crónicas (en Barcelona, el 99% de las personas mayores de 65 años con dependencia tiene un problema de salud crónico¹⁷) son atendidos desde una perspectiva multidisciplinar, con equipos integrados de profesionales de la salud y de cuidados sociales.

Gráfico 5. Proyecciones de la población por grupos de edad en la Unión Europea- 27 países, 2005-2050.

Fuente: EuroStat



Según las predicciones, España, con una de las esperanzas de vida más altas de Europa, se colocará en las tasas más altas en cuanto a porcentaje de mayores de 65 años y de 80 años. Se calcula que la ratio entre personas mayores de 65 años y personas entre 15 y 64 años pasará de un 24,5% en 2000 a un 54,3% en 2040¹⁸.

¿En qué consiste?

A pesar del crecimiento de la población con dependencia y de las enfermedades crónicas, los sistemas de atención sanitaria y social no interaccionan entre ellos como es debido, salvo en contadas excepciones. Lo anterior se refleja, entre otros aspectos, en que en la mayoría de los gobiernos autonómicos,

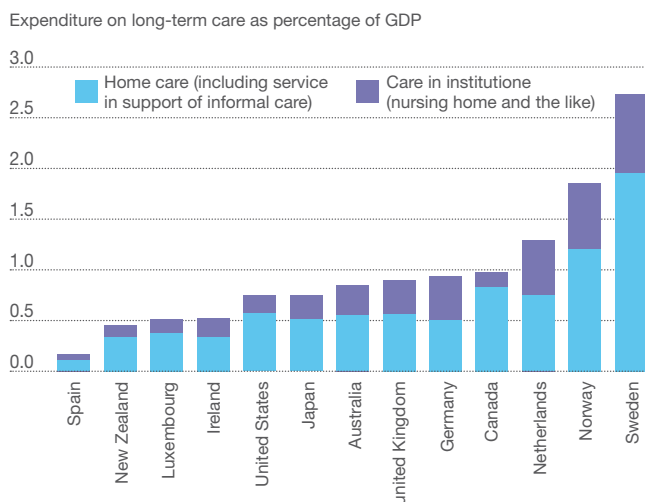
A pesar del crecimiento de la población con dependencia y de las enfermedades crónicas, los sistemas de atención sanitaria y social no interactúan entre ellos como es debido, salvo en contadas excepciones

las competencias de ambos sistemas recaen en consejerías separadas y el rol de la administración local en el campo de lo social tampoco se encuentra integrado. Por el contrario, en un gran número de países, la atención y la gestión del denominado “espacio sociosanitario” se producen de forma integrada y de forma cooperativa, bajo lo que en el mundo anglosajón se conoce como *Long Term Care* (cuidados de larga duración).

A esta separación en el gobierno y en la gestión del espacio sociosanitario en España se une una escasa inversión en recursos para la atención de estas personas, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 6. Gasto de la atención a domicilio como proporción del PIB en países de la OCDE, 2004.

Fuente: Long-term care for older people. OCDE



Las ventajas de la atención integrada pueden ser¹⁹:

- evitar duplicidades en los recursos empleados;
- menor sobreexplotación de recursos;
- aumentar la calidad de la prestación social y sanitaria;
- mejorar la calidad de vida de las personas y los resultados en salud;
- mejorar la satisfacción de las personas;
- reducir costes.

Crear el espacio sociosanitario supone:

- construir órganos conjuntos para elaborar y gestionar las políticas sociosanitarias;

- administrar una financiación única y suficiente del nuevo espacio;
- gestionar los recursos actuales de manera diferente, de forma integrada, basándose en la gestión de casos y equipos multidisciplinares;
- utilizar las TIC como una herramienta para facilitar y para hacer más eficientes los costes.

¿Cuál es su impacto?

Anteriormente se ha analizado el gran beneficio que produce esta práctica: la reducción de la excesiva frecuentación de la atención primaria. Centrémonos ahora en el impacto de la disminución de las hospitalizaciones en hospitales de agudos. Para ello, hemos analizado la base de datos de todos los pacientes internados en estos centros del SNS durante el 2008, concretamente, las estancias medias de 48 Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD, clasificación de pacientes en grupos con un consumo de recursos hospitalarios similar). En Estados Unidos, estos son los que, en mayor medida, se derivan a centros sociosanitarios u hospitales de media y larga estancia (*nursing homes*).

La diferencia entre la estancia media de estos GRD con la estancia media de los mismos GRD en Estados Unidos osciló entre 0 y 28 días. Esto significa que si los pacientes españoles se tratasen con la estancia estadounidense, se evitarían más de 1.638.000 estancias en hospitales de agudos, lo que equivale, con una tasa de ocupación del 85%, a 5.281 camas. El coste medio de una estancia de hospitales de agudos es, según los datos de Antares Consulting, de 657 €. De acuerdo con este coste, el importe de los días de estancia hospitalaria de dudosa adecuación de los pacientes de más frecuente derivación a centros sociosanitarios en España es de algo más de 1.000 millones de € al año (1.076.459.340 €).

15 Portella, E., Carrillo, E. La atención sociosanitaria. En: Navarro, C., Cabasés, JM., Tormo, MJ., La Salud y el Sistema Sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1995.

16 Carrillo, E., Cervera, M., Gil, V., Rueda, Y. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Antares Consulting; marzo 2010. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/content/update/publicaciones/documentos/pdf2.pdf>

17 Agencia de Salud Pública de Barcelona y Consorci Sanitari de Barcelona. La població vulnerable a Barcelona. 2006.

18 Arriba González de Durana, A., Moreno Fuentes, FJ. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2009.

19 Health systems integration: state of the evidence. IJIC. 2009.

WHO Regional Offices for Europe. Home Care in Europe. 2008.

6 Invertir decididamente en prevención y promoción de la salud

¿Por qué es relevante?

Se espera que el gasto en salud se vea incrementado de forma acelerada por el envejecimiento de la población, la creciente carga de enfermedades crónicas y el elevado coste de los medicamentos y otros tratamientos^{20,21}. En este contexto, los agentes sanitarios consideran que la prevención²² es un hecho ya aplicado de forma óptima y general. Sin embargo, aún se puede conseguir mejorar el sistema y ahorrar costes, al tiempo que se minimizan los factores de riesgo modificables mediante programas dirigidos y costes orientados a la promoción de salud y a la prevención de enfermedades que sean efectivos y basados en la evidencia²³. Sin embargo, ya hace tiempo el célebre informe *Lalonde*²⁴ puso de manifiesto cómo los gobiernos de los países desarrollados destinan sólo un 10% de su gasto sanitario al control de los determinantes de salud externos al SNS, aunque esos mismos determinantes son responsables de un 90% de la salud de las personas.

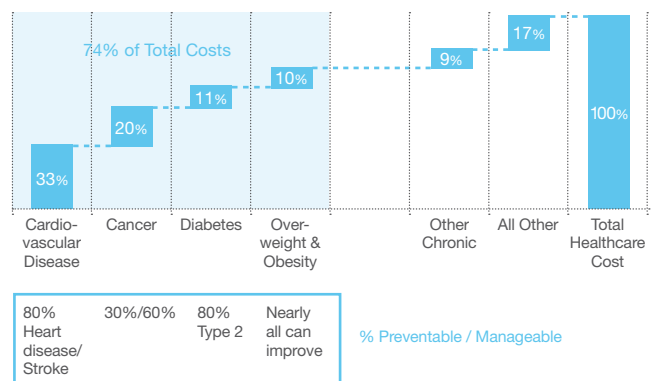
En la actualidad, el 75% del gasto sanitario en Estados Unidos se debe al consumo generado por 4 tipos de enfermedades crónicas, cuyas patologías son prevenibles entre el 60% y el 100% de los casos:

1. las enfermedades cardiovasculares y el ictus,
2. el cáncer,
3. la diabetes y
4. el sobrepeso y la obesidad.

Gráfico 7. Contribución de las enfermedades crónicas al coste del sistema sanitario de EEUU (2009)

Fuente: U.S. Senate Republican Policy Committee. Federal constraints on healthy behavior and wellness programs: the missing link in health care reform, april 21, 2009.

Four Chronic Conditions Compromise 74% of Costs
Cost Distribution by Disease State



España no es la excepción y los siguientes ejemplos nos dan una idea aproximada de la importancia del tema:

Diabetes tipo 2

Según el estudio OCDE-²⁵, en España el coste anual sanitario por paciente de esta enfermedad es de 1.605,33 €. De este coste, el 28,6% (459,12 €) está relacionado directamente con el control de la diabetes, el 30,51% (389,79 €) con sus complicaciones y el 40,89% (656,42 €) no está relacionado. El coste medio de un paciente sin complicaciones es de 1.086,09 € frente a los 1.725,69 € de uno con complicaciones microvasculares; los 2.487,06 € cuando existen complicaciones macrovasculares y los 2.623,59 € cuando coexisten ambos tipos de complicaciones²⁷. En España se estima que actualmente (2010) hay 2.566.305 diabéticos²⁸, lo que puede suponer un impacto global anual de aproximadamente 4.119 millones de € de coste sanitario en su atención.

Obesidad

En España tiene una prevalencia de 14,5%²⁹, que supone 2.010,24 millones de € al año en costes directos e indirectos (34,81 millones € y 1.975,43 millones € respectivamente)³⁰. La magnitud alcanza los 3.084,35 millones de € al año si se añaden los de las enfermedades directamente relacionadas (diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, dislipemias y enfermedades musculoesqueléticas).

A modo ilustrativo, en Estados Unidos el gasto sanitario que generan los adultos obesos por año es un 37% superior al que generan los individuos con un peso equilibrado.

En España la obesidad tiene una prevalencia de 14,5% y genera 2.010,24 millones de € por año en costes directos e indirectos

Respecto a otros países europeos (Dinamarca, Bélgica, Irlanda, Italia, Grecia, Portugal, Austria y Finlandia), España lidera el porcentaje de población obesa³¹.

Ictus

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cerebrovasculares representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de discapacidad física en las personas adultas y la segunda de demencia³². En España se estima su incidencia entre 132-174 casos nuevos al año por cada 100.000 habitantes³³.

El ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa (*burden of disease*)³⁴. Estudios europeos estiman que el coste del ictus el primer año tras el evento se sitúa entre 20.000 € y 30.000 €³⁵. En España se ha estimado en 5.338 €³⁶ (euros de 1999), que equivalen a 7.270,36 € (euros 2010). En coherencia con estos datos, el impacto económico anual puede suponer para este caso un coste de entre 450,5 y 593,9 millones de € año.

Enfermedad coronaria

En España las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte produciendo el 31,7% de las defunciones anuales (122.552 personas en 2008)³⁷. El coste de las enfermedades cardiovasculares en España supone en promedio un impacto de aproximadamente 132,87 € per cápita y la enfermedad coronaria en particular supone 31,12 € per cápita: en total 6.238 millones de € y 1.461 millones de € respectivamente al año^{38 39}.

Todos estos ejemplos ilustran la importancia, e incluso la urgencia, de impulsar de forma directa y clara medidas preventivas no aleatorias sino dirigidas a condiciones definidas, prevalentes y de alto impacto en la sostenibilidad del sistema, no sólo como medidas dirigidas a mejorar su sostenibilidad, sino a influir de forma radical y positiva en la salud de todos. A modo de referencia: en Estados Unidos se ha estimado que los programas de prevención pueden ahorrarle al país más de 16.000 millones de dólares anuales durante los próximos 5 años, lo que supondrá al país un retorno de 5,60 \$ por cada dólar (1 \$) invertido en sanidad⁴⁰.

¿En qué consiste?

Profundizar a corto plazo en la investigación, identificación y promoción activa de aquellos comportamientos, hábitos, prácticas, etc., que cumplan al menos tres condiciones:

- que se dirijan a patologías prevalentes, de tendencia creciente y con alto impacto en el gasto sanitario;
- que sean de bajo coste de desarrollo y que su ámbito de aplicabilidad sea amplio (toda la población);
- que exista evidencia que demuestre que son efectivas para prevenir y tratar este tipo de patologías, con un efecto al menos igual a medidas más costosas.

¿Cuál es su impacto?

Con estos puntos de referencia, se han revisado fuentes secundarias internacionales buscando recomendaciones que cumplan los criterios enunciados que pueden orientar la concreción de acciones a corto plazo en nuestro sistema sanitario, como:

- Impulsar la generalización de 4 hábitos saludables: no fumar, mantenerse en un peso saludable, alimentarse con una dieta baja en grasas que incluya 5 frutas y/o vegetales al día y realizar 30 minutos de ejercicio diario 5 días a la semana, pues el 70% de las enfermedades crónicas están relacionadas con los hábitos de vida.
 - Si estos cuatro hábitos se implantaran ampliamente, en una población como la de EEUU, se ha calculado que ahorrarían 200.000 millones de dólares en tratamientos al año⁴¹.
- Enseñar a los menores de edad hábitos saludables, especialmente no fumar y mantener un peso saludable;
 - en EEUU se estima que si estas medidas se aplicaran de forma general, se podría ahorrar alrededor de 100.000 millones de \$ en costes de tratamiento, y añadir entre 340.000 – 500.000 millones de \$ a su PIB en los próximos 15 años.
- Impulsar y extender el uso complementario de ácidos grasos Omega-3 en la dieta, pues los pacientes que toman 850mg de ácidos grasos Omega 3 diariamente, han mostrado una reducción en el riesgo de muerte súbita por fallo cardíaco del 45%⁴²;
 - si todos los adultos mayores de 65 años comenzaran a tomar diariamente un suplemento de Omega 3, EEUU podría ahorrar anualmente de más de 950

millones de \$, solamente por la reducción de ingresos hospitalarios por enfermedad coronaria⁴³.

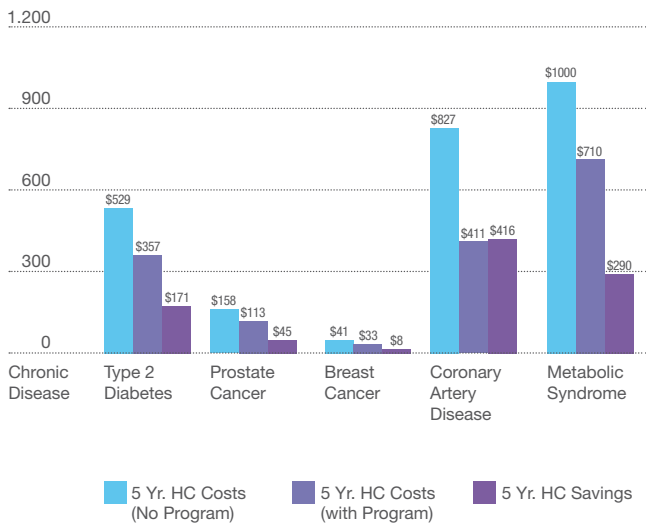
—Fomentar el tratamiento intensivo sobre los estilos de vida que se asocian a las patologías más costosas: investigaciones realizadas acerca de la efectividad comparada han mostrado que los cambios en los estilos de vida afectan de forma beneficiosa la progresión de la enfermedad coronaria, diabetes, síndrome metabólico, cáncer de mama y cáncer de próstata⁴⁴.

- Cambios exhaustivos en los estilos de vida pueden reducir costes de forma significativa⁴⁵:
 - en tratamientos de enfermedad coronaria: 50% tras solo un año (y un 20-30% adicional si se compara con un grupo de control);
 - síndrome metabólico y diabetes tipo 2: 30%;
 - cáncer de próstata: 28%;
 - cáncer de mama: 19%.

Gráfico 8. Análisis de costes de programas de tratamiento intensivo sobre los hábitos de vida

Fuente: fuente: Govil, SR., Weidner, G., Merritt Worden, T., Ornish, D.. Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. Am J Public Health; 99(7):1263-70. Jul, 2009.

Cost Analysis of Intensive Lifestyle Treatment Programs
HC Cost (in Billions)



- 20 Orszag, PR., Ellis, P. Addressing rising health care costs. A view from the Congressional Budget Office. *N Engl J Med*; 357:1885-1887. 2007. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp078191>
- 21 Congress of the United States, Congressional Budget Office. The Long-Term Outlook for Health Care Spending. Pub. No. 3085. November, 2007.
- 22 Definición de Prevención: En atención sanitaria, es un término amplio que incluye un amplio rango de intervenciones dirigidas a reducir la incidencia de enfermedades y discapacidades, o a enlentecer la progresión y/o exacerbación de la enfermedad. Disponible en : Starfield, B., Hyde, J., Gérvas, J., Heath, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*; 62(7):580-3. 2008.
- 23 Goetzel, RZ.. Do prevention or treatment services save Money? The wrong debate. *Health Affairs*. Vol. 28, num. 1, p.37-41. jan/feb 2009.
- 24 Lalonde, MA. New perspectives on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Information Canada. 1974.
- 25 Mata, M., et al. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio OCDE-2. *Gac Sanit*; 16(6):511-20. 2002.
- 26 Actualizado desde 1.305,15 € en valores de 2002 € de mayo de 2010.
- 27 Todas las cifras en € se han actualizado de 2002 (estudio OCDE2) a mayo de 2010 según el IPC (www.ine.es)
- 28 Fundación para la Diabetes. España, 2009.
- 29 Aranceta, J., et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*; 120(16):608-12. 2003.
- 30 Vazquez, R., López, JM. Los costes de la obesidad en España. *Revista de Economía de La Salud*; p40-42. sept-oct 2002.
- 31 Sanz de Galdeano, A. An Economic Analysis of Obesity in Europe: Health, Medical Care and Absenteeism Costs. FEDEA-La Caixa, 2007.
- 32 OMS, 2008. www.who.org
- 33 Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. MSC, 2008.
- 34 WHO [Internet]. Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002. Estimates of mortality, YLL, YLD and DALYs by sex, age and cause, for 14 WHO subregions for 2002 as reported in the World Health Report 2004.
- 35 Ekman, M. Economic evidence in stroke: a review. *Eur J Health Econ*; 5. Suppl 1:S74-83. Oct 2004.
- 36 Carod-Artal, FJ., Egido, JA., González, JL., Varela de Seijas E. Coste directo de la enfermedad cerebrovascular en el primer año de seguimiento. *Rev Neurol*; 28 (12): 1123-30. Ene-Jun, 1999.
- 37 INE. www.ine.es
- 38 Leal, J., et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*; 27, 1610–1619. 2006.
- 39 Todas las magnitudes económicas se han actualizado del estudio original de Leal, J. [et. al] (2003) a € de mayo de 2010, ajustando según la variación del IPC (www.ine.es)
- 40 Levi, J., Segal, LM., Juliano, C.. Prevention for a Healthier America: Investments in Disease Prevention Yield Significant Savings, Stronger Communities. Washington, DC: Trust for America's Health, 2008.
- 41 DeVol, R., Bedroussian, A., Charuworn, A., [et. al.]. An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease -- Charting a New Course to Save Lives and Increase Productivity and Economic Growth. Santa Monica, CA: Milken Institute; October 2007.
- 42 Dietary supplementation with Ω 3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSIPrevenzione trial. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico. *Lancet*. 1999; 354(9177):447-455.
- 43 DaVanzo, JE., Dobson, A., Tannamor, M., Dollard, J.. An Evidence-Based Study of the Role of Dietary Supplements in Helping Seniors Maintain their Independence. The Lewin Group. January 20, 2006.
- 44 Govil, SR., Weidner, G., Merritt Worden, T., Ornish, D.. Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *Am J Public Health*; 99(7):1263 70. Jul, 2009.
- 45 Govil, SR., Weidner, G., Merritt Worden, T., Ornish, D.. Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: the Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *Am J Public Health*; 99(7):1263 70. Jul, 2009.

7 Generalizar los servicios compartidos entre proveedores, especialmente los de soporte clínico

¿Por qué es relevante?

En otros sectores, la implantación de modelos de servicios compartidos mediante la alianza de distintas organizaciones ha contribuido a reducir costes, incrementar la eficiencia y optimizar la calidad desde hace años. Estos modelos permiten racionalizar el rendimiento y mejorar los resultados en diferentes aspectos:

- reduciendo de forma neta los costes directos;
- minimizando la duplicación de actividades y la burocracia;
- desarrollando economías de escala;
- optimizando la gestión de recursos y procesos;
- fortaleciendo la calidad y la eficiencia de forma objetiva.

En los hospitales podemos diferenciar tres grandes categorías de servicios y recursos:

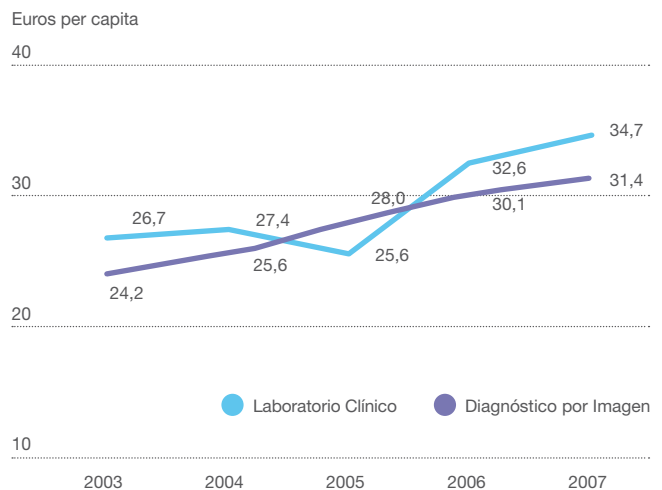
- de asistencia directa: hospitalización, urgencias, bloque quirúrgico, cuidados intensivos, etc.;
- de soporte a la asistencia clínica: laboratorios clínicos, diagnóstico por la imagen, farmacia, etc.;
- generales: logística, mantenimiento, seguridad, vigilancia, lavandería, cocina, etc.

En España, la evolución hacia la implantación de los modelos de servicios compartidos no resulta nueva y progresa paulatinamente. En los últimos años se ha extendido más en los servicios generales, gracias a que estos han apostado por modelos de concesión público-privada para servicios no sanitarios. Sin embargo, la entrada de este modelo en los *servicios de soporte a la asistencia clínica* tiene todavía un potencial de desarrollo importante, aunque existen experiencias relevantes desde los años noventa⁴⁶, especialmente en los servicios propios de los laboratorios clínicos (LC) y del diagnóstico por la imagen (DI).

En el hospital público español medio, el gasto de las áreas DI y LC en términos de costes directos suponen una proporción de aproximadamente el 21% del total (9-10% y 11-12% aproximadamente respectivamente). El gasto público sanitario por habitante por estos dos tipos de servicios en España mantiene una tendencia ascendente sostenida.

Gráfico 9. Evolución del gasto público per cápita en laboratorio clínico y diagnóstico por imagen. España (2003-2007)

Fuente: Eurostat, 2010.



¿En qué consiste?

El principio básico de estos modelos es establecer un sólo proveedor del “servicio” para una red de “centros-clientes”, desarrollando de forma centralizada las diferentes actividades relacionadas con la cadena de valor de dicho servicio, en vez de tener múltiples unidades operativas. Estos procesos compartidos parecen dirigirse, tanto administrativa como físicamente, desde las diferentes unidades operativas hacia una organización integrada, de gestión y funcionamiento separados.

Un posible punto clave para los hospitales públicos pueden ser las fórmulas de concesión administrativa, como mecanismo que les permita desarrollar estos servicios sin incrementar la deuda pública y estabilizar en un coste fijo la ratio por cápita de gasto, transfiriendo los riesgos económicos y de disponibilidad a los concesionarios bajo riesgo de penalización por fallos. Para los hospitales concertados, en cambio, este punto podría ser la creación de una alianza estratégica entre proveedores.

La implantación de modelos de servicios compartidos mediante la alianza de distintas organizaciones ha contribuido a reducir costes, incrementar la eficiencia y optimizar la calidad

Esto ya es evidente en los laboratorios de análisis clínicos y diagnóstico por imagen. Pero también podría ser aplicable a los servicios de farmacia hospitalaria, así como a las especialidades médico quirúrgicas que precisan una población grande para ser autosuficientes (por ejemplo, pediatría con especialidades pediátricas desarrolladas) o en otros casos con dificultad para encontrar profesionales (anestelistas, etc.)

¿Cuál es su impacto?

Para calcular el impacto, hemos analizado los datos de dos experiencias recientes que ejemplifican los beneficios de estos modelos para el sector público (teniendo presente que hay más iniciativas activas en España).

1. Un buen ejemplo en el diagnóstico por imagen es la Unidad Central de Radiodiagnóstico de Madrid, empresa pública creada en 2008 que da cobertura a 6 hospitales públicos y ha extendido su apoyo a 3 más, correspondiente a una población de alrededor de 1,2 millones de habitantes, realizando más de 50.000 pruebas al mes. Cabe destacar:
 - frente a un modelo de ordenación convencional de la radiología, su coste de funcionamiento actual supone un ahorro de 10 millones de € anuales a la Comunidad de Madrid⁴⁷;
 - en inversión de equipamiento ha permitido un ahorro del 35% (presupuesto de licitación: 32.971.712 €. Adjudicación final : 21.441.727 €);
 - su eficiencia mantiene una tendencia constante de mejora interanual: la evolución de la tarifa UCR⁴⁸ bajó 28% el primer año (de 13,32 € a 9,56 €) y ha bajado 14% más entre 2009 y 2010 (de 9,56 € a 8,17 €)⁴⁹.

Extrapolando el impacto hipotético de estos resultados a escala estatal: en 2007, el gasto sanitario público per cápita por diagnóstico por imagen fue de 31,37 €⁵⁰. Si el coste per cápita hubiese sido 13,32 € (primer año de funcionamiento), el ahorro habría supuesto 815,87 millones de €, lo que en valor 2010 equivaldría a 845,517 millones de €.
2. En laboratorios de análisis clínicos, en cambio, el Laboratorio central BR Salud de Madrid da servicio, desde el Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, a 6 hospitales y a sus áreas de influencia de Atención Primaria: 1,1 millones de habitantes. Oferta análisis clínicos, bioquímica clínica, hematología clínica,

inmunología, genética, microbiología y parasitología, además de pruebas de compatibilidad de sangre y componentes sanguíneos. Sigue un modelo de colaboración público-privada, mediante la fórmula de concesión administrativa sanitaria a un consorcio privado (BR Salud).

El coste per cápita al año es de 15,91€⁵¹, que representa aproximadamente la mitad del coste medio de los laboratorios del Servicio Madrileño de Salud, lo que supondrá a la Comunidad de Madrid un ahorro de 90 millones de € en 8 años⁵².

Extrapolando el impacto hipotético de estos resultados a escala estatal: en 2007, el gasto sanitario público per cápita por laboratorio clínico fue de 34,66 €⁵³. Si el coste per cápita hubiese sido 15,91€ (cápita BR Salud Madrid 2008), el ahorro habría supuesto 847,51 millones de €, lo que en valor 2010 equivaldría a 862,77 millones de €.

46 Institut de Diagnòstic per la Imatge, ICS (Barcelona), empresa pública creada en 1991. Laboratorio de referencia de Cataluña (Barcelona), estructura jurídica privada y de capital público, creado en 1992.

47 Conferencia del Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Foro Nueva Economía, 25 de noviembre de 2009. Transcripción disponible en: <http://www.scribd.com/doc/23156256/Discurso-Foro-Nueva-Economia-Juan-Jose-Guemes-25-11-09>

48 La tarifa UCR mide la eficiencia interna de la U.C.R. Es el mejor indicador de rendimiento de recursos ya que, es inversamente proporcional al nivel de actividad y al volumen de gasto.

49 Nuevas fórmulas de gestión: la unidad central de radiodiagnóstico-un proyecto ligado a la tecnología. Conferencia presentada en las X Jornadas de gestión y evaluación de costes sanitarios de la Fundación Signo, 2 de junio de 2010.

50 OCDE, 2010.

51 BR Salud, 2009.

52 Conferencia del Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Foro Nueva Economía, 25 de noviembre de 2009. Transcripción disponible en <http://www.scribd.com/doc/23156256/Discurso-Foro-Nueva-Economia-Juan-Jose-Guemes-25-11-09>

53 OCDE, 2010.

8 Reordenar la medicina de tercer nivel y la oferta hospitalaria

¿Por qué es relevante?

La medicina de tercer nivel concentra una parte importante de los recursos del SNS. No sólo en términos económicos (presupuesto), sino también a nivel de competencias profesionales (médicos, enfermeras) y tecnología. Aunque no existe una definición clara, ésta afecta:

- a los tratamientos de alta complejidad médica;
- a los trasplantes;
- a los equipamientos de alta tecnología;
- a las unidades especializadas en enfermedades raras o poco prevalentes;
- a las unidades de críticos muy especializadas (neonatos, quemados, etc.).

La regulación de dichas actividades (mayor o menor descentralización dentro de la oferta hospitalaria del SNS) supone un reto importante pues tiene repercusiones:

- económicas: una mayor dispersión de recursos de tercer nivel en hospitales universitarios y hospitales generales grandes, supone un mayor presupuesto;
- de accesibilidad: una mayor concentración puede suponer un riesgo de accesibilidad.

Actualmente, algunos países de Europa han empezado a regular esta actividad a través de los niveles mínimos de actividad para algunas patologías o equipamientos. En Bélgica, por ejemplo, la KCE ha definido niveles mínimos de actividad para:

- cáncer de mama (1.000 mamografías al año, 100 intervenciones quirúrgicas al año);
- pediatría (1.500 pacientes al año y 2.000 si existe maternidad, 3 pediatras a tiempo completo);
- equipamiento tecnológico (500 pacientes al año en radioterapia, 25.000 admisiones al año por RMN, 100.000 admisiones por Pet-Scan).

Además, está definiendo nuevos niveles mínimos de actividad para:

- patologías cardíacas;
- cáncer de páncreas;
- cáncer de esófago;
- cirugía ginecológica compleja;
- cáncer colorectal.

En Francia, en cambio, existen mínimos de actividad para el tratamiento oncológico:

- radioterapia (600 pacientes al año);
 - quimioterapia (80 pacientes al año);
 - cirugía del cáncer (mama, digestivo, urología, ginecología, ORL, con un mínimo de 20-30 intervenciones al año).
- Y también en otras actividades:
- cirugía: un mínimo de 1.500 intervenciones al año (y en 2009 había 182 hospitales por debajo de este mínimo);
 - maternidad (mínimo 300 partos al año).

La medicina de tercer nivel tiende a concentrarse en los hospitales universitarios, así como en hospitales generales grandes. Por lo tanto, la oferta de hospitales universitarios puede ser utilizada como un indicador indirecto sobre la organización de la medicina de tercer nivel. Un análisis de la oferta de hospitales universitarios en Francia, Bélgica y Suiza revela una dotación de 1 hospital universitario por cada 1,5-2 millones de habitantes. España dispone de 54 hospitales con la denominación de universitarios dentro del Catálogo Nacional de Hospitales (considerando los complejos hospitalarios como un único hospital) para una población de 45 millones de habitantes. Con toda seguridad, el concepto de hospital universitario no es el mismo en todos los países y probablemente en España incluye al mismo tiempo el hospital docente y el hospital de tercer nivel.

Tabla 5. Número de hospitales universitarios por millones de habitantes

Fuente: Antares Consulting.

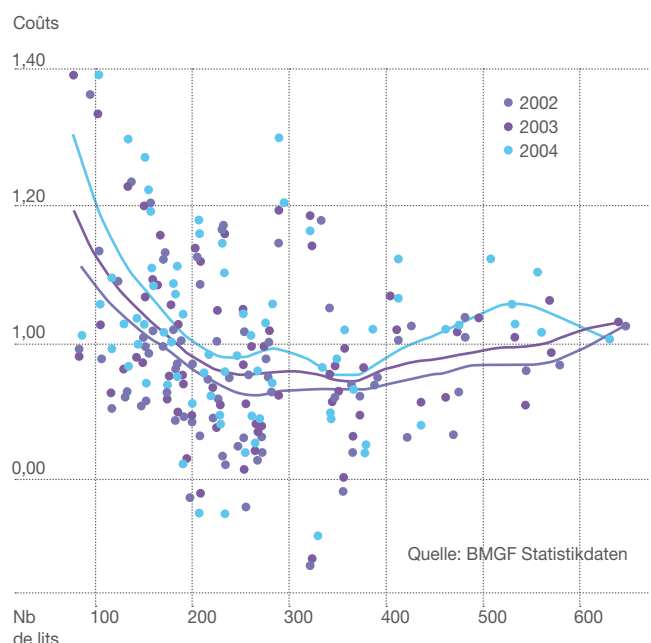
| País | Hospitales Universitarios | Población | N habitantes por H.U. |
|---------|---------------------------|------------|-----------------------|
| España | 54 | 46.661.950 | 864.110 |
| Francia | 32 | 64.351.000 | 2.010.969 |
| Suiza | 5 | 7.783.000 | 1.556.600 |
| Bélgica | 7 | 10.666.000 | 1.523.714 |

A título ilustrativo, en Madrid hay 8 hospitales universitarios para 5,5 millones de habitantes en la comunidad, en Barcelona 5 para un área metropolitana de 3 millones de habitantes de la primera corona metropolitana y en la Comunidad Valenciana 7 para 4,7 millones de habitantes.

Además de reordenar la oferta hospitalaria de tercer nivel, la red de hospitales del SNS debería optimizarse en dos líneas muy concretas. Existe una clara relación entre el tamaño del hospital y sus costes. Por debajo de 200 camas, el coste medio por hospital aumenta significativamente⁵⁴. Además, estudios recientes han demostrado que existe una relación positiva entre un volumen de actividad y la calidad asistencial⁵⁵.

Gráfico 10. Relación entre coste medio y tamaño de los hospitales en varios países europeos

Fuente: EHMA – Managing Innovation in the Health Sector (2004)



Según el Catálogo Nacional de Hospitales, en España hay 195 hospitales públicos o concertados con el SNS con menos de 200 camas. Además, la previsión de construcción y/o apertura de hospitales para el período 2009 a 2013 asciende a 117, de los cuales 72 son públicos (18.203 camas) y 39 tienen menos de 200 camas. Ante estos datos, cabría preguntarse ¿es necesario dicho incremento en la oferta de camas hospitalarias? ¿la demanda de atención hospitalaria por parte de la población crece a este ritmo? ¿si el patrón

epidemiológico evoluciona hacia un paciente más crónico y dependiente, no deberíamos desarrollar la oferta de camas sociosanitaria?

¿En qué consiste?

En este sentido, proponemos una serie de medidas concretas:

- definir niveles mínimos de actividad para determinadas patologías y equipamientos;
- reordenar la oferta de hospitales universitarios, separando el concepto de hospital terciario y hospital docente;
- realizar un mapa de hospitales por autonomía, que tienda a ajustar el tamaño de los centros (eficiencia) y la proporción de camas de agudos y sociosanitarios (necesidades);
- definir y acreditar unidades de referencia, y su alcance en términos de población (comunidad, supracomunidad, nacional), y ajustar los recursos a dichos requerimientos (equipamientos, guardias, tecnología, etc.).

¿Cuál es su impacto?

Para calcular el impacto de esta medida, en primer lugar se debería hacer una aproximación al sobrecoste que supone la excesiva oferta de medicina terciaria y de hospitales pequeños. El gasto sanitario público total en 2007 ascendió a 63.768 millones de €, y el 53,9% correspondió a servicios hospitalarios y especializados. Según los datos del Catálogo Nacional de Hospitales, el 61% de las camas corresponden a los hospitales universitarios o bien a hospitales de menos de 200 camas. Si el sobrecoste de estos hospitales es del 15%, esto supondría un total de 3.145 millones de € anuales. No obstante, se debería asumir que como máximo se podría reducir un tercio de dicho sobrecoste, es decir 1.038 millones de € anuales, puesto que algunos hospitales pequeños o unidades de medicina terciaria estarán plenamente justificados desde el punto de vista de la accesibilidad a los servicios.

54 EHMA – Managing Innovation in the Health Sector. 2004. Perímetro del estudio : Alemania, Dinamarca, España, Francia, Hungría, Italia, Países Bajos, Reino Unido.

55 Questions d'Economie de la Santé Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France? Zeynep Or, Thomas Renaud (Irdes) n° 149. Décembre 2009.

Si se implantan medidas que incidan directamente en la prevención de Efectos Adversos evitables en los hospitales públicos españoles, el SNS podría ahorrar entre 1.010 y 1.152 millones de €/año.

9 Impulsar decididamente las estrategias de seguridad del paciente

¿Por qué?

Actualmente, en el ámbito español, los Incidentes (IN⁵⁶) y Efectos Adversos (EA⁵⁷) tienen un impacto relevante tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria. En atención primaria⁵⁸ la prevalencia de EA es baja (11,18%), y sus tres principales causas están relacionadas con la medicación (48,2% de los casos), con los cuidados (25,7%), y con la comunicación (24,6%).

Sin embargo, en los hospitales la realidad es diferente. El 9,3% de los pacientes que ingresan sufren algún EA⁵⁹, la mitad de los cuales podrían haberse evitado. En concreto, las 3 principales causas de EA son los errores relacionados con la medicación (37,4%), la infección nosocomial (25,3%) y los problemas técnicos durante la realización de un procedimiento (25%).

Apoyándonos en los datos de prevalencia del estudio ENEAS y en los modelos de estimación del impacto económico utilizados en el estudio de la “no seguridad del paciente” en administración de medicamentos, infecciones nosocomiales y problemas relacionados con procedimientos quirúrgicos⁶⁰, es posible valorar el coste global que han supuesto los EA en la red hospitalaria pública⁶¹. Así, para el caso de las altas producidas por los hospitales públicos españoles en 2008, se estima que 302.179 personas (8,41%) sufrieron EA de los tres tipos comentados. Atender a estos pacientes habrá supuesto al sistema de salud aproximadamente entre 2.334 y 2.726 millones de € en costes directos. Estas cifras justifican la definición de líneas de acción directas y su aplicación sostenida, para controlar la incidencia de efectos adversos, con prioridad, aunque no exclusivamente, de los tres tipos más prevalentes. (Véase tabla 6 página 31)

¿En qué consiste la medida?

—Aplicar con alcance general en la red hospitalaria la implantación de las 22 “Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la

prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales⁶²”

- Impulsar de forma concreta, dirigida y sistemática la identificación, definición, adecuación e implantación de “prácticas seguras simples⁶³” dirigidas específicamente a la prevención de Sucesos Adversos relacionados con medicamentos, infecciones nosocomiales y procedimientos quirúrgicos.
- Promover que las comunidades autónomas realicen planes estratégicos sobre la seguridad del paciente, que se integren en el marco de los respectivos planes de salud y se desplieguen en la red sanitaria correspondiente.

¿Cuál es su impacto?

El estudio ENEAS ha determinado el porcentaje de EA evitables de entre los detectados en el estudio. Si se implantan medidas que incidan directamente sobre éstos, supondría que el sistema de salud podría ahorrarse (con cifras de 2008) entre 1.010 y 1.152 millones de € al año. (Véase tabla 7 página 31)

56 Incidentes: Accidentes imprevistos o inesperados que no llegan a producir daño al paciente.

57 Efectos Adversos: Accidentes imprevistos o inesperados que causan algún daño o complicación al paciente y que son consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

58 Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS). MSC. 2008.

59 Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). MSC. Febrero 2006.

60 Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”: en administración de medicamentos, en infecciones nosocomiales, en problemas relacionados con procedimientos quirúrgicos. MSC. 2008.

61 Las variables del modelo de estimación del coste se han ajustado al total de altas generadas por los hospitales públicos en 2008 y el coste/paciente por tipo de EA se ha ajustado según el IPC a diciembre de 2008.

62 Alvarez, J.C., Portella, E., [et. al]. Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. MSC, 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>

63 Prácticas aplicables al ámbito asistencial sanitario validadas como «Seguras» por un agente reconocido y calificado, dirigidas a la prevención de Efectos Adversos, de baja complejidad de implantación y de alto impacto potencial general en la seguridad del Paciente, sobre la base de la evidencia científica disponible.

Tabla 6. Estimación de los costes directos generados por los pacientes ingresados en hospitales públicos afectados por Efectos Adversos (Actividad 2008). Fuente: Antares Consulting.

| Tipo de Efecto Adverso | | Variables estudio ENEAS | | | | Impacto en el SNS | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|-------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Coste estimado €/paciente | | Prevalencia en pacientes ingresado | % de estos EA que son evitables | Altas SNS (2008) | | Coste global para el SNS | |
| | | Min | Max | | | Total | Total estimadas (con EA) | Min | Max |
| Medicamentos | EA relacionados con la medicación | 3.716,10 € | 6.259,65 € | 4,000% | 34,8% | 143.690 | 533.965.236,59 € | 899.445.514,67€ | |
| | Errores relacionados con la medicación | 2.072,72 € | 2.072,72 € | 1,392% | 34,8% | 50.004 | 103.644.343,72 € | 103.644.343,72 € | |
| Infecciones nosocomiales | Neumonía nosocomial | 20.941,34 € | 20.941,34 € | 0,269% | 56,6% | 9.663 | 202.358.690,29 € | 202.358.690,29 € | |
| | Infección nosocomial del tracto urinario | 1.042,53 € | 1.089,61 € | 0,429% | 56,6% | 15.411 | 16.066.071,68 € | 16.791.636,20 € | |
| | Bacteriemia | 41.924,16 € | 41.924,16 € | 0,181% | 56,6% | 6.502 | 272.588.810,32 € | 272.588.810,32 € | |
| | Bacteriemia asociada a catéter venoso | 9.384,98 € | 15.230,98 € | 0,124% | 56,6% | 4.454 | 41.804.243,07 € | 67.844.511,54 € | |
| | Infección nosocomial del sitio quirúrgico | 27.671,80 € | 27.671,80 € | 0,477% | 56,6% | 17.135 | 474.155.693,80 € | 474.155.693,80 € | |
| Procedimientos quirúrgicos | Hemorragia o hematoma | 13.839,83 € | 13.839,83 € | 1,020% | 31,7% | 36.641 | 507.102.677,77 € | 507.102.677,77 € | |
| | Lesión en un órgano | 5.341,55 € | 5.341,55 € | 0,330% | 31,7% | 11.854 | 63.320.787,05 € | 63.320.787,05 € | |
| | Neumotórax | 11.179,70 € | 11.179,70 € | 0,110% | 31,7% | 3.951 | 44.176.160,14 € | 44.176.160,14 € | |
| | Dehiscencia de herida | 26.040,75€ | 26.040,75€ | 0,080% | 31,7% | 2.874 | 74.835.670,87 € | 74.835.670,87 € | |
| Total anual (Atlas 2008) | | | | | | 3.592.238 | 302.179 8,41% | 2.334.018.385,30€ | 2.726.264.496,37€ |

Tabla 7. Estimación de los costes evitables por pacientes ingresados en los hospitales públicos afectados por Efectos Adversos (2008). Fuente: Antares Consulting.

| Tipo de Efecto Adverso | | Impacto en el SNS | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Altas SNS (2008) | | Ahorro para el SNS si se eliminaran los casos evitables | | |
| | | Total | Total estimadas (con EA) | % de estos EA que son evitables | Altas evitables | Min |
| Medicamentos | EA relacionados con la medicación | 143.690 | 50.004 | 34,8% | 185.819.902,33 € | 313.007.039,11 € |
| | Errores relacionados con la medicación | 50.004 | 17.401 | 34,8% | 36.068.231,61 € | 36.068.231,61 € |
| Infecciones nosocomiales | Neumonía nosocomial | 9.663 | 5.469 | 56,6% | 114.535.018,71 € | 114.535.018,71 € |
| | Infección nosocomial del tracto urinario | 15.411 | 8.722 | 56,6% | 9.093.369,57 € | 9.504.066,09 € |
| | Bacteriemia | 6.502 | 3.680 | 56,6% | 154.285.266,64 € | 154.285.266,64 € |
| | Bacteriemia asociada a catéter venoso | 4.454 | 2.521 | 56,6% | 23.661.201,58 € | 38.399.993,53 € |
| | Infección nosocomial del sitio quirúrgico | 17.135 | 9.698 | 56,6% | 268.372.122,69 € | 268.372.122,69 € |
| Procedimientos quirúrgicos | Hemorragia o hematoma | 36.641 | 11.615 | 31,7% | 160.751.548,85 € | 160.751.548,85 € |
| | Lesión en un órgano | 11.854 | 3.758 | 31,7% | 20.072.689,49 € | 20.072.689,49 € |
| | Neumotórax | 3.951 | 1.253 | 31,7% | 14.003.842,77 € | 14.003.842,77 € |
| | Dehiscencia de herida | 2.874 | 911 | 31,7% | 23.722.907,66 € | 23.722.907,66 € |
| Total anual (Atlas 2008) | | 3.592.238 | 302.179 8,41% | 115.033 3,20% | 1.010.386.128,91€ | 1.152.722.727,16€ |

10 Potenciar iniciativas que aceleren el retorno de la inversión de las TIC en salud

¿Por qué es relevante?

Las TIC aplicadas a la salud, o eHealth⁶⁴, en el ámbito de mercado de la Unión Europea constituyen la tercera industria sanitaria, con un volumen estimado de 20.000 millones de €. En España, la inversión y el gasto en TIC en el SNS mantiene una tendencia creciente: solamente entre 2004 y 2007 ya se había duplicado, pasando de 6 € a 14 € per cápita. Esta progresión se ha traducido en diversos resultados positivos en el marco del programa Sanidad en Línea^{65 66}:

- el 96% de los centros de salud tienen una solución informática para la gestión clínico asistencial;
- el 85% de los hospitales tienen sistemas de gestión de radiología y un 60% tienen Sistemas de Almacenamiento Digital de Imágenes (PACS);
- el 65% de los centros de salud ofrecen citación por Internet;
- el diseño funcional de la Historia Clínica Digital del SNS se ha completado;
- más de 5.500 pediatras y médicos de familia disponen de receta electrónica, dando cobertura a 7 millones de ciudadanos;
- 14 comunidades autónomas han completado o están finalizando la implantación de la Historia Clínica Electrónica en sus centros de salud.

Estos logros resultan especialmente relevantes si se comparan por ejemplo con los observados en EEUU, donde a pesar de tener un mayor gasto per cápita en salud, solo el 1,5% de los hospitales del país tienen Historia Clínica Electrónica completamente integrada (es decir, presente en todas las unidades clínicas), el 7,5% la tienen con implantación básica (presente en al menos una unidad clínica)⁶⁷, y solamente el 4% de los médicos tienen sistemas de historia clínica electrónica para la atención ambulatoria (lo que en el contexto español equivaldría a los centros de salud)⁶⁸.

Sin embargo, a pesar del potencial de las Tecnologías de la Información (TI) en salud para mejorar la atención sanitaria y reducir los costes, sus beneficios proyectados han sido difíciles de demostrar^{69 70}, de forma que la creencia que la implantación de las TIC en salud mejora los resultados tanto clínicos como financieros presenta evidencias heterogéneas, dependiendo del tipo de tecnología y de su ámbito de aplicación. Algunos datos y ejemplos se detallan a continuación:

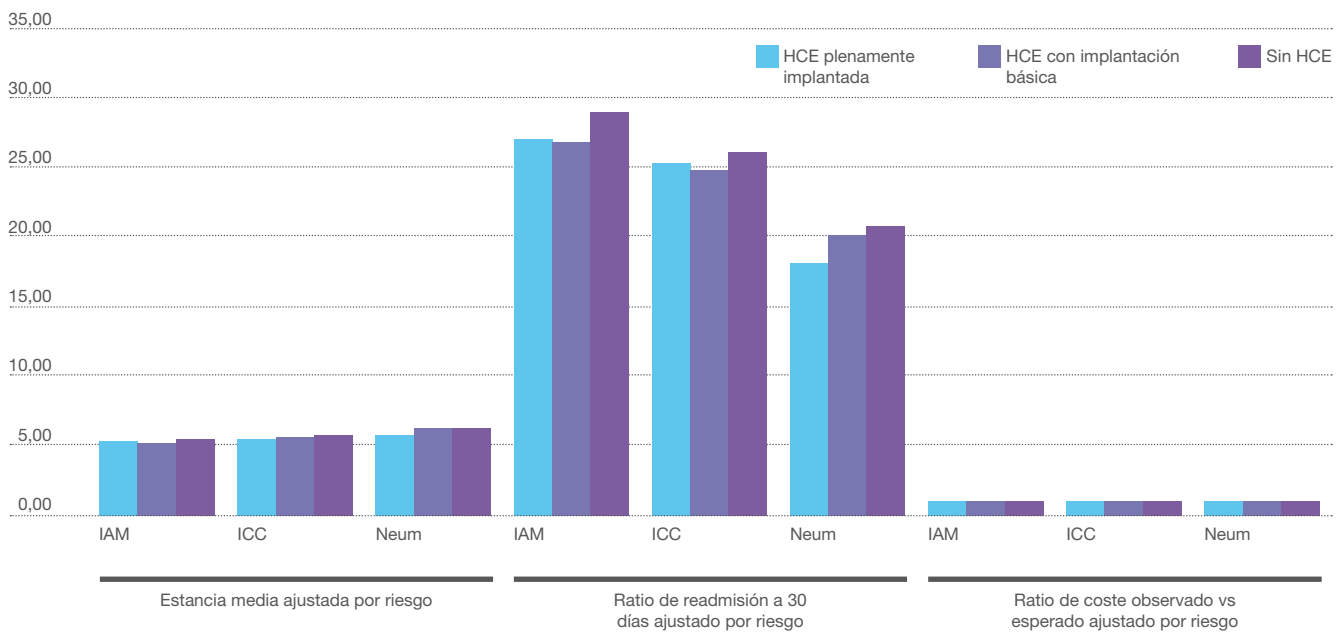
Historia Clínica Electrónica (HCE):

- La hipótesis mayoritaria en el ámbito de las políticas sanitarias ha sido que la HCE traería importantes mejoras en la coordinación y calidad de la atención, en la reducción de costes, en el control de errores asistenciales y que mejoraría la eficiencia del sistema de salud en su conjunto⁷¹.
- En EEUU, algunos investigadores han estimado, en modelos teóricos, ahorros por más de 80.000 millones de \$ al año si se adoptara de forma general la HCE, especialmente por efecto de reducir la estancia media⁷² o la duplicación de pruebas y otras peticiones administrativas⁷³.
 - Sin embargo, un estudio reciente no ha encontrado relación significativa entre el uso de tecnología, calidad y costes administrativos (como parte de los costes totales) en una muestra representativa de hospitales en EEUU⁷⁴.
 - Otro estudio realizado a 3.049 hospitales de agudos en EEUU (el 63% del total de la red nacional) ha encontrado una “notable” falta de relación⁷⁵ entre la adopción de sistemas de HCE y la calidad y eficiencia en la atención sanitaria.

Gráfico 11. Comparación del desempeño en 3.049 hospitales de agudos respecto a 3 indicadores, diferenciando el nivel de implantación de la Historia Clínica Electrónica (2010)

Fuente: Desroches, C. et al. Electronic health records' limited successes suggest more targeted uses. Health Aff, abril 2010; 29:4, p639-646.

IAM: Infarto agudo de miocardio
ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva
Neum: Neumonía



Registro Computarizado de Órdenes Médicas (CPOE⁷⁶) y Sistemas de Comunicación y Archivo de Imágenes (PACS):

- Algunas revisiones sistemáticas, especialmente respecto a CPOE, sugieren su asociación con una reducción en el número de pruebas solicitadas tanto en el ámbito hospitalario⁷⁷ como ambulatorio⁷⁸.
- Sin embargo, los estudios multicéntricos a gran escala están constatando resultados dispares demostrando para algunas actividades beneficios pero para otras ineficiencias:
 - Recientemente se ha evaluado el impacto de CPOE y PACS en la demanda de pruebas en cuatro *trusts* del NHS del Reino Unido, cada uno con al menos un hospital de tercer nivel: para algunas pruebas el impacto ha sido en la reducción de peticiones (en analíticas de sangre y orina, radiología simple en pacientes ambulatorios y en TAC para pacientes

ingresados), pero en otros ha sido inverso (incremento en la petición de analíticas de orina y electrolitos en hospitales de día, petición de TACs pacientes ambulatorios y ingresados tras 48 horas de hospitalización)⁷⁹.

Prescripción electrónica:

- estas herramientas han supuesto importantes mejoras en términos de seguridad y control tanto en el proceso de prescripción como de provisión de medicamentos⁸⁰;
- han demostrado sus efectos positivos en la utilización de los medicamentos y su coste:
 - estudios recientes señalan sus beneficios facilitando e incrementando la prescripción de medicamentos genéricos⁸¹.

En cambio, algunos estudios han encontrado evidencias empíricas de que las TIC en salud pueden incluso reducir la calidad clínica gracias a la desorganización o alteración del

flujo de trabajo y procesos (*work-flow*) o por el pobre diseño de las interfases⁸².

En España se viene invirtiendo de forma sostenida desde finales de los noventa en las TIC aplicadas a la salud. Un caso especialmente paradigmático es la apuesta por la HCE, la cual tiene un amplio nivel de desarrollo en la mayoría de las comunidades autónomas. Sin embargo, la interconexión e integración entre estas comunidades autónomas es uno de los desafíos de mayor complejidad, especialmente en un contexto donde hay casi tantos modelos de HCE como comunidades autónomas.

El informe *EHR IMPACT* de la Comisión Europea⁸³ establece que el proceso de implantación de la HCE tarda una media de:

- 7 años para alcanzar el primer año de beneficios netos positivos;
- 9 años para lograr el primer año de beneficios netos acumulados.

Significa por tanto que las iniciativas de HCE en España ya deberían estar produciendo esos resultados: ¿es así?, ¿se ha medido?, en caso contrario ¿hay iniciativas de alcance global en marcha?

¿En qué consiste?

Podemos preguntarnos: si, en el campo de las TIC en salud, la incorporación de las últimas tecnologías, se ha basado más en criterios subjetivos que objetivos, sin evaluar al menos sus costes y sus beneficios.

Los niveles de inversión y gasto asociados a las TIC además de su tendencia obligan a racionalizar quizás, no sobre la base de la restricción presupuestaria sino mediante la evaluación de resultados e incentivos positivos y negativos asociados. Sería necesario, por tanto:

- identificar cuáles son las TIC en salud prioritarias por su contribución potencial en calidad y eficiencia;
- definir los criterios, indicadores y valores meta con los cuales se podrá valorar el nivel de implantación efectiva (disponibilidad, utilización y resultados adecuados) de las TIC priorizadas;
- evaluar el nivel de implantación efectiva actual de estas TIC en España;

— fijar directrices que orienten la definición de políticas de incentivos y penalizaciones relacionadas con los presupuestos para inversión en TIC en salud.

- Por ejemplo, en EEUU existe una política ARRA⁸⁴ de subvención pública en favor de la adopción de TIC en salud que en 2009 se ha dotado con 20.000 millones de \$. Para que un hospital pueda recibir esta ayuda, debe demostrar que ya hace un “uso útil” (*meaningful use*) de las TIC. Se han definido 25 criterios para evaluar este nivel de uso útil en áreas como coordinación de la asistencia, privacidad y seguridad, calidad, seguridad del paciente, entre otras;

— Impulsar decididamente la evaluación de tecnologías sanitarias como criterio clave para orientar la toma de decisiones, tanto para incorporar como para prescindir de tecnologías.

¿Cuál es su impacto?

Antares Consulting estima que en 2011 el gasto en TIC en el SNS se situará entre 16 € y 19 € per cápita (entre 747 y 888 millones de €). Esto significa que por cada 5% que estas medidas racionalicen el gasto (reducir el gasto per capita en 80-95 céntimos), el ahorro para el sistema es de entre 37,3 y 44,4 millones de € al año.

- 64 No existe una definición general aceptada de eHealth (Hans, Oh., [et. al.] *What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. J Med Internet Res*; 7(1):e1. 2005), aunque la más utilizada es: "e-health es un campo emergente en la intersección de la informática médica, salud pública y las empresas, que hace referencia a los servicios de salud y la información entregada o mejoradas a través de Internet y tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término caracteriza no sólo una mejora técnica, sino también un estado de ánimo, una manera de pensar, una actitud y un compromiso para el pensamiento en red, global, para mejorar la atención de salud a nivel local, regional, y en todo el mundo mediante el uso de tecnologías de información y comunicación"(Eysenbach G. *What is e-health? J Med Internet Res*; 18; 3(2):e20).
- 65 Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: El programa Sanidad en Línea. Gobierno de España, 2009.
- 66 El programa Sanidad en Línea, gestionado conjuntamente por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales y las consejerías de Sanidad de todas las comunidades autónomas, busca aplicar todo el potencial de las TIC para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios y apoyar a un sector estratégico en la sociedad del conocimiento.
- 67 Jha, A., [et. al.]. Use of electronic health records in U.S. hospitals. *N Engl J Med*; 360:1628-38. 2009.
- 68 DesRoches, C. [et. al.]. Electronic health records in ambulatory care – a national survey of physicians. *N Engl J Med*; 359 :50-60. 2008.
- 69 Chaudry, B., [et. al.]. Impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine*; 144, no. 10: 742-752. 2006.
- 70 Garg, A.X., [et. al.]. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 293, no. 10: 1223-1238. 2005.
- 71 Goldzweig, CL., [et. al.]. Costs and benefits of health information technology : new trends from the literature. *Health Aff*; 28(2): w282-93. 2009.
- 72 Hillestad, R. [et. al.]. Can electronic medical record systems transform healthcare? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff*; 24(5):1103-17. 2005.
- 73 Walker, J. [et. al.]. The value of healthcare information Exchange and interoperability. *Health Aff*. 24:w5-10-18. 2005.
- 74 Himmelstein, DU. [et. al.]. Hospital computing and the costs and quality of cares: a national study. *Am J Med*; 123(1):40-6. 2010.
- 75 Desroches, C. [et. al.]. Electronic health records' limited successes suggest more targeted uses. *Health Aff*; 29:4, p639-646. April 2010.
- 76 CPOE: Computerised physician order entry.
- 77 Georgiou, A., Williamson, M., Westbrook, JI., Ray, S.. The impact of computerised physician order entry systemson pathology services: a systematic review. *Int J Med Inform*; 76:514-29. 2007.
- 78 Tierney, WM., McDonald, CJ., Martin, DK., Rogers, MP.. Computerized display of past test results: effect on outpatient testing. *Ann Intern Med*;107:569-74. 1987.
- 79 Collin, S.. [et. al.]. Implementation of computerised physician order entry (CPOE) and picture archiving and communication systems (PACS) in the NHS: quantitative before and after study. *BMJ*; 337:a939. P1-8. 2008.
- 80 Ammenwerth, E. The Effect of Electronic Prescribing on Medication Errors and Adverse Drug Events: A Systematic Review. *J Am Med Inform Assoc*; 15(5): 585–600. Sep–Oct, 2008.
- 81 Fischer, M. [et. al.]. Effect of electronic prescribing with formulary decision support on medication use and cost. *Arch Intern Med*, Vol 168 (No. 22). Dec 8/22, 2008.
- 82 Ash, JS. [et. al.]. The extent and importance of unintended consequences related to computerized provided order entry. *J Am Med Inform Assoc*; 14(4)415-23. 2007.
- 83 European Commission. The socio-economic impact of interoperable electronic health record (EHR) and ePrescribing systems in Europe and beyond: Final study report, October 2009.
- 84 American Recovery and Reinvestment ACT of 2009. PL 111-5; 2009 Jan

Conclusiones

Las medidas adoptadas por el Consejo Interterritorial (recorte del precio de los medicamentos), el Consejo de Ministros (recorte de los salarios) y las comunidades autónomas (hospitales concertados en Cataluña) obedecen a la lógica de ajuste presupuestario ante la crudeza de la crisis. Más allá del acierto en su formulación, son necesarias y probablemente inevitables en el contexto en que se producen. Pero no son suficientes para contener el crecimiento del gasto sanitario y garantizar la suficiencia financiera del sistema sanitario. Si el problema de fondo es estructural, hay que adoptar medidas de fondo que incidan sobre las causas que provocan el incremento de los recursos destinados a la salud.

Por otro lado, el sector sanitario es un sector de base técnico-científica, donde las decisiones médicas se basan en la evidencia científica. En este sentido, es importante que se adopten medidas que se sustenten en una sólida base probada, con datos cuantitativos y cualitativos.

Las medidas propuestas tienen un impacto máximo estimado cercano a los 9.872 millones de €, lo que representa el 15% del gasto sanitario y no todas ellas han podido medirse bajo forma de impacto económico. Esto pone sobre la mesa dos preguntas cruciales:

1. ¿Qué metas podemos alcanzar sobre el impacto máximo calculado? Lógicamente, dependerá del empeño puesto y de la capacidad de gestión del cambio. Sólo alcanzando un tercio del impacto medible (recordemos que hay dos de diez medidas no

cuantificadas), supondrían 3.258 millones, un número significativamente mayor que el de las medidas de ajuste presupuestario adaptadas.

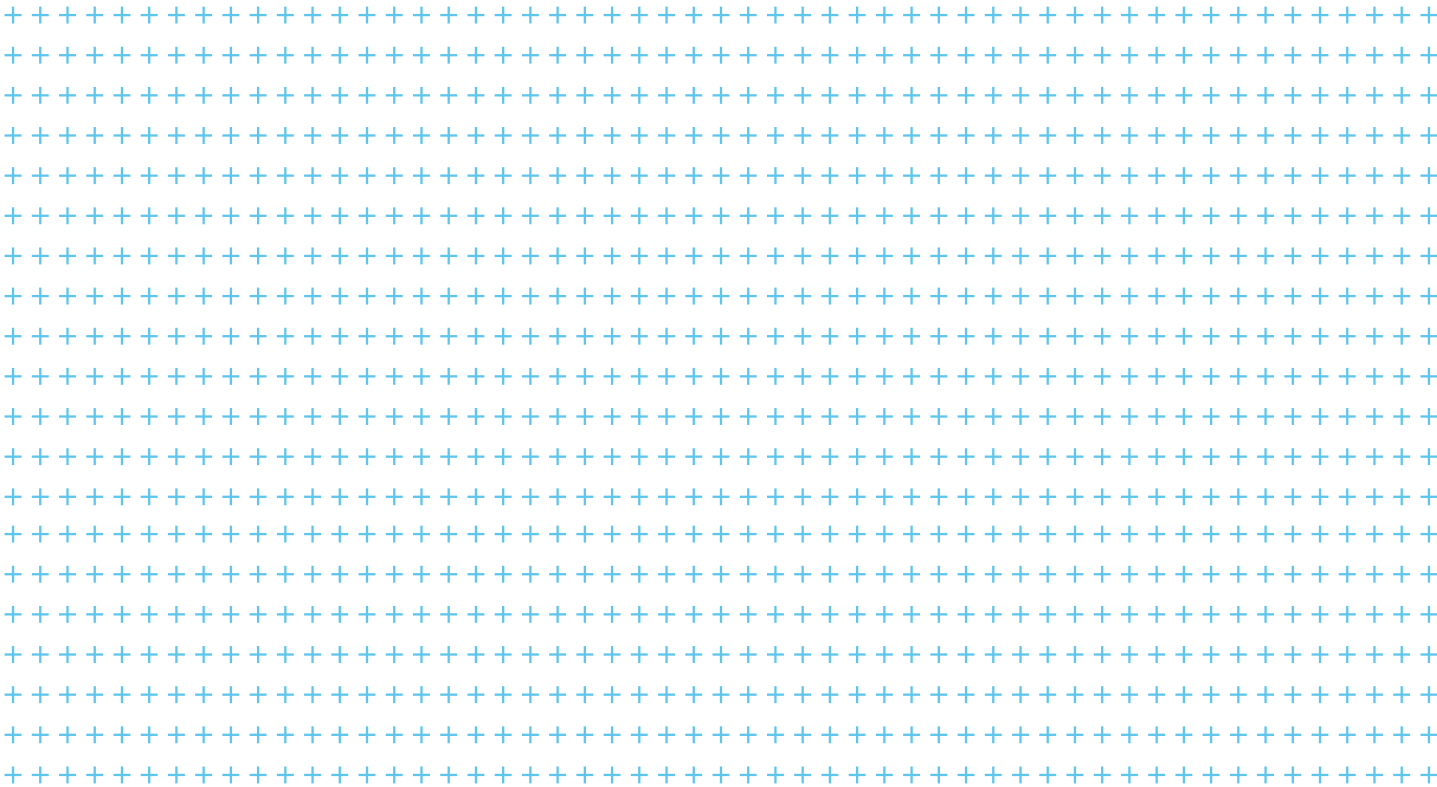
2. ¿Cuánto tiempo tardaremos en observar resultados visibles? Siendo medidas estructurales, los resultados se observarán a medio plazo. Y aquí radica una de las principales dificultades, puesto que el tiempo del que disponen los responsables sanitarios para aplicar las políticas tiende a ser más corto que el tiempo necesario para la gestión del cambio del modelo asistencial y organizativo requerido.

El SNS ha alcanzado grandes logros en los últimos 25 años. Los resultados en salud son remarcables, y el análisis comparativo con otros países muestra que España se sitúa entre los países con mejores indicadores. Los niveles de accesibilidad y de equidad, aunque se pueden mejorar, son muy positivos: las encuestas de satisfacción por parte de los ciudadanos muestran valoraciones altas al funcionamiento del SNS. Por lo tanto, no está en cuestión su organización y su modelo, sino la capacidad para mantenerlo a largo plazo. Se trata de un reto de eficiencia: ¿cómo mejorar el funcionamiento del sistema sanitario a largo plazo? Para alcanzar dicho reto se requiere la participación activa y perseverante de todos los actores involucrados: ciudadanos, profesionales, gestores y políticos.

| Causa de incremento del gasto sanitario | Medidas propuestas | Impacto (M€) | Calendario |
|--|--|---------------|-------------|
| Difusión de nuevas tecnologías | 1. Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias. | 438 | Largo plazo |
| Incremento inflación sanitaria | 2. Mejorar el rendimiento y la productividad de los recursos humanos. | 3.102 | Medio plazo |
| | 3. Incrementar el copago en farmacia. | 513 | Corto Plazo |
| Incremento utilización servicios sanitarios | 4. Desarrollar el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas. | 988 | Medio plazo |
| | 5. Desarrollar el espacio sociosanitario alternativo a la hospitalización. | 1.076 | Medio plazo |
| | 6. Invertir decididamente en prevención y en mejora de la salud. | | Largo plazo |
| Ineficiencias del sistema de atención | 7. Generalizar los servicios compartidos entre proveedores asistenciales. | 1.708 | Medio plazo |
| | 8. Reordenar la medicina terciaria y la oferta hospitalaria. | 1.038 | Medio plazo |
| | 9. Mejorar la seguridad del paciente y reducir la variabilidad de la práctica clínica. | 1.010 | Largo plazo |
| | 10. Potenciar iniciativas que aceleren el retorno de la inversión de las TIC en salud. | | Medio plazo |
| Total Impacto medidas | | 9.872 | |
| Total Gasto Sanitario Público | | 63.768 | |
| % sobre gasto sanitario | | 15% | |

No adoptar estas medidas supondrá movernos en alguno de los siguientes escenarios:

- adoptar nuevas medidas de ajuste presupuestario en los próximos años;
- revisar los derechos y prestaciones del SNS;
- incrementar la fiscalidad con el fin de disponer de más recursos para financiar la sanidad.



Antares Consulting, S.A.

www.antares-consulting.com

Barcelona

Josep Tarradellas, 8-10, 4 planta
08029 Barcelona, España
Tel. +34 93 241 89 50
Fax. +34 93 209 95 67
antares@antares-consulting.com

Lisboa

Largo das Palmeiras, 9
01050-168 Lisboa, Portugal
Tel. +351 21 350 58 94
Fax. +351 21 316 05 05
antareslisboa@antares-consulting.com

Lausanne

BDO
Route de la Corniche no, 2
1066 Epalinges, Suiza
Tel. +41 21 310 23 23
antares@antares-consulting.com

Madrid

Leganitos, 47
28013 Madrid, España
Tel. +34 91 781 06 66
Fax. +34 91 781 06 67
antares@antares-consulting.com

Paris

7, boulevard de Magenta
75010 Paris, Francia
Tel. +33 173 54 76 15
Fax. +33 147 66 46 78
antaresparis@antares-consulting.com

Sao Paulo

Av. Ver. José Diniz,
3135, cj. 61 Campo Belo
04603-002 Sao Paulo, Brasil
Tel. +55 11 3842 62 12
antares@antares-consulting.com

