

V. Ortún **Economía de la Salud y Gestión Sanitaria**

Vicente Ortún (Dir.)

El buen gobierno sanitario



Springer Healthcare Communications

EL BUEN GOBIERNO SANITARIO

COLECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y GESTIÓN SANITARIA

Dirigida por **Vicente Ortún**

Títulos publicados

- 84-070-0192-9 **P. Ibern** (1999)
Incentivos y contratos en los servicios de salud
- 84-070-0233-X **M. Buglioli y V. Ortún** (2001)
Decisión clínica. Cómo entenderla y mejorarla
- 84-070-0235-6 **J. Puig-Junoy, J.L. Pinto y E. Dalmau** (2001)
El valor monetario de la salud
- 84-070-0236-4 **G. López-Casasnovas, A. García y L. Pellisé** (2001)
El control del gasto sanitario. Participación de profesionales y usuarios
- 84-070-0234-8 **J.L. Pinto, G. López-Casasnovas y V. Ortún** (2001)
Economic evaluation. From theory to practice
- 84-070-0247-X **G. López Casasnovas y B. Jönsson** (2001)
Reference pricing and pharmaceutical policy. Perspectives on economics and innovation
- 84-458-1196-7 **J. Puig-Junoy** (2002)
Análisis económico de la financiación pública de medicamentos
- 84-458-1217-3 **R. Meneu** (2002)
Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones
- 84-458-1286-6 **G. López-Casasnovas** (2002)
El interfaz público-privado en sanidad
- 84-458-1308-0 **V. Ortún Rubio** (2003)
Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta
- 84-458-1362-5 **J.L. Pinto, M.X. Vázquez, A. Lázaro y J.E. Martínez** (2003)
Análisis coste-beneficio en la salud. Métodos de valoración y aplicaciones
- 84-458-1430-3 **R. Meneu y S. Peiró** (2004)
Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica
- 84-458-1432-X **J. Puig-Junoy (dir.), G. López-Casasnovas y V. Ortún Rubio** (2004)
¿Más recursos para la salud?
- 84-458-1447-8 **J.L. Pinto, J.M. Abellán y F.I. Sánchez** (2004)
Incorporación de las preferencias de los pacientes en las decisiones clínicas
- 84-458-1525-3 **B. González López-Valcárcel** (2005)
Difusión de las nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas
- 84-458-1530-X **R. Meneu, V. Ortún Rubio y F. Rodríguez Artalejo** (2005)
Innovación en gestión clínica y sanitaria
- 84-458-1578-4 **P. Ibern Regàs** (2005)
Integración asistencial. Fundamentos, experiencias y vías de avance
- 84-458-1721-3 **D. Casado Marín** (2006)
Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico
- 84-458-1731-0 **A. Hidalgo Vega, J. del Llano Señarís, S. Pérez Camarero** (2006)
Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora
- 978-84-458-1800-8 **I. Caballé Martín** (2007)
Gestión del laboratorio clínico
- 978-84-458-1896-1 **M. Rodríguez y R. Urbanos** (2008)
Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción
- 978-84-458-1949-4 **R. Bengoa y R. Nuño Solinís** (2008)
Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar
- 978-84-937496-1-3 **V. Ortún** (2009)
El buen gobierno sanitario

EL BUEN GOBIERNO SANITARIO

VICENTE ORTÚN (DIR.)

Director del CRES, Universidad Pompeu Fabra

MARÍA CALLEJÓN

Catedrática Economía Aplicada, Universidad de Barcelona

JORDI COLOMER

Cirujano, Hospital de Viladecans

JUAN GÉRVAS

Médico General Rural, Director Equipo CESCA

RICARD MENEU

Vice-presidente FIISS Valencia

NORMA PADRÓN

CRES, Universidad Pompeu Fabra y Yale University



Springer Healthcare Communications



Colección *Economía de la salud y gestión sanitaria*
Director *Vicente Ortún, Director del CRES*

 Springer Healthcare Communications

Springer Healthcare Communications Ibérica SL.
Calle Bravo Murillo | 377- 3º H - 28020
Madrid | Spain
E-mail: reprints.Iberica@springer.com
www.springerhealthcare.com

© 2009 Springer Healthcare Communications Iberica SL.

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse, transmitirse o conservarse en forma alguna o por cualquier medio, mecánico o electrónico, incluidos la fotocopia, la grabación o un sistema de información y recuperación, sin la autorización por escrito del titular del copyright.

Aunque el asesoramiento y la información incluidos en esta obra se consideran ciertos y exactos en el momento de su publicación, ni los autores ni el editor se hacen responsables de los posibles errores u omisiones que hayan podido cometerse.

MSD9PS1617

ISBN: 978-84-937496-1-3
Depósito Legal: M. 00.000 - 2009

Índice de capítulos

AUTORES	VII
Introducción	IX
<i>Vicente Ortún</i>	
CAPÍTULO 1	
El impacto del buen gobierno en la salud	1
<i>Vicente Ortún y María Callejón</i>	
De la instalación del bandido al buen gobierno	2
Los determinantes de la salud	3
Impacto del buen gobierno en la salud	5
Algunas conclusiones	8
CAPÍTULO 2	
Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora	11
<i>Ricard Meneu</i>	
Introducción	11
Enunciaciones de la gobernanza y su aplicación al gobierno sanitario	12
Algunas limitaciones para el buen gobierno sanitario	13
Un intento de sistemática de las necesidades del Sistema Nacional de Salud mediante su encaje en las principales dimensiones del buen gobierno	17
Propuestas para avanzar en el buen gobierno de la sanidad	23
CAPÍTULO 3	
Gobierno clínico de la clínica diaria	27
<i>Juan Gérvas</i>	
Introducción	27
El médico clínico en el entramado sanitario	28
Los objetivos de la Medicina (y de los médicos)	31
Hay quien pide más y más, ¿hay que dárselo?	34

Transparencia y variabilidad clínica (y sanitaria)	38
Más y mejor gobierno clínico. Propuestas posibles de mejora del gobierno clínico	43
CAPÍTULO 4	
El buen gobierno de las organizaciones sanitarias. La gobernabilidad es cuestión de todos	47
<i>Jordi Colomer</i>	
Introducción	47
Punto de partida	48
Apuntes previos a las propuestas de mejora	57
Propuestas para que la buena noticia no sea que aún podemos empeorar	61
Conclusiones finales	66
CAPÍTULO 5	
Buen gobierno para conciliar la deseabilidad del Estado del Bienestar con la mejora de la productividad	69
<i>Vicente Ortún y María Callejón</i>	
Mayor productividad: compatibilidad, bajo condiciones, con el seguro social	70
Seguro social: viabilidad condicionada a efectividad y evitación del despilfarro	71
Incentivos a la industria, los prescriptores y los usuarios	74
Navegando instituciones por un espacio no siempre cartografiado	75
Recapitulación y cierre	81
CAPÍTULO 6	
La gobernanza de los sistemas sanitarios. ¿Qué evalúan los indicadores de gobernanza?	85
<i>Norma Padrón</i>	
Introducción	85
Definición y teorías de la gobernanza: aplicabilidad en el ámbito sanitario	86
Indicadores par la evaluación de la gobernanza	90
El desempeño de los sistemas sanitarios: política de salud buenas y menos buenas	92
Características de los indicadores de evaluación de los gobernanza	97
Los marcos internacionales de evaluación de la gobernanza de los sistemas sanitarios en la práctica	99
Conclusiones. ¿Hay evidencia de la efectividad de los indicadores de evaluación de los indicadores de gobernanza en los sistemas sanitarios?	102

Autores

MARÍA CALLEJÓN

Catedrática de Economía Aplicada. Universidad de Barcelona. Visiting Scholar en las universidades de Berkeley, Johns Hopkins y Harvard. Ha sido Directora General de la Pequeña y Mediana Empresa en el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo y Presidenta de ENISA, CERSA y DDI entre el 2004 y el 2008.

JORDI COLOMER

Doctor en Medicina y Cirugía. Diplomado en Gestión Sanitaria. Hospital de Viladecans, Barcelona. Artífice de la introducción de la cirugía mayor ambulatoria en España. Ha sido Gerente Hospitalario durante 20 años en Mataró, Vall d'Hebron y Sant Pau, todos en Barcelona.

JUAN GÉRVAS

Médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCA, Madrid. Profesor de Atención Primaria en la Escuela Nacional de Sanidad y de Salud Pública en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

RICARD MENEU

Licenciado en Medicina, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Doctor en Economía. Vice-presidente de la Fundación de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia. Editor de Gestión Clínica y Sanitaria.

VICENTE ORTÚN

Director del Centre de Recerca en Economia i Salut y Profesor del Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

NORMA PADRÓN

Centre de Recerca en Economia i Salut. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. En la actualidad, candidata doctoral en Yale University, Connecticut.

Introducción

Vicente Ortún

España tiene un buen sistema sanitario, pero con mal pronóstico salvo que se enderecen algunas tendencias. Una utilización desbocada, así como una oferta esclerótica —con poca capacidad de adaptación a las circunstancias cambiantes— reflejan el deterioro institucional, estancamiento como mínimo, registrado desde el año 2003. Este libro analiza precisamente cómo revertir el deterioro, pues con una mejor política se conseguirá una mejor gestión sanitaria. La introducción, por su parte, motiva cómo la preocupación por el buen gobierno, entendido como las tradiciones e instituciones que determinan cómo se ejerce la autoridad en un país, obedece a la conveniencia de consolidar el Estado del Bienestar al mismo tiempo que mejora la productividad de la economía.

Con un porcentaje de financiación pública menor que el Servicio Nacional de Salud de referencia, el del Reino Unido, presenta, en cambio, una proporción más elevada de producción pública de servicios sanitarios, explicada fundamentalmente por el hecho de que en España la atención primaria corre a cargo de funcionarios (estatutarios) que trabajan en instalaciones públicas.

Una producción pública elevada de servicios sanitarios, al estilo de los antiguos países del Este de Europa, se convierte en un problema cuando —según los indicadores de Buen Gobierno elaborados por el Banco Mundial— España exhibe en las dimensiones de «efectividad gubernamental» y «control de la corrupción» una calificación peor que la de nuestros socios. No sirve de consuelo superar a Grecia e Italia.

Ningún sistema sanitario es mejor que los demás en todas las dimensiones. Es más, podemos encontrar un indicador para cada posición que quiera ocuparse: desde la primera a la cuadragésima en el mundo. No será lo mismo fijarse en la tasa de trasplantes (líderes planetarios) que en la donación de sangre (se resiste) o en las resistencias bacterianas (exportadores netos).

España destaca en los indicadores habituales de esperanza de vida a diferentes edades pero lo hace también, y eso es lo más importante, cuando se analizan específicamente aquellas causas de muerte más sensibles a la atención sanitaria, aquellas que en determinadas edades no deberían, en principio, producirse si los servicios sanitarios funcionan de forma correcta; son las llamadas causas de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitables —incluso de forma menos adecuada causas de mortalidad evitable— como la tuberculosis, la apendicitis o el linfoma de Hodgkin. Pues bien, llevamos una década

ocupando la tercera-cuarta posición mundial. Y aunque supervivencia no equivale a calidad de vida, si antes de nacer nos informaran de las condiciones médicas con las que a lo largo de nuestra existencia lidiáramos y pudiéramos escoger el lugar de nacimiento, España estaría bastante demandada. Y no precisamente por el comodín que brinda que los de Bilbao puedan nacer donde quieran, sino porque con excelentes indicadores de efectividad, los de las causas de muerte sensibles a la atención sanitaria, la alta satisfacción con los servicios y la espléndida cobertura del riesgo financiero para toda la población (incluso la ilegalmente inmigrada) España resulta una buena opción con asignación aleatoria de hogar de nacimiento.

Como indicativo de utilización desbocada sirva la cifra de 9,5 consultas médico/año por habitante, un 50% más que en Francia y el doble que en el Reino Unido. Ciertamente que muchas son para renovar medicación, confirmar bajas, realizar volantes, ver niños sanos o controlar personas con enfermedades crónicas, actividades todas ellas impropias de médicos. Preocupa, no obstante, que se visualice la frecuentación en consultas como se visualiza la meteorología: algo exógeno sobre lo que no se puede influir... cuando la realidad es la contraria. Las visitas en atención primaria constituyen una variable endógena siempre que exista una mínima capacidad de organizarse y distribuir tareas entre diversos profesionales (particularmente enfermería). De la misma forma que la frecuentación hospitalaria en Urgencias puede ser controlada por parte de los directores médicos con los debidos filtros técnicos de acceso (médico experimentado en puerta) y respaldo jurídico-político para no ser ni víctima de los cazafortunas ni cabeza de turco propiciatoria ante la opinión pública.

La composición de la oferta —profesionales, dotaciones y articulaciones entre los mismos— se adapta con extrema lentitud a los cambios en demografía, tecnología y formas de vivir. El carácter funcionarial, el igualitarismo mal entendido e injusto, así como las inercias presupuestarias que no redirigen los flujos de financiación hacia quienes mejor lo hacen, están en la base del problema.

Al igual que con la utilización desbocada se conocen aquí también las soluciones técnicas precisas para que la oferta sea sensible a los cambios en necesidad, cuya atención justifica precisamente el Sistema Nacional de Salud. En el terreno de los profesionales hay que redistribuir tareas; recertificar para acabar con la polarización profesionales excelentes/profesionales deprimentes; introducir troncalidad en la formación de médicos residentes y pasarelas entre especialidades; permitir la jubilación voluntaria graduando sueldo y dedicación, flexibilizar horarios y jornadas; procurar un recorrido profesional más variado en cuanto a funciones (asistencial, docente, investigadora y gestora) y, sobre todo, más «viajado»; acabar con la segmentación excesiva —funcional y geográfica— de los mercados profesionales e individualizar las condiciones de trabajo —sin que ello implique renuncia la negociación colectiva— en función de formación, experiencia requerida, exigencia intelectual y física, impacto de la actuación, horario, emplazamiento, efectivos existentes, etc.

En relación con las organizaciones cabe el trabajo clínico asociado por cuenta clínica en algunas áreas, pero sobre todo acabar con la garantía de inmortalidad. Tanto las carreras individuales como la trayectoria de las organizaciones deberían depender de los resultados en términos de salud que ofrezcan. La financiación ha de repartirse, aunque sea mínimamente, según un funcionamiento relativo. No se precisa de mercado alguno para comparar comparables y actuar en consecuencia. Hace décadas que se admite que sólo una autonomía responsable puede acabar con el uniformismo inane. No perdamos de vista que en el continuo Estados Unidos, Suiza, Holanda, Francia, Reino Unido y Cuba... estamos entre el

Reino Unido y Cuba, pero sin la efectividad gubernamental ni el control de la corrupción del país que realizó la primera transición a la democracia en el mundo y erigió un imperio sobre una burocracia pública profesional.

La oferta esclerosada y la utilización sanitaria desbocada necesitan, en un país de producción pública dominante, de una calidad institucional (de reglas sociales de juego, formales e informales) encomiable. España recuperó muchos puestos en décadas recientes en las ordenaciones institucionales que atienden a la calidad regulatoria, imperio de la Ley, estabilidad política, voz y rendición de cuentas, efectividad gubernamental y control de la corrupción, pero parece que nos hayamos apeado del mundo. España ha perdido posiciones en la ordenación de *Transparency International* (Chile y Uruguay quedan por delante, aunque con solapamiento de los intervalos de confianza) y para los más fiables del Banco Mundial sólo estamos mejor que Italia y Grecia. La situación todavía no es pésima, pero ahora toca frenar el deterioro institucional con un mejor gobierno público.

España parece haber evolucionado hacia una partitocracia, el gobierno de partidos sin militantes, pero con funcionarios cuyo futuro vital y laboral depende del propio partido y para los cuales la conquista del poder no implica tanto disponer del instrumento de la Administración Pública para la implantación de políticas como el conseguir un botín para repartir, primero, y acceder al poder económico y social, después.

El problema ahora no pasa por encontrar un nuevo Laureano López Rodó y menos aún por aborrecer la política. Sólo con una mejor política habrá una mejor gestión pública (sanitaria incluida, claro) pero difícilmente habrá mejor política sin acabar con la financiación irregular de los partidos políticos, sin mayor democracia interna, sin una mejora de la Ley Electoral y sin una nueva normativa de los medios públicos de comunicación.

España dedica el 8,5% de su producto interior bruto a gasto sanitario y la innovación tecnológica continuará siendo el principal factor explicativo de la expansión del gasto. Se trata de ir configurando la cartera de servicios de manera que la cantidad y la calidad de vida que éstos produzcan justifique lo que cuestan. Y aquí la perspectiva válida es la de los ciudadanos (no los pacientes actuales ni los profesionales ni la industria farmacéutica o aseguradora): en ellos radica la soberanía decisora. Difícilmente podrá esperarse de cortoplacismos peronistas la denegación de una prestación «popular». Se produce una inconsistencia entre lo que la sociedad necesita a medio y largo plazo con lo que aconseja la miopía electoral.

No convendría que la Sanidad siguiera el camino de la Educación. ¿Cuántos líderes políticos envían a sus hijos a institutos públicos? Un Estado de Bienestar para «pobres» es un pobre Estado de Bienestar y la mediocridad es contagiosa, pues la excelencia se desalienta y emigra. Al fin y al cabo siempre existirá una extraordinaria disposición individual a pagar por la mínima mejora real o imaginaria, disposición tanto mayor cuanto más rico sea un individuo y más cercana esté su muerte. Se trata de mantener un Estado de Bienestar cuyas prestaciones sean deseables por toda la población, la única garantía de disposición social a pagar (impuestos), la que permite incorporar tecnología efectiva sin la dualización social que supondría que el acceso a ésta dependiera de la capacidad individual de pago.

Sabemos que en estos momentos, al margen de que tengamos más Agencias de Evaluación de Tecnologías que cualquier país del mundo, las decisiones sobre fármacos, instrumentos, tecnología en general, instalaciones y profesionales no pasan el mínimo cedazo de impacto favorable en el bienestar. Son decisiones cada vez más políticas. Mal pronóstico para la deseabilidad (i.e. sostenibilidad) del Estado del Bienestar en España.

Sirva como aperitivo del libro una propuesta de Buen Gobierno sobre el punto anterior. No siempre han existido bancos centrales, pues solían ser los gobiernos quienes manejaban políticas monetarias y fiscales. En años electorales se producían hemorragias de liquidez con la consecuente inflación desatada. Sólo cuando los gobiernos se ataron al mástil y encargaron a unos bancos centrales independientes el control de la inflación se consiguió este objetivo. En España tenemos entes que se llamaban independientes, como RTVE, pero que no lo son, y Agencias que dependen de Ministerios. Dejemos las denominaciones de momento. Hablemos del «Banco del Bienestar» para significar claramente el grado de independencia requerido.

El mandato genérico de ese «Banco del Bienestar» sería el de consolidar y mejorar el Estado de Bienestar de manera compatible con el imprescindible aumento de la productividad de la economía española, contemplando la globalidad de todas las políticas sociales y el impacto de las mismas a lo largo del ciclo vital de los individuos. Exactamente lo que vienen haciendo los países escandinavos en las últimas décadas: mejorar productividad y perfeccionar el Estado de Bienestar basándose en mantenerse abiertos a la competencia internacional y con una flexibilidad que no desestime ni la responsabilidad individual ni la necesidad de trabajar.

En el campo sanitario, el «Banco del Bienestar», admitiendo que la cobertura universal figura en su mandato, debería perfilar cuidadosamente la cartera de servicios incorporando las prestaciones socialmente beneficiosas y sólo esas. Un *National Institute for Clinical Excellence*, pero vinculante para todas las Administraciones.

Ese «Banco del Bienestar» sería un garante extraordinario para la vigilancia de pactos como el de Toledo sobre pensiones, y evitaría además el sectorialismo excesivo de muchas políticas. Si las desigualdades evitables entre personas deben reducirse, la forma lógica de actuación es a través de la educación primaria, haciendo un especial énfasis en los hijos de familias desestructuradas, monoparentales o desarraigadas... no tanto con servicios sanitarios. También habría que considerar qué sentido tiene que algunos jubilados reciban muchos más recursos sociales a través de medicamentos iatrogénicos e inadecuados que por la vía de la pensión mensual. Y una ilustración más caricaturesca: la mejor visualización de una artroplastia de cadera no indicada ni por dolor ni por deterioro funcional podría obtenerse si al paciente se le preguntara: ¿se la envuelvo o se la lleva puesta?

Sólo me resta agradecer al resto de los autores del libro su contribución. Se trata de personas independientes y muy conocedoras de los temas que abordan. María Callejón, catedrática de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona y Directora General durante cuatro años en el Ministerio de Industria; Ricard Meneu, especialista médico, doctor en Economía y director de Gestión Clínica y Sanitaria; Juan Gérvas, ocho nietos diría él, y muchos años de buena clínica a sus espaldas, uno de los líderes más conocidos internacionalmente de la atención primaria en España; Jordi Colomer, cirujano introductor de la cirugía mayor ambulatoria en España y gerente de los Hospitales de Viladecans, Mataró, Vall d'Hebron y Sant Pau, quien no aceptó el pase a la reserva en un despacho con bandera; Norma Padrón, una doctoranda estadounidense en Economía quien nos ayudó mucho durante el año que pasó con nosotros, en el Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra.