

MINISTERIO DE INDUSTRIA,  
COMERCIO Y TURISMO



---

# CUADERNOS ECONÓMICOS

---

Número 96 • 2018/II

---

## **SISTEMA NACIONAL DE SALUD: RETOS Y TAREAS PENDIENTES TRAS LA GRAN RECESIÓN**

### **Presentación**

Rosa Urbanos

### **Innovación tecnológica y financiación de prestaciones**

Carlos Campillo-Artero, Laura Vallejo Torres y Néboa Zozaya González

### **La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras**

Ricard Meneu y Rosa Urbanos

### **Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria**

Anna García-Altés y Vicente Ortún

### **La atención especializada del Sistema Nacional de Salud durante la Gran Recesión.**

#### **Gasto, utilización y variabilidad en el periodo 2004-2015**

Salvador Peiró y Manuel Ridao

### **Atención a la dependencia y cuidados sanitarios: obligados a entenderse**

Raúl del Pozo Rubio y Marta Ortega Ortega

### **Mirando más allá de los servicios de atención sanitaria: el papel de la salud pública**

Blanca Lumberras

### **Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes**

Idefonso Hernández Aguado

### **Crisis económica y salud: lecciones aprendidas y recomendaciones para el futuro**

Juan Oliva, Luz María Peña-Longobardo, Beatriz González López-Valcárcel,

Patricia Barber Pérez y Néboa Zozaya González

## **TRIBUNA DE ECONOMÍA**

### **Instituciones y comercio internacional: el impacto de la corrupción**

Salvador Gil-Pareja, Rafael Llorca-Vivero y José Antonio Martínez-Serrano

---

## EDITOR

**Javier Salinas Jiménez**

Universidad Autónoma de Madrid

## CONSEJO CIENTÍFICO

**Boldrin, M. B.** Washington University in Saint Louis

**Dolado, J. J.** U. Carlos III de Madrid

**Escribano, A.** U. Carlos III de Madrid

**Espinosa, M. P.** U. del País Vasco

**García, J.** U. Pompeu Fabra

**Gonzalo, J. U.** Carlos III de Madrid

**Gracia, M.** U. Complutense de Madrid

**Jones, A.** University of York

**Jiménez, S.** U. Pompeu Fabra

**Kehoe, T.** University of Minnesota

**Labeaga, J. M.** UNED

**Novalés, A.** U. Complutense de Madrid

**Ocaña, C.** U. Carlos III de Madrid

**Peracchi, F.** Università di Roma «Tor Vergata»

**Ricard, J. E.** IESE. U. de Navarra

## CONSEJO EDITORIAL

**Benítez-Silva, H.** Stony Brook University, N.Y.

**Felgueroso, F.** U. de Oviedo

**Herguera, I.** U. Complutense de Madrid

**Kujal, P.** U. Carlos III de Madrid

**Ladrón de Guevara, A.** U. Pompeu Fabra

**López, A.** U. Politécnica de Cartagena

**Mateos, X.** Southampton University

**Spadaro, A.** U. de les Illes Balears

## DIRECCIÓN EJECUTIVA:

**Inés Pérez-Durántez Bayona**

## JEFA DE REDACCIÓN

**M.<sup>a</sup> Rosario Sancho Tejero**

## EDICIÓN Y REDACCIÓN

Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

Secretaría de Estado de Comercio

Paseo de la Castellana, 162, planta 12. MADRID 28046

Teléfonos 91 349 46 66

## DISTRIBUCIÓN

Paseo de la Castellana, 162

Planta 9. MADRID 28046

Teléfonos 91 603 71 48/79 93

**distribucionpublicaciones@mineco.es**

*www.revistasice.com*

Publicación incluida en el programa editorial del suprimido Ministerio de Economía, Industria y Competitividad y editada por el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

Esta publicación se encuentra en las siguientes bases de datos bibliográficas:

*IBSS, ECONIS, RAS e ISOC. Sus índices de impacto aparecen en IN-RECS.*

Las opiniones manifestadas en los artículos publicados en este monográfico son responsabilidad exclusiva de los autores de los mismos.

Depósito legal: M-22392-1977

NIPO: 057-17-180-5

e-NIPO: 057-17-181-0

ISSN.: 0210-2633

e-ISSN.: 2340-9037

Maquetación: TexTec

Papel exterior: Estucado mate ecológico

Papel interior: Offset ecológico

Impresión: Centro de Impresión Digital y Diseño. Secretaría de Estado de Comercio

**Catálogo general de publicaciones oficiales**

**<http://publicacionesoficiales.boe.es>**

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. La Editorial, a los efectos previstos en el art. 32.1 párrafo 2 del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquier fragmento de esta obra sea utilizado para la realización de resúmenes de prensa. La suscripción a esta publicación tampoco ampara la realización de estos resúmenes. Dicha actividad requiere una licencia específica. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra, o si quiere utilizarla para elaborar resúmenes de prensa ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com); 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

# ***CUADERNOS ECONÓMICOS DE ICE***

MINISTERIO DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO

*NÚMERO 96 • 2018/II*

## *SUMARIO*

• Presentación: Sistema Nacional de Salud: retos y tareas pendientes tras la Gran Recesión .....	Rosa Urbanos	5
• Innovación tecnológica y financiación de prestaciones..	Carlos Campillo-Artero, Laura Vallejo Torres y Néboa Zozaya González	9
• La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras .....	Ricard Meneu y Rosa Urbanos	35
• Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria .....	Anna García-Altés y Vicente Ortún	57
• La atención especializada del Sistema Nacional de Salud durante la Gran Recesión. Gasto, utilización y variabilidad en el periodo 2004-2015.....	Salvador Peiró y Manuel Ridao	83
• Atención a la dependencia y cuidados sanitarios: obligados a entenderse.....	Raúl del Pozo Rubio y Marta Ortega Ortega	103
• Mirando más allá de los servicios de atención sanitaria: el papel de la salud pública .....	Blanca Lumbreras	125
• Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes .....	Ildelfonso Hernández Aguado	145
• Crisis económica y salud: lecciones aprendidas y recomendaciones para el futuro.....	Juan Oliva, Luz María Peña-Longobardo, Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber Pérez y Néboa Zozaya González	165

## *TRIBUNA DE ECONOMÍA*

• Instituciones y comercio internacional: el impacto de la corrupción.....	Salvador Gil-Pareja, Rafael Llorca-Vivero y José Antonio Martínez-Serrano	199
----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----

# Presentación

## Sistema Nacional de Salud: retos y tareas pendientes tras la Gran Recesión

Rosa Urbanos  
Universidad Complutense de Madrid

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está considerado la «joya de la corona» del estado de bienestar en España. Los *rankings* internacionales (aunque variables) coinciden en concedernos un puesto entre los países que consiguen mejores resultados de los recursos que invierten en sanidad. Sin embargo, una parte importante de esos resultados tiene que ver con factores ajenos al propio sistema sanitario. Por otra parte, el SNS tiene por delante enormes retos que incluyen la adaptación de su oferta a la atención de la cronicidad, la coordinación con el sistema de atención a la dependencia, la incorporación a la cartera de servicios de las incesantes innovaciones tecnológicas en un contexto de recursos limitados, la mejora de la calidad clínica y de la gestión y gobernanza públicas, o el reequilibrio de los esfuerzos hacia las intervenciones colectivas en salud, por citar solo algunas. Y no parece que la crisis económica sufrida en los últimos años, pese a su nada desdeñable impacto presupuestario, haya servido de resorte para activar las reformas necesarias que permitan dar respuesta a todos esos retos. Por esa razón resulta pertinente dedicar algunas páginas a reflexionar sobre cómo abordar la agenda de reformas que necesita el Sistema Nacional de Salud. Afortunadamente, este monográfico se beneficia de la generosidad de un excelente grupo de profesionales de la Economía de la Salud y la Salud Pública, que en su momento aceptaron compartir sus reflexiones al respecto.

En el primero de los artículos, **Carlos Campillo**, **Laura Vallejo** y **Néboa Zozaya** analizan el modo en que el SNS debería acomodar la innovación presente y futura de medicamentos y biológicos dentro de la cartera de prestaciones, lo que exige, entre otras cosas, el uso sistemático de la evaluación económica para informar las decisiones de financiación, y a lo que contribuye un empleo más intensivo de algunos instrumentos de reciente introducción en España, como el pago por resultados o la fijación de precios por indicación.

A continuación, **Ricard Meneu** y **Rosa Urbanos** revisan algunas áreas de colaboración público-privada en sanidad, como son las que conciernen a la formación continuada de los profesionales, la investigación en salud y la gestión de los servicios sanitarios. Entre sus conclusiones destacan, en primer lugar, la necesidad de controlar eficazmente los conflictos de interés para evitar interferencias indeseadas de la industria. Asimismo, hacen hincapié en la imprescindible y urgente reforma de la gestión pública, que solo si es de alta calidad podrá incorporar los beneficios potenciales de las fórmulas de colaboración con el sector privado. En esta misma línea,

el artículo de **Anna García-Altés** y **Vicente Ortún**, que en su primera parte revisa las innovaciones organizativas más destacables del Sistema Nacional de Salud, plantea como regla principal para mejorar la gestión sanitaria el «hacer individualmente atractivo lo socialmente deseable», lo que exige organizaciones con autonomía de gestión, que reciban una parte de sus presupuestos en función de resultados y en un entorno de competencia por comparación en calidad, pero donde se mantenga la financiación pública con aseguramiento universal y obligatorio.

Seguidamente, **Salvador Peiró** y **Manuel Rido** analizan la evolución del gasto hospitalario y las hospitalizaciones en diagnósticos seleccionados (que pueden utilizarse como indicador de la eficiencia y de la calidad asistencial) entre el periodo 2004-2009 (previo a la crisis en el sector sanitario) y 2010-2015 (crisis). Sus resultados indican un aumento notable de la eficiencia en el sexenio de crisis (más hospitalizaciones y más complejas con gasto global estable), pero un mantenimiento de la (significativa) variabilidad en la práctica médica entre áreas de salud, lo que indica que aún existen amplios márgenes de mejora.

Los dos siguientes artículos abren el foco de análisis más allá de la prestación de servicios de atención sanitaria, hacia ámbitos que resultan cruciales para mejorar los resultados en salud y calidad de vida de los ciudadanos: la atención a la dependencia y la salud pública. En el primero de ellos, **Raúl del Pozo** y **Marta Ortega** proponen, tras revisar las experiencias autonómicas más recientes, una estrategia de atención integrada de cuidados sanitarios y de larga duración (o en su defecto, la coordinación entre ambos tipos de cuidado) para facilitar, no solo una asignación más eficiente de los recursos, sino una reducción de los tiempos de espera y una mejora de la calidad de vida de las personas con dependencia. Por su parte, **Blanca Lumbreras** pone el acento en la necesidad de reducir la creciente medicalización de la sociedad mediante el desarrollo de la estrategia de salud en todas las políticas, que requiere prestar atención al papel que juegan los determinantes sociales. Este enfoque implica asimismo que buena parte de los problemas de salud han de abordarse desde una perspectiva global, lo que precisa de cooperación internacional y del buen gobierno de instituciones como la Organización Mundial de la Salud.

De buen gobierno y diseño institucional, sus avances y retos pendientes, se ocupa específicamente el artículo de **Ildefonso Hernández**. Sus recomendaciones pasan por el establecimiento de una estrategia nacional de salud basada en las prioridades y necesidades nacionales; el diseño de una política de salud integral coherente con los problemas y retos de salud actuales; el liderazgo necesario para, entre otras cosas, perfilar el diseño institucional del Ministerio de Sanidad; la creación de una agencia de alto nivel técnico capaz de evaluar políticas y tecnologías, y la atención al entorno intelectual y cultural del SNS.

Por último, el artículo firmado por **Juan Oliva**, **Beatriz González**, **Patricia Barber**, **Luz Peña** y **Néboa Zozaya** revisa la evolución de los principales indicadores de salud a lo largo de los últimos años. Afortunadamente, la crisis económica no parece haber afectado de forma importante, al menos en el corto plazo, a la mortalidad y la salud autopercibida de la población general, aunque sí ha tenido un impacto

negativo sobre la salud mental y sobre algunos grupos vulnerables de población. Las políticas sociales extrasanitarias relacionadas con el mantenimiento de rentas se configuran, en opinión de los autores, como un elemento crucial de la política de salud.

En definitiva, en el monográfico que aquí se presenta se repasan algunos de los ejes centrales de la política sanitaria actual, y se dibujan buena parte de las líneas de acción que deberían marcar la evolución del Sistema Nacional de Salud en los próximos años. Solo me queda agradecer de nuevo a los autores su generosidad y esfuerzo, y confiar en que los lectores interesados disfruten y aprendan de los artículos que siguen.



# Innovación tecnológica y financiación de prestaciones

Carlos Campillo-Artero  
Universitat Pompeu Fabra

Laura Vallejo Torres  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Néboa Zozaya González  
Fundación Weber

## **Resumen**

*La aparición de numerosas y variadas nuevas tecnologías con novedosos mecanismos de acción bajo un patrón de innovación incremental demanda una reforma estructural profunda de la regulación de su autorización y financiación. Son muchos los países que emplean la evaluación económica como cuarta barrera en las decisiones de financiación sanitaria. En España, a pesar de su inclusión explícita en el ordenamiento jurídico, su papel sigue siendo bastante limitado. De la mano de los enfoques más basados en el valor están surgiendo instrumentos innovadores de financiación, como el pago por resultados o la fijación de precios por indicación.*

**Palabras clave:** innovación, financiación, regulación, valor, coste-efectividad, medicamentos.  
**Clasificación JEL:** D61, I10, I18.

## **Abstract**

*The arrival of numerous and diverse new technologies with innovative mechanisms of action under a pattern of incremental innovation demands a profound structural reform of the regulation of their authorization and financing. Many countries use economic evaluation as a fourth barrier in health financing decisions. In Spain, despite its explicit inclusion in the law, its role is still quite limited. Alongside with value-based approaches, innovative financing instruments are emerging, such as payment by results or price setting by indication.*

**Keywords:** innovation, financing, regulation, value, cost-effectiveness, medication.  
**JEL classification:** D61, I10, I18.

## **1. Qué es innovación**

A pesar de la, aunque insatisfecha, perentoria necesidad de disponer de una definición consensuada de innovación a escala internacional, ninguna de las que ofrecen los documentos de referencia, como el Manual de Oslo, el de Frascati, de la Unión Europea, del NICE británico, ni las que se encuentran en numerosos artículos científicos publicados goza de consenso ni se ha convertido en la de referencia internacional. Suelen ser incompletas e imprecisas y, algunas, controvertidas, como, por ejemplo, la de innovación disruptiva.

Por este motivo, a los efectos de este artículo, consideramos que es más pragmático hacer una aproximación intuitiva al concepto.

Por un lado, se encuentran las que podrían considerarse innovaciones francas, que no dejan lugar a dudas y son de gran magnitud: el primer automóvil, avión o submarino, la primera bombilla, el suero fisiológico, la penicilina o la «lectura» del ADN. Por otro, aquellas innovaciones de mucha menor magnitud, incrementales, algunas que incluso aportan innovación mínima, marginal y aparecen paulatina y lentamente, como los diferentes automóviles de un mismo modelo, o de avión, los nuevos tipos de bombillas (desde la primera hasta las led) o de prótesis de cadera. La magnitud y el alcance diferencial en varias esferas de estos tipos de innovaciones pueden utilizarse intuitivamente como barra de medida de la innovación que aporta cualquier nueva tecnología. Por razones de extensión, limitamos este artículo a los tratamientos con medicamentos y biológicos.

## 2. Cuánto se innova

En los modelos vigentes de I+D+i y de regulación de las nuevas tecnologías médicas (medicamentos, nuevas terapias no farmacológicas, aparatos y dispositivos, pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, modelos de gestión y organización de servicios) se aprecian hechos importantes y comunes derivados de su estructura, funcionamiento y resultados que han de destacarse y se describen seguidamente.

En primer lugar, la impresionante magnitud de numerosas innovaciones en medicina en el siglo xx y de sus resultados en salud, como las del primer grupo enumeradas más arriba, ha dado paso a una innovación también real, pero lenta, paulatina, de mucha menor escala, con rendimientos decrecientes, como las marginales del segundo grupo citado al principio. Su valor (por ejemplo, terapéutico o diagnóstico) relativo o incremental, esto es, respecto al valor de las existentes, cuando menos en el último par de décadas, decrece (Campillo-Artero, 2015; Campillo-Artero, 2014; Hans-Georg Eichler *et al.* 2015; Hans-Georg Eichler *et al.*, 2010; Lanthier *et al.*, 2013).

De disponer exclusivamente de tratamientos farmacológicos con medicamentos que son moléculas con una estructura sencilla, muy pequeñas y con una sola indicación o muy pocas, como la aspirina (con una masa molecular de 180 daltons), se ha logrado pasar a la administración de medicamentos biológicos, obtenidos de seres vivos (bacterias, linfocitos humanos, cultivos de tejidos), con masas moleculares y una complejidad estructural y funcional crecientes y mucho mayores que las de los anteriores, como la insulina, la eritropoietina o los anticuerpos monoclonales (con masas moleculares de 5.808, 30.400 y 150.000 daltons, respectivamente), y algunos con varias indicaciones muy distintas entre sí.

Más aún, actualmente se están administrando, por citar otros ejemplos, citoquinas (proteínas que regulan el funcionamiento de las células), moléculas de síntesis

pequeñas unidas a anticuerpos, que las dirigen específicamente a su lugar de acción, o linfocitos T del propio paciente que se han modificado *ex vivo* para que, al reintroducirlos en él, ataquen directa y específicamente a las células tumorales. También se avanza con la administración de anticuerpos con nuevos mecanismos de acción, como los de los llamados inhibidores de *check point*, y los avances en terapia génica son notables: las células de los pacientes con diferentes enfermedades causadas por deficiencias de proteínas u hormonas también se modifican genéticamente infectándolas *ex vivo* con virus (denominados oncolíticos) que les transfieren el material genético que contiene la información para sintetizarlas. Al administrarles sus propias células así modificadas, producen las proteínas u hormonas, que suplen esas deficiencias.

Como se comentará más adelante por las ventajas y, sobre todo, por ciertos desafíos que plantea, otro avance lo constituye el paso de tratamientos secuenciales (un medicamento tras otro) de una enfermedad con varios medicamentos de síntesis y biológicos a su administración combinada, simultánea, así como la ampliación de indicaciones de un mismo tratamiento a diferentes enfermedades que se consiguen con las opciones terapéuticas señaladas en los párrafos anteriores. Algunos tumores diferentes en distintas localizaciones comparten las mismas dianas terapéuticas (por ejemplo, una mutación) a las cuales puede dirigirse la misma terapia (*agnostic therapy*). Por otro lado, la misma enfermedad puede tratarse simultáneamente con medicamentos diferentes, cada uno con su propio mecanismo de acción, que actúan en distintas vías metabólicas; de este modo se intenta reducir la posibilidad de que las células de un tumor muten y «escapen» a la acción de un medicamento que actúa en una vía metabólica utilizando otra vía metabólica alternativa (Bach, Giralt, y Saltz, 2017; Campillo-Artero, 2016; Dolgin, 2015; EMA - European Medicines Agency, 2016; Hunter y Sherman, 2017; Komarova y Boland, 2013; Kuehn, 2017; Lemery, Keegan y Pazdur, 2017; Li, Zhao y Wang, 2014; Miller y Lanthier, 2015; Neelapu *et al.*, 2017; Prowell, Theoret y Pazdur, 2016; Rosenbaum, 2017; Schuster *et al.*, 2017; Topalian, 2017; Tran, Longo y Urba, 2017; Webster, 2016).

Una cifra en aumento de reguladores, financiadores, agencias de evaluación y organizaciones y sociedades científicas de todo el mundo basan algunas de sus decisiones en el principio de que la magnitud de la innovación de una nueva tecnología médica viene o debería venir determinada en gran medida y en última instancia por su eficacia y seguridad relativas (frente a la mejor alternativa disponible) y no las absolutas (frente a placebo). Sobre la base de esta premisa, las valoraciones periódicas realizadas sobre la magnitud de la innovación de los nuevos medicamentos autorizados (como las de la FDA, de la revista *Prescrire International*, o las de la *American Society of Clinical Oncology* o la *European Society of Clinical Oncology*), algunas año tras año, ponen claramente de relieve y con gran congruencia entre ellas que su valor incremental es reducido. Así lo demuestran, por ejemplo, las ganancias estimadas de las medianas incrementales de supervivencia global o de progresión libre de enfermedad cifradas en días o en apenas más de dos meses que se consiguen con la mayoría de los nuevos tratamientos que aparecen en el mercado,

salvo algunas excepciones. Los avances son muy notables en farmacodinámica (lo que el medicamento le hace al organismo) y farmacocinética (lo que el organismo hace con el medicamento), muy probablemente encierren gran potencial y sean muy promisorias, pero la magnitud innovadora de los avances y beneficios terapéuticos, de momento, es lenta y marginal (Arrowsmith, 2011; Borden y Dowlati, 2012; Hans-Georg Eichler *et al.*, 2015; Campillo-Artero, 2016; Campillo-Artero, 2014; Hans-Georg Eichler *et al.*, 2010; Hans-Georg Eichler *et al.*, 2008; European Medicines Agency; Guo *et al.*, 2010; Kimmelman, 2015; Lanthier *et al.*, 2013; Papoian *et al.*, 2015; Reeves, 2014; Van den Bogert y Cohen, 2015).

### 3. Una instantánea de la regulación actual

Las limitaciones, ineficiencias y externalidades negativas de los sistemas de I+D+i y regulatorios vigentes de muchos países –que se distribuyen entre las diferentes etapas de la I+D+i y de la regulación pre y posautorización– son otro hecho subrayable, porque explican algunas de las medidas que se han tomado y reformas que se han emprendido de dichos sistemas en los últimos años y ayuda a entender su situación actual.

#### 3.1. De la innovación a la autorización

Cualquier intento de entender cabalmente la innovación en tecnologías médicas obliga a describir algunas premisas cruciales postuladas desde la ciencia regulatoria (*regulatory science*), aunque en este artículo se omiten los incentivos por razones de espacio (Institute of Medicine, 2011).

La primera premisa crucial es que una fracción importante de la ineficiencia y de los excesivos costes de la I+D+i de los medicamentos es atribuible a la elevada tasa de fracaso del desarrollo de los nuevos medicamentos: entre otras causas, casi el 50 por 100 de las nuevas moléculas no llegan al mercado por la incapacidad de demostrar la prueba del concepto (*proof-of-concept*) en fases I y II, por la obtención de resultados farmacodinámicos y farmacocinéticos insuficientes, por la progresión a fase III con resultados de fase II insuficientes, porque solo muestran beneficio marginal o equivalencia terapéutica, por la suposición errónea de que los mecanismos de acción y las dianas para una enfermedad son extrapolables a otras, o por el fallo en demostrar en ensayos pivotaes de superioridad la eficacia y seguridad frente a placebo, a un nuevo tratamiento o a un control activo. Los pormenores de cada causa se encuentran en la bibliografía (Arrowsmith, 2011; Borden y Dowlati, 2012; Campillo-Artero, 2015; Campillo-Artero, 2013; Khozin *et al.*, 2015; Kimmelman, 2015; Papoian *et al.*, 2015; Putzeist *et al.*, 2012; Reeves, 2014; Saini *et al.*, 2014; Van den Bogert y Cohen, 2015; Woodcock, 2012; Yordanov *et al.*, 2015; European Medicines Agency, 2014a).

El coste creciente de la I+D+i con descenso de la innovación real, que se conoce como la paradoja de la innovación, es una de las consecuencias de estos hechos. Una entre tantas iniciativas puestas en marcha recientemente para intentar reducir algunas de estas limitaciones consiste en incorporar nuevos diseños de ensayos clínicos (*basket*, *umbrella*, empleados en medicina personalizada), incluidos los que eliminan las barreras entre las fases I, II y III (*seamless drug development*) (Institute of Medicine, 2013; Sleijfer, Bogaerts y Siu, 2013; Prowell, Theoret y Pazdur, 2016; Willyard, 2013; Janet Woodcock y LaVange, 2017).

La segunda premisa clave es que carecemos de un modelo regulatorio con criterios y estándares regulatorios congruentes para todos los tipos de tecnologías médicas. El examen de la regulación de su autorización revela la presencia de lo que se ha venido en llamar «escalera regulatoria». Con este concepto se intenta significar la existencia de un gradiente descendente de regulación: los medicamentos se autorizan tras superar estándares de eficacia y seguridad severos, cuando menos *de iure*, aunque con limitaciones. En un escalón inferior, los estándares aplicados a los aparatos y dispositivos médicos de tipo III (aquellos de los que depende la vida de los pacientes y los que la pueden poner en peligro, como una prótesis valvular del corazón o un desfibrilador implantable) son menos severos o exigentes que los de los medicamentos y su cumplimiento es menor. Descendiendo otro escalón, hasta hace poco la autorización de las pruebas diagnósticas no se ha sometido a estándares regulatorios como los de los dos anteriores y los problemas de índole médica (daño a la salud) de su subregulación (*underegulation*) explican, tanto la profunda reforma que está llevando a cabo la FDA en los Estados Unidos (que afecta a los estándares de autorización, a los mecanismos destinados al cumplimiento de las normas regulatorias (*law enforcement*) y a la vigilancia postcomercialización), como la reforma aprobada en Europa, que no entrará en vigor hasta 2020 y 2022 por motivos que se analizan en otras publicaciones. En el último peldaño de la escalera se encuentran las innovaciones de las técnicas quirúrgicas, que no están reguladas, aunque se hayan propuesto modelos regulatorios y de evaluación postcomercialización (Breckenridge *et al.*, 2011; Campillo-Artero, 2014).

La tercera premisa es que, desde su inicio, el modelo regulatorio de las tecnologías médicas se ha caracterizado por haber sido virtualmente binario: un nuevo medicamento o dispositivo médico se autoriza o no se autoriza. Pero en la última década y media, para reducir las profundas limitaciones, ineficiencias y externalidades negativas derivadas de un sistema regulatorio rígido, se están diseñando e implantando paulatinamente diversas alternativas de autorización, de cobertura y de fijación de precios más flexibles. Su pleno significado se resume en la aporía *Evidence versus Access*, que divide la vida de una tecnología en dos periodos (pre y postautorización), útiles para analizar escollos y soluciones propuestas y en curso, aunque en este artículo se evalúen casi a vuelapluma por razones de espacio (Baird *et al.*, 2014; Barratt *et al.*, 2012; Eichler *et al.*, 2015; Eichler *et al.*, 2012; European Medicines Agency, 2014a; European Medicines Agency, 2014b; European Medicines Agency, 2016; Goldman, Seigneuret y Eichler, 2015; Goldman, 2012; Husereau, Henshall y Jivraj, 2014; Massachusetts Institute of Technology, 2010).

La cuarta y última premisa, muy vinculada con la anterior, es que las decisiones de autorización están expuestas a tres tipos de errores regulatorios relacionados con distintos grados de tolerancia a la incertidumbre que es consustancial a las decisiones de autorización: el conocido como tipo I (aprobar tempranamente una tecnología médica que a la postre resulta no ser eficaz o segura o que, siendo eficaz en cierta medida, su balance riesgo/beneficio es inadecuado); el de tipo II (retrasar su aprobación, aunque pueda demostrarse posteriormente que es eficaz y segura, privando así de su beneficio a los pacientes o retrasándolo); y el de tipo III (los costes de oportunidad asociados con los errores anteriores). La relación entre los beneficios y los distintos grados de tolerancia y aversión al riesgo, así como la mayor o menor incertidumbre de productores, reguladores, clínicos y pacientes sobre la efectividad y seguridad de las tecnologías tras haber sido autorizadas, junto con las decisiones que se toman en estas condiciones, conforman un conjunto de factores adicionales que también contribuyen a determinar la eficiencia económica del sistema regulatorio y, a la postre, los resultados en salud. Las reformas del aparato regulatorio pueden evaluarse considerando los costes de oportunidad y los costes y beneficios marginales de las medidas que se pretenden introducir. También pueden llevarse a cabo análisis del valor de la información, para ayudar a reducir dicha incertidumbre y aportar información útil en la toma de decisiones de autorización, pero apenas se consideran en la práctica (Bauer y König, 2014; Bouvy *et al.*, 2013; Bouvy *et al.*, 2012; Eckermann y Willan, 2007; Eichler *et al.*, 2015; Eichler *et al.*, 2013; Forda *et al.*, 2013; McKenna y Claxton, 2011).

### 3.2. *La fase postautorización*

Los escollos que se intentan superar y desafíos que se afrontan hasta la autorización de medicamentos y las limitaciones de las etapas que la preceden tienen consecuencias directas e indirectas y se suman a los propios de la fase postautorización. Valga una breve enumeración de algunos importantes en aras de la brevedad: la variabilidad y el insuficiente grado de aplicación y cumplimiento de los estándares de eficacia y seguridad (más del segundo que del primero); la, asimismo, insuficiente aplicación de la eficacia y seguridad relativas y no de las absolutas como criterios (barreras) decisorios; el consiguiente impedimento (junto con otros) que ello supone para reducir la brecha entre eficacia y efectividad; la debilidad secular de los sistemas de regulación, vigilancia y control postcomercialización, aunados a las insuficiencias en calidad y cantidad de los estudios de efectividad comparada, para obtener información sobre efectividad y seguridad a fin de reducir la incertidumbre postautorización; los efectos de extensión y sustitución inadecuados, incluido el abuso del uso compasivo y fuera de ficha técnica; la disparidad entre los criterios de autorización, fijación de precios y reembolso entre reguladores, financiadores y agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, que se verán en más detalle más adelante en este artículo; los empeños aún fallidos de armonizarlos, o la necesidad de evaluar más y mejor y mejorar el uso adecuado de los medicamentos (Campillo-

Artero, 2014; Campillo-Artero, 2016; European Medicines Agency, 2014b; European Medicines Agency, 2014a; EMA - European Medicines Agency, 2016; Gaspar *et al.*, 2012; Goldman, Seigneuret y Eichler, 2015; Goldman, 2012; Köhler *et al.*, 2015; Messner *et al.*, 2015; Messner y Tunis, 2012; Mestre-Ferrandiz *et al.*, 2014; Moloney *et al.*, 2015; Newton *et al.*, 2015; Robinson, 2015; Towse y Garrison, 2013; Towse *et al.*, 2015; Tsoi *et al.*, 2013; Woodcock, 2012; Yordanov *et al.*, 2015).

El avance en todas estas líneas de mejora trazadas exige, además, esfuerzos ímprobos de colaboración y coordinación entre todos los agentes y la mejora de la información de que disponen y comparten, porque sus necesidades de información y la naturaleza de las decisiones que toman son diferentes, como traducen los modelos que desarrolla, por ejemplo, el MIT para mejorar las negociaciones entre ellos (Barratt *et al.*, 2012; Backhouse *et al.*, 2011; Gaspar *et al.*, 2012; Köhler *et al.*, 2015; Husereau, Henshall y Jivraj, 2014; Tsoi *et al.*, 2013; Massachusetts Institute of Technology, 2010).

#### 4. Innovación en regulación: mejoras en marcha

En las dos últimas décadas, en muchos países también se han ido introduciendo mejoras en todas las fases de la regulación (incluidos la I+D+i, el *assessment*, el *appraisal* y la monitorización tras la comercialización), que se han ido apuntando en los apartados anteriores y se recapitulan seguidamente a modo de síntesis:

- Promoción de la utilización de diseños experimentales y observacionales nuevos o infrautilizados más eficientes.
- Mejora de la información sobre seguridad en ensayos clínicos (estudios de farmacocinética, *risk-benefit assessment* o RBA, *tolerability of risk thresholds*, validación y calificación de biomarcadores, predicción de perfiles toxicológicos mediante modelos *in silico*, refuerzo de la farmacoepidemiología y *Patient Reported Outcomes*).
- Reforma de los criterios de regulación de pruebas diagnósticas, incluidos los biomarcadores de diagnóstico, pronóstico, respuesta y toxicidad (incorporación de la validez técnica, validez clínica, utilidad clínica), para mejorar su validez y rendimiento diagnósticos y, por ser imprescindibles, contribuir al avance de la medicina estratificada y personalizada, un punto que cobra mayor importancia a medida que aumenta el codesarrollo (*co-development*) de biomarcadores asociados a medicamentos.
- Revisión de los dinteles de incertidumbre, a fin de reducir los tres errores regulatorios asociados con las autorizaciones y sus consecuencias.
- Nuevos esquemas de autorización y acceso a nuevos medicamentos: revisión prioritaria (*priority review*), vía rápida de designación (*fast track designation*), acceso temprano (*early access*), aprobación acelerada (*accelerated approval*), revisión paralela (*parallel review*), aprobaciones condicionales (como la

limitada a un subgrupo de pacientes y posteriormente ampliada con nuevas evidencias o *staggered approval*).

- Nuevos modelos de fijación de precios, como los basados en valor (*value-based pricing*), que se revisarán más adelante.
- Mayor y mejor aplicación de los distintos esquemas de cobertura y financiación, entre los que se encuentran los de reembolso condicionados (*coverage with evidence development, patient access schemes*) y los de riesgo compartido, que también se analizan en detalle más adelante.
- Mayor y mejor utilización de la evaluación económica como cuarta barrera y más transparencia, aspecto en el cual profundizaremos más adelante.
- Fomento de la efectividad comparada (*comparative effectiveness*), así como del *big data*, el *real world data* y el *machine learning* para aumentar y mejorar la información sobre efectividad y seguridad postcomercialización.
- Revisión y armonización progresiva de los criterios de autorización de nuevos medicamentos con los de fijación de precios y de reembolso con miras a reducir su heterogeneidad, sus incongruencias y la brecha entre necesidades de información de reguladores, financiadores y agencias de ETS.
- Introducción y pilotajes iniciales de las vías adaptativas (*adaptive pathways*), que se han explicado en profundidad en otras publicaciones.

A juzgar por las evaluaciones realizadas de estas medidas (menos de las necesarias), su grado de implantación es variable y las variaciones entre países son prominentes. Debe subrayarse, no obstante, que en conjunto deberían considerarse soluciones parciales y parcheadas de los problemas descritos.

Los modelos regulatorios actuales no gozan todavía de suficiente versatilidad para adaptarse de forma eficiente a los cambios de las características que muestra la innovación ni a las condiciones locales, ni han adoptado plena ni adecuadamente las medidas comentadas que se barajan para superar las limitaciones pre y posautorización y sus consecuencias.

Hay más consecuencias y más medidas, como, por ejemplo: la autorización de nuevos tratamientos medicamentosos y no medicamentosos a unos precios progresivamente más desorbitados respecto a su eficacia y seguridad relativas, al valor que aportan; las incongruencias y disparidades entre modelos de fijación de precios –algunos encaminados al precio basado en valor– y las formas como realmente se fijan, bastante desconocidas por falta de transparencia, los desequilibrios de los excedentes de productores y consumidores y las pérdidas de bienestar social derivadas de ellos; o la fijación de precios de medicamentos con varias indicaciones, que se abordarán más adelante en este artículo. En suma, un ovillo de factores no exento de riesgos para la salud y que pone en solfa la capacidad de mejorarla y la eficiencia y sostenibilidad del sistema (Chandra, Garthwaite y Stern, 2017; Danzon, 2018; Mestre-Ferrandiz *et al.*, 2018; Towse *et al.*, 2013; Howard, 2011; Towse y Garrison, 2013; Towse *et al.*, 2013; Towse, Cole y Zamora, 2018; van der Gronde, Uyl-de Groot y Pieters 2017).

Desde hace años se están intensificando las demandas a escala internacional de acometer reformas estructurales profundas de los modelos de I+D+i y regulatorios actuales. Se han descrito aquí algunas reformas importantes, pero éstas son lentas, su grado de implantación varía entre países, y todavía son a todas luces insuficientes. La situación actual exige reformas sistémicas y más profundas en todas las aristas y facetas del sistema y con todos sus actores. Los costes sociales de la paresia regulatoria pueden ser elevadísimos.

## **5. Financiación de la innovación: la cuarta barrera**

Tras hacer balance del estado actual de la innovación y del marco regulatorio existente y por desarrollar, en este apartado ahondaremos en los aspectos relativos a las decisiones de financiación de prestaciones sanitarias y en los criterios con las que estas se rigen.

La autorización de un nuevo medicamento debe superar tres barreras: demostrar su eficacia, seguridad y calidad. Sin embargo, la autorización de un medicamento no implica necesariamente su inclusión en el conjunto de prestaciones disponibles en la cartera de servicios de un sistema sanitario; especialmente si este es financiado con fondos públicos. Las agencias regulatorias y los financiadores de un número creciente de países emplean un criterio o barrera adicional para decidir sobre la cobertura pública de innovaciones sanitarias: el estudio de la eficiencia, o coste-efectividad.

La necesidad de este criterio se debe, en parte, al desequilibrio que caracteriza a los mercados sanitarios públicos que se enfrentan a una demanda ilimitada por parte de consumidores de servicios sanitarios que perciben un coste cercano o igual a cero en el momento de su uso y a una oferta limitada por las restricciones presupuestarias del sistema. Como resultado, los sistemas no pueden acceder a toda la innovación disponible y se requieren criterios de racionalización que nos alejen de la arbitrariedad y nos encaminen hacia la eficiencia. El objetivo no es ahorrar costes, sino distribuir los recursos existentes de forma que se alcance el mayor beneficio en salud posible para la población.

Por ello, al decidir si dar o no cobertura pública a un nuevo medicamento con un coste adicional para el sistema sanitario se deberá valorar a qué se está renunciando para poder financiar dicho medicamento. Esto es el coste de oportunidad de las decisiones de financiación sanitaria, es decir, las mejoras en salud que se perderán por no emplear esos recursos en su mejor uso alternativo. La Economía de la Salud proporciona una serie de herramientas para permitir incorporar el análisis de la eficiencia y la consideración del coste de oportunidad en la toma de decisiones. Entre estas herramientas destacan los análisis de coste-efectividad (ACE).

Los ACE se enmarcan en la llamada evaluación económica de tecnologías sanitarias, entendiendo tecnología en sentido amplio como señalábamos al inicio de este capítulo, incluyendo medicamentos, dispositivos, procedimientos diagnósticos o clínicos, modelos de gestión y organización de servicios. Una evaluación econó-

mica no consiste únicamente en estimar los costes de un nuevo tratamiento. Para que un estudio sea considerado una evaluación económica, este debe cumplir con dos requisitos básicos: analizar tanto los costes como los resultados en salud asociados al nuevo tratamiento, y comparar estos con los que se obtienen con cursos alternativos de tratamiento (Drummond *et al.*, 2015). El resultado del análisis se presenta en términos del coste incremental por unidad de efectividad en salud ganada de una tecnología frente a su comparador, empleando mayoritariamente los Años de Vida (AV) o los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) como medidas de efectividad. Se consideran coste-efectivas aquellas tecnologías cuyo coste por AV/AVAC esté por debajo de la cantidad establecida por el sistema como el máximo que se considera apropiado invertir por unidad de efectividad en salud. Esto es el llamado umbral de coste-efectividad, sobre el que profundizaremos más adelante.

Son muchos los países que incorporan el criterio de coste-efectividad en la toma de decisiones sobre inversión sanitaria, incluyendo Reino Unido, Australia, Canadá, Alemania, Suecia y Holanda, entre otros. En España, la posibilidad de contemplar la evaluación económica en la financiación de medicamentos se recoge desde la Ley del Medicamento de 1990, mención que se repite en sucesivas leyes del ordenamiento jurídico español. El Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012 resaltó expresamente que las decisiones de financiación de medicamentos y productos sanitarios debían estar presididas por los criterios de evidencia científica de coste-efectividad y por la evaluación económica. En la práctica, sin embargo, el papel de la evaluación económica en la toma de decisiones en España es bastante limitado. El Tribunal de Cuentas, en su informe de fiscalización de la actividad económica en el área de farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en los ejercicios 2014 y 2015 (Tribunal de Cuentas, 2016), expuso una serie de carencias claras: a fecha de la finalización del informe, el órgano asesor responsable de la aplicación del principio de coste-efectividad previsto en el RDL 16/2012 no había sido constituido y no existían manuales de procedimientos que recogiesen los criterios de evaluación establecidos para la inclusión de medicamentos en la prestación farmacéutica y en la fijación de precios. El Tribunal de Cuentas recomendó ampliar los estudios económicos que se realizan actualmente «por titulados farmacéuticos con amplia experiencia en el sector y con conocimientos en evaluación económica», y emplear procedimientos escritos y comunes para todos los evaluadores. Más demoledor fue el informe de 2015 de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) al Proyecto de RD por el que se regula la financiación y fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios (Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, 2015). Este desarrollo reglamentario no garantizaba, de acuerdo con la CNMC, la aplicación efectiva del principio de coste-efectividad, la transparencia, la independencia de criterio ni la capacitación técnica de los órganos decisores. El Proyecto de RD más reciente, publicado en 2018, por el que se regula el procedimiento de financiación de los productos sanitarios no apunta hacia una mejora de esta situación. En él se señala que «en caso necesario, el informe técnico de evaluación podrá incluir un análisis coste-efectividad», y que dicho «informe técnico de evaluación

servirá de apoyo a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos». Por tanto, nos mantenemos en una situación en la que el estudio del coste-efectividad es opcional y los informes técnicos no tienen un carácter vinculante. Este contexto obstaculiza el empleo de estas herramientas, que dotarían a la toma de decisiones de una mayor transparencia y contribuirían a mejorar la solvencia y la sostenibilidad del sistema sanitario. Por terminar este apartado con un rayo de esperanza, hay que señalar que un entorno donde el papel, la rigurosidad y la transparencia de los estudios de coste-efectividad va en aumento es el de los informes elaborados por la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, pero cuyo alcance es muy insuficiente en la evaluación de medicamentos.

### *El umbral de coste-efectividad*

Prometíamos profundizar sobre un concepto clave en la evaluación económica: el umbral de coste-efectividad. Y es que la información que proporcionan los ACE, en términos del coste incremental por unidad de efectividad en salud ganada de una tecnología frente a su comparador, no basta para emitir recomendaciones sobre si una tecnología debe o no ser financiada en un contexto determinado. Para ello se precisa comparar este coste incremental de la tecnología bajo estudio con un valor umbral que dictamine si la incorporación de la tecnología es considerada o no coste-efectiva. El ejemplo más conocido es el umbral que emplea el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), establecido entre 20.000 a 30.000 libras por AVAC en Inglaterra (NICE, 2013). En España, la mención a la cifra de 30.000 euros por AV/AVAC se extendió tras la publicación de una revisión de la literatura que observó que, en la mayoría de ACE realizados en España, los autores concluían positivamente sobre el coste-efectividad de la tecnología evaluada cuando su coste por AV era inferior a este valor (Sacristán *et al.*, 2002). Estas estimaciones no provienen de estudios empíricos y han sido criticadas por su arbitrariedad.

La falta de base teórica y científica en la fijación del umbral de coste-efectividad ha potenciado un aumento reciente en el número de estudios empíricos, y ha expuesto un desacuerdo notable en la literatura acerca de lo que el umbral debe representar (Vallejo-Torres *et al.*, 2016). El valor umbral puede reflejar cuánto está dispuesto o cuánto es capaz de invertir el sistema por unidad de efectividad en salud ganada. Estos dos aspectos no necesariamente confluyen, por lo que se observan en la literatura dos corrientes conceptuales que enfatizan perspectivas diferentes: unos abogan por que el umbral refleje la valoración monetaria (o predisposición a pagar) de la sociedad por ganancias en salud (perspectiva de la demanda) y otros porque el umbral se base en el coste de oportunidad resultante de la desinversión requerida para generar recursos para una nueva tecnología (perspectiva de la oferta). La primera idea trata de incorporar las preferencias de la población en línea con el enfoque adoptado en otros ámbitos públicos donde se utiliza el análisis coste-beneficio para tomar decisiones de inversión, y considera que el umbral debe reflejar el valor de consumo que

una sociedad otorga a las ganancias marginales en salud. La segunda está fundamentada en la consideración de las restricciones presupuestarias a las que se enfrentan los decisores y se basa en la idea de que, en un contexto donde el presupuesto ha sido previamente asignado, adoptar una nueva tecnología que impone costes adicionales al sistema de salud implica desinvertir en servicios existentes; lo que tendrá un efecto perjudicial en la salud de otras personas. Por lo tanto, de acuerdo con esta segunda perspectiva, el umbral debe representar el coste por AV/AVAC de los servicios que dejarán de financiarse, que idealmente y, siguiendo la lógica de las llamadas *league tables*, deberían ser aquellos servicios con el mayor coste por AVAC de los ya incluidos en la cartera. Esto permitiría evaluar si la mejora en salud que se espera obtener del uso de la nueva tecnología es superior a las pérdidas en salud que supondrá la desfinanciación de servicios actualmente prestados.

Ambas perspectivas ofrecen argumentos convincentes para su consideración en la estimación del valor umbral, y pese a que muchos autores tienden a defender una línea y oponerse a la otra, otros han recalcado la naturaleza complementaria de ambas (Baker *et al.*, 2011) y reclaman información sobre cada uno de ellos (Brouwer *et al.*, 2018). Sin embargo, a falta de un marco capaz de integrar las preferencias de la población y las restricciones presupuestarias a las que se enfrentan los decisores en la fijación de un umbral de coste-efectividad, estas dos visiones continúan tratándose como perspectivas alternativas.

Defensores del principio del coste de oportunidad han realizado un estudio pionero con el objetivo de estimar empíricamente el valor umbral para el NICE, concluyendo que esta cifra es cercana a 13.000 libras (Claxton *et al.*, 2015), muy por debajo del rango actualmente empleado por esta institución. En España, la primera estimación realizada en este sentido estableció un valor de entre 22.000 y 25.000 euros (Vallejo-Torres, García-Lorenzo y Serrano-Aguilar 2018), también por debajo de la cifra de 30.000 euros referida en la literatura. Está por ver el efecto que esta evidencia científica ejerza en la toma de decisiones sanitarias, sobre todo en un contexto donde la autorización de la innovación sanitaria con una efectividad relativa muy reducida y costes (muy) elevados empuja a los financiadores a incluir en cartera medicamentos con una relación coste-efectividad muy por encima de los citados umbrales. Este hecho denota que, incluso cuando el criterio de coste-efectividad juega un papel en la toma de decisiones, este no es necesariamente el único factor que se considera y la aplicación del umbral no se realiza forzosamente de manera estricta. Un ejemplo de esto lo ofrece de nuevo el NICE, que emplea un umbral 2,5 veces mayor a su límite inferior, es decir, lo sitúa en 50.000 libras, para tratamientos que «alargan la vida al final de la vida». En España, la evidencia actual señalaría que una tecnología es coste-efectiva si su coste por AVAC es inferior a los 25.000 euros. Sin embargo, en casos donde se esté dispuesto a sacrificar eficiencia en aras de otros criterios, como la equidad, la regla del rescate, etc., tecnologías con un coste por AVAC superior podrían ser incluidas en la cartera de manera justificada. Para ello, sería imperativo definir los criterios explícitos y acomodarlos en un marco transparente y medible que valore aspectos más allá de la eficiencia, pero sin olvidarse de la

misma. Asimismo, para abordar situaciones complejas en las decisiones de financiación y fijación de precio, cada vez se hace más necesario el uso de modelos basados en valor (*value-based pricing*) y sistemas de pago por resultados, que abordamos a continuación.

## 6. El auge de los enfoques basados en el valor

El término «basado en el valor» (*value-based*) es un concepto en auge, aunque difuso y sujeto a múltiples interpretaciones. Son muchas las críticas vertidas respecto a la falsa sinonimia entre valor y eficiencia (Reinhardt, 2016; Brownlee y Berman, 2016). Para algunos, el valor se define como los resultados alcanzados en salud (aquellos que realmente importan al paciente) por unidad monetaria invertida, siendo por tanto una medida de eficiencia en sí misma (Porter, 2010).

Como hemos comentado anteriormente, durante los últimos años, numerosos países desarrollados han abordado reformas para orientarse hacia una evaluación, regulación y financiación de las innovaciones farmacéuticas más basadas en su valor. Los esfuerzos se dirigen en primer término a introducir cambios para medir mejor el grado de innovación o el valor relativo que aportan los nuevos medicamentos, para posteriormente adecuar su financiación al mismo (Zozaya, *et al.*, 2017; NICE 2017; Ognyanova, Zentner y Busse, 2011; Melck, 2016; AIFA, 2016; Rémuzat, Toumi y Falissard, 2013).

### 6.1. Esquemas innovadores de cobertura y reembolso

De la mano de los enfoques de financiación basados en el valor están surgiendo instrumentos innovadores de financiación, entre los que se encuentran los acuerdos de reembolso condicionado o los acuerdos de riesgo compartido. Estos esquemas pretenden ir más allá de los tradicionalmente empleados (descuentos lineales, a menudo confidenciales, techos de gasto o descuentos de precio por volumen de ventas).

Respecto a los acuerdos de riesgo compartido (ARC), en términos generales, se refieren a contratos entre el financiador sanitario y el fabricante, que pueden estar basados tanto en resultados financieros como en resultados clínicos o en salud, siendo estos últimos más interesantes desde el punto de vista del enfoque *value-based*. A medida que se genera mayor evidencia sobre la eficacia del tratamiento, a través del acuerdo puede decidirse si se continúa o se interrumpe la financiación, o bien condicionarse ya desde un primer momento a que los pacientes alcancen cierto nivel de respuesta clínica.

Los acuerdos basados en resultados clínicos tratan de paliar la incertidumbre sobre la efectividad real de los tratamientos (que normalmente discrepa de la eficacia observada en los ensayos clínicos, aplicados sobre una subpoblación específica) y sobre el gasto sanitario derivado de incorporar el nuevo tratamiento (que, a su vez

dependerá, entre otros factores, de los patrones de prescripción, la demanda de los pacientes y las alternativas disponibles).

Desde la primera iniciativa «*non cure, no pay*», que tuvo lugar hace más de 20 años en Estados Unidos (Møldrup, 2005), son cada vez más los países del mundo desarrollado que se han embarcado en este tipo de acuerdos basados en resultados clínicos. Los primeros ejemplos incluyeron tratamientos para la esquizofrenia y las estatinas, fundamentalmente aplicados en los países anglosajones. La crisis económica de la década pasada potenció el interés de muchos otros países en estos acuerdos (Piatkiewicz, Traulsen y Holm-Larsen, 2018), que se han centrado especialmente en el ámbito de los medicamentos biológicos, las terapias dirigidas y las enfermedades infecciosas, raras o autoinmunes (Ferrario *et al.*, 2017; Yu *et al.*, 2017).

En la actualidad, muchos países utilizan, de un modo u otro, los ARC, siendo Italia, el Reino Unido, Alemania, Suecia, Estados Unidos y Australia los de mayor experiencia (Ferrario *et al.*, 2017; WHO, 2015; Carlson, Chen y Garrison, 2017; Carlson *et al.*, 2010). Por ejemplo, en Italia, el 58 por 100 de los 113 acuerdos de acceso gestionado en marcha se articularon en torno a los resultados clínicos alcanzados (AIFA, 2018). En España, desde 2011 se han realizado distintas experiencias piloto en Cataluña y Andalucía (Rojas García y Antoñanzas Villar, 2018; Abellán, Garrido y Martínez Pérez, 2013; Campillo-Artero y Kovacs, 2013).

Como potenciales virtudes de los ARC se puede mencionar que corresponsabilizan a los diferentes agentes del sistema, y pueden favorecer el acceso a la innovación y generar ahorros, redundando en una racionalización del gasto y mejora de la eficiencia (Piatkiewicz, Traulsen y Holm-Larsen 2018). Como contraparte, acarrear un notable coste de negociación, implementación y seguimiento, al menos a corto plazo. De hecho, en países como el Reino Unido, los conflictos de interés y las dificultades de implementación y evaluación de los ARC se hicieron patentes al desviar el foco desde este tipo de acuerdos a otros más simples (Scolding, 2010; Raftery, 2010). Actualmente, de los 177 acuerdos comerciales vigentes, el 72 por 100 son descuentos simples de precio y solo un 17 por 100 son acuerdos comerciales de acceso o esquemas de respuesta (NICE, 2018).

Entre los requisitos para que estos acuerdos de pago por resultados funcionen de acuerdo a lo previsto destaca la disponibilidad de sistemas de información adecuados e integrados, idealmente compatibles entre las distintas regiones. De hecho, una de las palancas del éxito en Italia fue la disponibilidad de registros de monitorización que permitían la evaluación continua de los fármacos en la práctica clínica real (Montilla *et al.*, 2015). El éxito del acuerdo, y también uno de los mayores retos a lograr, recaerá en gran medida sobre el diseño contractual inicial. Entre los elementos críticos a considerar destacan la definición y seguimiento de las variables seleccionadas (subrogadas y finales), los procedimientos de obtención de evidencia, el plazo temporal y la gobernabilidad del acuerdo.

En el ámbito de la transparencia queda mucho camino por recorrer. La mayor parte de los resultados de los ARC nunca ve la luz pública. Solo recientemente han comenzado a publicarse algunos resultados cuantitativos de las experiencias

realizadas (Piatkiewicz, Traulsen y Holm-Larsen 2018; Walzer, Droschel y Shannon 2015; Clopes *et al.*, 2017). Cabe señalar la importancia de evaluar los resultados del acuerdo tanto en términos de ahorros para el sistema como de acceso para los pacientes.

## 6.2. La fijación de precios por indicación y para combinaciones de fármacos

Otro de los retos que será necesario abordar en el medio plazo es el referido a la financiación de los fármacos con varias indicaciones y las combinaciones de fármacos (que, su vez, también pueden ser para más de una indicación).

Los medicamentos con indicaciones múltiples van en aumento: si en 2014, el 40 por 100 de los fármacos oncológicos contaba con varias indicaciones, se espera que en 2020 este porcentaje se incremente hasta el 67 por 100, y que casi la mitad de ellos cuente con tres indicaciones o más (IMS Institute, 2015).

La lógica de los precios multi-indicación radica en que, si la efectividad, y por tanto también el valor terapéutico y la relación coste-efectividad, de un fármaco difiere entre sus distintas indicaciones, ¿por qué fijar un precio único para todas las subpoblaciones? Un precio uniforme podría generar ineficiencias desde el punto de vista económico y de bienestar social. Si el precio se fija en base a la indicación de mayor valor, sería superior al óptimo para las indicaciones de menor valor, pudiendo provocar limitaciones de acceso. Si, por el contrario, el precio se guía por las indicaciones de menor valor, se desincentivaría la futura inversión y desarrollo del tratamiento en otras indicaciones (Mestre *et al.*, 2015). Distintos trabajos han analizado, a través de ejemplos reales, cómo el valor de algunos tratamientos oncológicos difiere entre indicaciones, demostrando que en estos casos la fijación de un precio único impide capturar adecuadamente su valor en todas las indicaciones, y abogando por avanzar hacia una financiación por indicación (Mestre-Ferrándiz *et al.*, 2018; Cole *et al.*, 2018; Bach, 2014; Persson y Norlin, 2018).

Entre las barreras que dificultan la fijación de precios multi-indicación se encuentra su coste de implementación, ya que se necesita un considerable esfuerzo de gobernanza y disponer de sistemas de información adecuados. A esto se suman las posibles reticencias iniciales por parte de los distintos agentes del sistema. Por otro lado, no está claro el signo que puede acabar teniendo su efecto neto sobre el gasto (Mestre-Ferrándiz *et al.*, 2018; Mestre *et al.*, 2015).

Distintos países han acometido reformas para avanzar hacia un sistema de precios por indicación, algunos de una forma más explícita, como Bélgica, Alemania o Australia, y otros de facto, valiéndose de descuentos por indicación para lograr esa diferenciación de precio, como es el caso de Italia o el Reino Unido (Flume *et al.*, 2016; Pearson, Dreitlein y Henshall, 2015; Mestre-Ferrándiz *et al.*, 2018).

Por su parte, las combinaciones de fármacos también plantean un reto regulatorio relacionado con la fijación de precios diferenciales. La introducción de combinaciones en el mercado ha ido aumentando progresivamente, y se espera que continúe

en el futuro gracias a la bioinformática, especialmente en oncología y hematología (Dry, Yang y Sáez-Rodríguez, 2016).

Se ha demostrado que aplicar de manera combinada algunos tratamientos potencia los resultados obtenidos cuando éstos se aplican por separado, de manera secuencial, gracias al efecto potenciador sobre las vías metabólicas o dianas terapéuticas (Zimmermann, Lehár y Keith, 2007; Ejim *et al.*, 2011). Bajo la óptica del precio basado en valor, si el valor terapéutico añadido de una nueva combinación es mayor que el de las opciones terapéuticas disponibles (mayor eficacia, menor toxicidad, ambas, mejora de la adherencia), ésta podría aspirar a tener un precio mayor que ellas (Bulusu *et al.*, 2016; Persson y Norlin, 2018).

En este sentido, durante todo el ciclo vital de las combinaciones (ya existen combinaciones autorizadas con más de una indicación), los precios deberían reflejar su valor terapéutico añadido y los mecanismos de su fijación, ser versátiles y dinámicos para responder a cambios periódicos, preservando los principios de eficiencia, equidad, sostenibilidad y solvencia del sistema, e incentivando al mismo tiempo la innovación.

En España, nuestro sistema no está todavía adaptado para capturar el valor terapéutico incremental de las nuevas combinaciones y poder responder de una forma dinámica a las frecuentes autorizaciones de nuevas indicaciones y restricciones o ampliaciones de las combinaciones existentes. El requisito necesario, pero no suficiente, para lograrlo es disponer de una infraestructura tecnológica adecuada, pero también se necesita trabajar en un sistema de precio y reembolso bien articulado con criterios específicos y explícitos, así como desarrollar una serie de incentivos que fomenten el uso de la información obtenida (Mestre-Ferrándiz *et al.*, 2018).

## 7. Conclusiones

Las innovaciones farmacéuticas han ido creciendo en número, complejidad y coste, obligando a los sistemas sanitarios a adecuar sus sistemas regulatorios a estos nuevos medicamentos. Los modelos regulatorios están tratando de flexibilizarse y orientarse más hacia el valor de los nuevos medicamentos, implantando diversas alternativas de autorización, cobertura, fijación de precios y monitorización posautorización. No obstante, su grado de implantación es muy variable entre países y a menudo no logran sino aportar soluciones parciales a los problemas planteados.

El número de países que emplean la evaluación económica como cuarta barrera para decidir la cobertura pública de las innovaciones sanitarias va en aumento. Sin embargo, en España su papel sigue siendo bastante limitado, a pesar de las menciones que se han ido sucediendo en el ordenamiento jurídico. El estudio de la relación coste-efectividad sigue siendo opcional y los informes siguen sin ser de carácter vinculante, a pesar de los esfuerzos de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Esto nos aleja de la tónica de otros países de nuestro entorno, cada vez más centrados en aplicar sistemas basados en el valor, valiéndose de mecanismos

más sofisticados como los acuerdos de reembolso condicionado o la financiación por indicaciones o para combinaciones de fármacos.

En el futuro, a medida que avance la medicina personalizada y la tecnología de la información permita identificar mejor la respuesta de los pacientes, el pago por resultados tendrá un obligado encaje en los sistemas sanitarios.

## Referencias bibliográficas

- [1] ABELLÁN, J. M.; GARRIDO, S. y MARTÍNEZ PÉREZ, J. E. (2013). *Evidencia de los acuerdos de riesgo compartido como fórmula de cobertura de nuevas tecnologías sanitarias*. Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Evaluación Económica. Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Murcia.
- [2] AIFA (2016). «Criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi». <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/criteri-la-classificazione-dei-farmaci-innovativi-e-dei-farmaci-oncologici-innovativi-050420>.
- [3] AIFA (2018). «Comunicazioni Managed Entry Agreements (MEA). Agenzia Italiana del Farmaco». <http://www.aifa.gov.it/content/comunicazioni-managed-entry-agreements-mea>.
- [4] ARROWSMITH, J. (2011). «Trial Watch: Phase III and Submission Failures: 2007-2010». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 10 (2), 87.
- [5] BACH, P. B. (2014). «Indication-Specific Pricing for Cancer Drugs». *JAMA*, 312 (16) (octubre 22), 1629-1630.
- [6] BACH, P. B.; GIRALT, S. A. y SALTZ, L. B. (2017). «FDA Approval of Tisagenlecleucel: Promise and Complexities of a \$475 000 Cancer Drug». *JAMA*, 318 (19), 1861-1862.
- [7] BACKHOUSE, M. E., Michael Wonder, Edward Hornby, Anne Kilburg, Michael Drummond, y Friedrich Karl Mayer (2011), «Early Dialogue between the Developers of New Technologies and Pricing and Reimbursement Agencies: A Pilot Study», *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 14 (4) (junio): 608-615.
- [8] BAIRD, L. G.; BANKEN, R.; EICHLER, H.-G.; KRISTENSEN, F. B.; LEE, D. K.; LIM, J. C. W.; LIM, R. *et al.* (2014). «Accelerated Access to Innovative Medicines for Patients in Need». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 96 (5) (noviembre), 559-571.
- [9] BAKER, R.; CHILTON, S.; DONALDSON, C.; JONES-LEE, M. E. L.; MASON, H.; METCALF, H.; PENNINGTON, M. y WILDMAN, J. (2011). «Searchers vs Surveyors in Estimating the Monetary Value of a QALY: Resolving a Nasty Dilemma for NICE». *Health Economics, Policy and Law* 6 (4) (octubre), 435-447.
- [10] BARRATT, R. A.; BOWENS, S. L.; McCUNE, S. K.; JOHANNESSEN, J. N. y BUCKMAN, S. Y. (2012). «The Critical Path Initiative: Leveraging Collaborations to Enhance Regulatory Science». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 91 (3) (marzo), 380-383.
- [11] BAUER, P. y KÖNIG, F. (2014). «The Risks of Methodology Aversion in Drug Regulation». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 13 (5), 317-318.
- [12] BORDEN, E. C. y DOWLATI, A. (2012). «Phase I Trials of Targeted Anticancer Drugs: A Need to Refocus». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 11 (12) (diciembre), 889-890.

- [13] BOUVY, J. C.; EBBERS, H. C.; SCHELLEKENS, H. y KOOPMANSCHAP, M. A. (2013). «The Cost-Effectiveness of Periodic Safety Update Reports for Biologicals in Europe». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 93 (5) (mayo), 433-442.
- [14] BOUVY, J. C.; KOOPMANSCHAP, M. A.; SHAH, R. R. y SCHELLEKENS, H. (2012). «The Cost-Effectiveness of Drug Regulation: The Example of Thorough QT/QTc Studies». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 91 (2) (febrero), 281-288.
- [15] BRECKENRIDGE, A.; FELDSCHREIBER, P.; GREGOR, S.; RAINE, J. y MULCAHY, L.-A. (2011). «Evolution of Regulatory Frameworks». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 10 (1) (enero), 3-4.
- [16] BROUWER, W.; VAN BAAL, P.; VAN EXEL, J. y VERSTEEGH, M. (2018). «When Is It Too Expensive? Cost-Effectiveness Thresholds and Health Care Decision-Making». *The European Journal of Health Economics*. HEPAC (Health Economics in Prevention and Care).
- [17] BROWNLEE, S. y BERMAN, A. (2016). *Defining Value in Health Care Resource Utilization: Articulating the Role of the Patient*. The John A. Hartford Foundation.
- [18] BULUSU, K. C.; GUHA, R.; MASON, D. J.; LEWIS, R. P. I.; MURATOV, E.; KALANTAR MOTAMEDI, Y.; COKOL, M. y BENDER, A. (2016). «Modelling of Compound Combination Effects and Applications to Efficacy and Toxicity: State-of-the-Art, Challenges and Perspectives». *Drug Discovery Today*, 21 (2), 225-238.
- [19] CAMPILLO-ARTERO, C (2013). «A Full-Fledged Overhaul Is Needed for a Risk and Value-Based Regulation of Medical Devices in Europe». *Health Policy* (Amsterdam, Netherlands), 113 (1-2) (noviembre), 38-44.
- [20] CAMPILLO-ARTERO, C (2015). «Nuevos medicamentos: ¿cuanto se innova?». *Ges. Clín. Sanit.*, 58, 7-9.
- [21] CAMPILLO-ARTERO, C (2016). «Reformas de la regulación de las tecnologías médicas y la función de los datos de la vida real». En *Datos de la vida real en el sistema sanitario español*. Fundación Gaspar Casal. Madrid.
- [22] CAMPILLO-ARTERO, C. y JUAN E. (2014). «Regaining HTA from Oblivion: Improving and Integrating the Regulation of Drugs, Devices, Diagnostics and Surgical Innovations». En J. del Llano y C. Campillo-Artero (eds.), *Health Technology Assessment and Health Policy Today: A Multifaceted View of Their Unstable Crossroads*. Springer International Publishing.
- [23] CAMPILLO-ARTERO, C. y M. KOVACS, F. (2013). «The Use of Risk Sharing Tools for Post Adoption Surveillance of a Non Pharmacological Technology in Routine Practice: Results after One Year». *BMC Health Services Research*, 13 (mayo 20), 181.
- [24] CARLSON, J. J.; CHEN, S. y GARRISON, L. P. (2017). «Performance-Based Risk-Sharing Arrangements: An Updated International Review». *PharmacoEconomics*, 35 (10) (octubre 1), 1063-1072.
- [25] CARLSON, J. J.; SULLIVAN, S. D.; GARRISON, L. P.; NEUMANN, P. J. y VEENSTRA, D. L. (2010). «Linking Payment to Health Outcomes: A Taxonomy and Examination of Performance-Based Reimbursement Schemes between Healthcare Payers and Manufacturers». *Health Policy*, 96 (3) (agosto), 179-190.
- [26] CHANDRA, A.; GARTHWAITE, C. y STERN, A. D. (2017). «Characterizing the Drug Development Pipeline for Precision Medicines». *NBER Working Paper*. National Bureau of Economic Research. doi:10.3386/w24026. <http://www.nber.org/papers/w24026>.

- [27] CLAXTON, K.; MARTIN, S.; SOARES, M.; RICE, N.; SPACKMAN, E.; HINDE, S.; DEVLIN, N.; SMITH, P. C. y SCULPHER, M. (2015). «Methods for the Estimation of the National Institute for Health and Care Excellence Cost-Effectiveness Threshold». *Health Technology Assessment* (Winchester, England), 19 (14) (febrero), 1-503, v-vi.
- [28] CLOPES, A.; GASOL, M.; CAJAL, R.; SEGÚ, L.; CRESPO, R.; MORA, R. y SIMON, S. *et al.* (2017). «Financial Consequences of a Payment-by-Results Scheme in Catalonia: Gefitinib in Advanced EGFR-Mutation Positive Non-Small-Cell Lung Cancer». *Journal of Medical Economics*, 20 (1), 1-7.
- [29] COLE, A.; TOWSE, A.; LORGELLY, P. y SULLIVAN, R. (2018). «Economics of Innovative Payment Models Compared with Single Pricing of Pharmaceuticals». *OHE Research Paper 18/04*.
- [30] COMISIÓN NACIONAL DE LOS MERCADOS Y LA COMPETENCIA (2015). «Proyecto de Real Decreto por el que se regula la financiación y fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios y su inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. IPN/CNMC/023/15». <https://www.cnmc.es/expedientes/ipn-cnmc02315>.
- [31] DANZON, P. M. (2018). «Differential Pricing of Pharmaceuticals: Theory, Evidence and Emerging Issues», *PharmacoEconomics* (julio 30). doi:10.1007/s40273-018-0696-4.
- [32] DOLGIN, E. (2015). «Oncolytic Viruses Get a Boost with First FDA-Approval Recommendation». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 14 (6) (junio), 369-371.
- [33] DRUMMOND, M. F.; SCULPHER, M. J.; CLAXTON, K.; STODDART, G. L. y TORRANCE, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press.
- [34] DRY, J. R.; YANG, M. y SÁEZ-RODRÍGUEZ, J. (2016). «Looking beyond the cancer cell for effective drug combinations». *Genome Medicine*, 8 (1) (noviembre 25), 125. doi:10.1186/s13073-016-0379-8.
- [35] ECKERMANN, S. y WILLAN, A. R. (2007). «Expected Value of Information and Decision Making in HTA». *Health Economics*, 16 (2) (febrero), 195-209.
- [36] EICHLER, H.-G.; BLOECHL-DAUM, B.; ABADIE, E.; BARNETT, D.; KÖNIG, F. y PEARSON, S. (2010). «Relative Efficacy of Drugs: An Emerging Issue between Regulatory Agencies and Third-Party Payers». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 9 (4), 277-291.
- [37] EICHLER, H.-G.; BLOECHL-DAUM, B.; BRASSEUR, D.; BRECKENRIDGE, A.; LEUFKENS, H.; RAINE, J.; SALMONSON, T.; SCHNEIDER, C. K. y RASI, G. (2013). «The Risks of Risk Aversion in Drug Regulation». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 12 (12), 907-916.
- [38] EICHLER, H.-G.; PIGNATTI, F.; FLAMION, B.; LEUFKENS, H. y BRECKENRIDGE, A. (2008). «Balancing Early Market Access to New Drugs with the Need for Benefit/Risk Data: A Mounting Dilemma». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 7 (10), 818-826.
- [39] EICHLER, H.-G.; THOMSON, A.; EICHLER, I. y SCHNEEWEISS, S. (2015). «Assessing the Relative Efficacy of New Drugs: An Emerging Opportunity». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 14 (7), 443-444.
- [40] EICHLER, H.-G.; BAIRD, L. G.; BARKER, R.; BLOECHL-DAUM, B.; BØRLUM-KRISTENSEN, F.; BROWN, J. y CHUA *et al.*, R. (2015). «From Adaptive Licensing to Adaptive Pathways: Delivering a Flexible Life-Span Approach to Bring New Drugs to Patients». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 97 (3) (marzo), 234-246.

- [41] EICHLER, H.-G.; OYE, K.; BAIRD, L. G.; ABADIE, E.; BROWN, J.; DRUM, C. L. y FERGUSON, J. *et al.* (2012). «Adaptive Licensing: Taking the Next Step in the Evolution of Drug Approval». *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91 (3) (marzo), 426-437.
- [42] EJIM, L.; FARHA, M. A.; FALCONER, S. B.; WILDENHAIN, J.; COOMBES, B. K.; TYERS, M.; BROWN, E. D. y WRIGHT, G. D. (2011). «Combinations of Antibiotics and Nonantibiotic Drugs Enhance Antimicrobial Efficacy». *Nature Chemical Biology*, 7 (6) (junio), 348-350.
- [43] EMA (European Medicines Agency) (2016). «Final report on the adaptive pathways pilot». [http://www.ema.europa.eu/ema/pages/includes/document/open\\_document.jsp?webContentId=WC500211526](http://www.ema.europa.eu/ema/pages/includes/document/open_document.jsp?webContentId=WC500211526).
- [44] EMA (2014a). «Pilot project on adaptive licensing». *EMA/254350/2012*.
- [45] EMA (2014b). «Adaptive Pathways to Patients: Report on the Initial Experience of the Pilot Project». *EMA/758619/2014*.
- [46] EMA. «Benefit-Risk Methodology Project: Work Package 3 Report: Field Tests». *EMA/718294/2011*: 29.
- [47] FERRARIO, A.; ARĀJA, D.; BOCHENEK, T.; ČATIĆ, T.; DANKÓ, D.; DIMITROVA, M. y FÜRST, J. *et al.* (2017). «The Implementation of Managed Entry Agreements in Central and Eastern Europe: Findings and Implications». *Pharmacoeconomics*, 35 (12), 1271-1285.
- [48] FLUME, M.; BARDOU, M.; CAPRI, S.; SOLA-MORALES, O.; CUNNINGHAM, D.; LEVIN, L.-A. y TOUCHOT, N. (2016). «Feasibility and attractiveness of indication value-based pricing in key EU countries». *Journal of Market Access & Health Policy*, 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4864834/>.
- [49] FORDA, S. R.; BERGSTRÖM, R.; CHLEBUS, M.; BARKER, R. y HØNGAARD ANDERSEN, P. (2013). «Priorities for Improving Drug Research, Development and Regulation». *Nature Reviews. Drug Discovery* 12 (4) (abril). 247-248.
- [50] GASPAR, R.; AKSU, B.; CUINE, A.; DANHOF, M.; JADRIJEVIC-MLADAR TAKAC, M.; LINDEN, H. H. y LINK, A. *et al.* (2012). «Towards a European Strategy for Medicines Research (2014-2020): The EUFEPS Position Paper on Horizon 2020». *European Journal of Pharmaceutical Sciences: Official Journal of the European Federation for Pharmaceutical Sciences*, 47 (5) (diciembre 18), 979-987.
- [51] GOLDMAN, M (2012). «The Innovative Medicines Initiative: A European Response to the Innovation Challenge». *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91 (3), 418-425.
- [52] GOLDMAN, M.; SEIGNEURET, N. y EICHLER, H.-G. (2015). «The Innovative Medicines Initiative: An Engine for Regulatory Science». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 14 (1), 1-2.
- [53] VAN DER GRONDE, C. A.; UYL-DE GROOT, C. A. y PIETERS, T. (2017). «Addressing the Challenge of High-Priced Prescription Drugs in the Era of Precision Medicine: A Systematic Review of Drug Life Cycles, Therapeutic Drug Markets and Regulatory Frameworks». *PLOS ONE* 12 (8) (agosto 16), e0182613. Ed. Cathy Mihalopoulos.
- [54] GUO, J. J.; PANDEY, S.; DOYLE, J.; BIAN, B.; LIS, Y. y RAISCH, D. W. (2010). «A Review of Quantitative Risk-Benefit Methodologies for Assessing Drug Safety and Efficacy-Report of the ISPOR Risk-Benefit Management Working Group». *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 13 (5) (agosto), 657-666.

- [55] HOWARD, D. H. (2011). «Realigning Incentives for Developing and Pricing New Anticancer Treatments». *JAMA*, 305 (22) (junio 8), 2347-2348.
- [56] HUNTER, N. L. y SHERMAN, R. E. (2017). «Combination Products: Modernizing the Regulatory Paradigm». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 16 (8) (agosto), 513-514.
- [57] HUSEREAU, D.; HENSHALL, C. y JIVRAJ, J. (2014). «Adaptive Approaches to Licensing, Health Technology Assessment, and Introduction of Drugs and Devices». *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 30 (3) (julio), 241-249.
- [58] IMS Institute (2015). «Developments in Cancer Treatments, Market Dynamics, Patient Access and Value». [http://keionline.org/sites/default/files/IIHI\\_Oncology\\_Trend\\_Report\\_2015.pdf](http://keionline.org/sites/default/files/IIHI_Oncology_Trend_Report_2015.pdf).
- [59] INSTITUTE OF MEDICINE (2011). *Building a National Framework for the Establishment of Regulatory Science for Drug Development: Workshop Summary*. The National Academies Collection: Reports Funded by National Institutes of Health. Washington (DC). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54404/>.
- [60] INSTITUTE OF MEDICINE (2013). *Implementing a National Cancer Clinical Trials System for the 21st Century: Second Workshop Summary*. Washington, D.C., USA. National Academies Press. doi:10.17226/18362. <https://www.nap.edu/read/18362/chapter/2>.
- [61] KHOZIN, S.; LIU, K.; JAROW, J. P. y PAZDUR, R. (2015). «Regulatory Watch: Why Do Oncology Drugs Fail to Gain US Regulatory Approval?». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 14 (7) (julio), 450-451.
- [62] KIMMELMAN, J. (2015). «The Secret Realm of Phase I Trials in Healthy Volunteers». *BMJ*, 350 (junio 26), h3444. Clinical Research Ed.
- [63] KÖHLER, M.; HAAG, S.; BIESTER, B.; BROCKHAUS, A. C.; MCGAURAN, N.; GROUVEN, U. y KÖLSCH, H. *et al.* (2015). «Information on New Drugs at Market Entry: Retrospective Analysis of Health Technology Assessment Reports versus Regulatory Reports, Journal Publications, and Registry Reports». *BMJ*, 350 (febrero 26), h796, Clinical Research Ed.
- [64] KOMAROVA, N. L. y BOLAND, C. R. (2013). «Cancer: Calculated Treatment». *Nature*, 499 (7458) (julio 18), 291-292.
- [65] KUEHN, B. M. (2017). «The Promise and Challenges of CAR-T Gene Therapy». *JAMA*, 318 (22) (diciembre 12), 2167-2169.
- [66] LANTHIER, M.; MILLER, K. L.; NARDINELLI, C. y WOODCOCK, J. (2013). «An Improved Approach to Measuring Drug Innovation Finds Steady Rates of First-in-Class Pharmaceuticals, 1987-2011». *Health Affairs (Project Hope)*, 32 (8) (agosto), 1433-1439.
- [67] LEMERY, S.; KEEGAN, P. y PAZDUR, R. (2017). «First FDA Approval Agnostic of Cancer Site—When a Biomarker Defines the Indication». *The New England Journal of Medicine*, 377 (15) (octubre 12), 1409-1412.
- [68] LI, F.; ZHAO, C. y WANG, L. (2014). «Molecular-Targeted Agents Combination Therapy for Cancer: Developments and Potentials». *International Journal of Cancer*, 134 (6) (marzo 15), 1257-1269.
- [69] MASSACHUSETTS INSTITUTE OF TECHNOLOGY (2010). «NEWDIGS», *New Drug Development ParadIGMs*. Center for Biological Innovation, MIT.
- [70] MCKENNA, C. y CLAXTON, K. (2011). «Addressing Adoption and Research Design Decisions Simultaneously: The Role of Value of Sample Information Analysis». *Me-*

- dical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 31 (6) (diciembre), 853-865. doi:10.1177/0272989X11399921.
- [71] MELCK, B. (2016). «Changes to AMNOG in the Pharmaceutical Care Strengthening Act. IHS Blogs». <http://blog.ihs.com/changes-to-amnog-in-the-pharmaceutical-care-strengthening-act>.
- [72] MESSNER, D. A. y TUNIS, S. R. (2012). «Current and Future State of FDA-CMS Parallel Reviews». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 91 (3) (marzo), 383-385.
- [73] MESSNER, D. A.; TOWSE, A.; MOHR, P. y GARAU, M. (2015). «The Future of Comparative Effectiveness and Relative Efficacy of Drugs: An International Perspective». *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 4 (4) (agosto), 419-427.
- [74] MESTRE, J.; TOWSE, A.; DELLAMANO, R. y PISTOLLATO, M. (2015). «Multi-indication Pricing: Pros, Cons and Applicability to the UK». *Office of Health Economics. Seminar Briefing 56*.
- [75] MESTRE-FERRÁNDIZ; DEVERKA, P.; PISTOLLATO, M. y ROSENBERG, M. (2014). *The Current Drug Development Paradigm: Responding to US and European Demands for Evidence of Comparative Effectiveness and Relative Effectiveness*. Office of Health Economics. <https://www.ohe.org/publications/current-drug-development-paradigm-responding-us-and-european-demands-evidence>.
- [76] MESTRE-FERRÁNDIZ, J.; ZOZAYA, N.; ALCALÁ, B. e HIDALGO-VEGA, A. (2018). «Multi-Indication Pricing: Nice in Theory but Can It Work in Practice?». *PharmacoEconomics* (septiembre 10). doi: 10.1007/s40273-018-0716-4.
- [77] MILLER, K. L. y LANTHIER, M. (2015). «Regulatory Watch: Innovation in Biologic New Molecular Entities: 1986-2014». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 14 (2) (febrero). 83. doi:10.1038/nrd4535.
- [78] MØLDRUP, C. (2005). «No cure, no pay». *British Medical Journal*, 330 (7502) (mayo 28), 1262-1264.
- [79] MOLONEY, R.; MOHR, P.; HAWE, E.; SHAH, K.; GARAU, M. y TOWSE, A. (2015). «Payer Perspectives on Future Acceptability of Comparative Effectiveness and Relative Effectiveness Research». *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 31 (1-2) (enero), 90-98.
- [80] MONTILLA, S.; XOXI, E.; RUSSO, P.; CICHETTI, A. y PANI, L. (2015). «Monitoring Registries at Italian Medicines Agency: Fostering Access, Guaranteeing Sustainability». *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 31 (04), 210-213. doi:10.1017/S0266462315000446.
- [81] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE EXCELLENCE (NICE) (2013). «Guide to the Methods of Technology Appraisal». <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/chapter/foreword>.
- [82] NEELAPU, S. S.; LOCKE, F. L.; BARTLETT, N. L.; LEKAKIS, L. J.; MIKLOS, D. B.; JACOBSON, C. A. y BRAUNSCHWEIG, I. *et al.* (2017). «Axicabtagene Ciloleucel CAR T-Cell Therapy in Refractory Large B-Cell Lymphoma». *The New England Journal of Medicine* 377 (26): 2531-2544. doi:10.1056/NEJMoa1707447.
- [83] NEWTON, P. N.; SCHELLENBERG, D.; ASHLEY, E. A.; RAVINETTO, R.; GREEN, M. D.; TER KUILE, F. O.; TABERNERO, P.; WHITE, N. J. y GUERIN, P. J. (2015). «Quality Assurance of Drugs Used in Clinical Trials: Proposal for Adapting Guidelines». *BMJ*, 350 (febrero 25), h602. Clinical Research Ed.

- [84] NICE (2017). «Consultation on Changes to Technology Appraisals and Highly Specialised Technologies | NICE Technology Appraisal Guidance | NICE Guidance | Our Programmes | What We Do | About | NICE». CorporatePage. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance/consultation-on-changes-to-technology-appraisals-and-highly-specialised-technologies>.
- [85] NICE (2018). «List of Recommended Technologies That Include a Commercial Arrangement. Patient Access Schemes Liaison Unit». CorporatePage, NICE. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/patient-access-schemes-liaison-unit/list-of-technologies-with-approved-patient-access-schemes>.
- [86] OGNJANOVA, D.; ZENTNER, A. y BUSSE, R. (2011). «Pharmaceutical reform 2010 in Germany». *Eurohealth*, 17 (1), 11-13.
- [87] PAPOIAN, T.; CHIU, H.-J., ELAYAN, I.; JAGADEESH, G.; KHAN, I.; LANIYONU, A. A.; LI, C. X.; SAULNIER, M.; SIMPSON, N. y YANG, B. (2015). «Secondary Pharmacology Data to Assess Potential Off-Target Activity of New Drugs: A Regulatory Perspective». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 14 (4) (abril), 294. doi:10.1038/nrd3845-c1.
- [88] PEARSON, S. D.; DREITLEIN, B. y HENSHALL, C. (2015). «Indication-specific Pricing in the United States Health Care System». *Institute for Clinical and Economic Review. A Report from the 2015 ICER Membership Policy Summit*.
- [89] PERSSON, U. y NORLIN, J. M. (2018). «Multi-Indication and Combination Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals: Opportunities for Improved Health Care through Faster Uptake of New Innovations». *Applied Health Economics and Health Policy* (febrero 22), 1-9. doi:10.1007/s40258-018-0377-7.
- [90] PIATKIEWICZ, T. J.; TRAUlsen, J. M. y HOLM-LARSEN, T. (2018). «Risk-Sharing Agreements in the EU: A Systematic Review of Major Trends». *PharmacoEconomics-Open* 2 (2) (junio), 109-123. doi:10.1007/s41669-017-0044-1.
- [91] PORTER, M. E. (2010). «What Is Value in Health Care?» N-perspective. <http://Dx.Doi.Org/10.1056/NEJMp1011024>. doi:10.1056/NEJMp1011024. [https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1011024?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrssref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1011024?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrssref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov).
- [92] PROWELL, T. M.; THEORET, M. R. y PAZDUR, R. (2016). «Seamless Oncology-Drug Development». *The New England Journal of Medicine*, 374 (21) (26), 2001-2003.
- [93] PUTZEIST, M.; MANTEL-TEEuwISSE, A. K.; ARONSSON, B.; ROWLAND, M.; GISPEN-DE WIED, C. C.; VAMVAKAS, S.; HOES, A. W.; LEUFKENS, H. G. M. y EICHLER, H.-G. (2012). «Factors Influencing Non-Approval of New Drugs in Europe». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 11 (12) (diciembre), 903-904.
- [94] RAFTERY, J. (2010). «Costly failure of a risk sharing scheme». *BMJ*, 340.
- [95] REEVES, B. C. (2014). «Reporting of Harms in Systematic Reviews and Their Primary Studies». *BMJ*, 349 (noviembre 21), g6819, Clinical Research Ed.
- [96] REINHARDT, U. (2016). «Sense and nonsense in defining “value” in health care», presentado en National Institute of Health Care Management. Capitol Hill Briefing on The Future of Health Care in America.
- [97] RÉMUZAT, C.; TOUMI, M. y FALISSARD, B. (2013). «New drug regulations in France: what are the impacts on market access? Part 1 – Overview of new drug regulations in France». *Journal of Market Access & Health Policy*, 1 (0). <http://www.jmahp.net/index.php/jmahp/article/view/20891>.

- [98] ROBINSON, J. C. (2015). «Biomedical Innovation in the Era of Health Care Spending Constraints», *Health Affairs (Project Hope)* 34 (2) (febrero): 203-209.
- [99] ROJAS GARCÍA, P. y ANTOÑANZAS VILLAR, F. (2018). «Los contratos de riesgo compartido en el Sistema Nacional de Salud: percepciones de los profesionales sanitarios». *Rev. Esp. Salud Pública*, 92. [http://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL92/ORIGINALES/RS92C\\_201807041.pdf](http://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL92/ORIGINALES/RS92C_201807041.pdf).
- [100] ROSENBAUM, L. (2017). «Tragedy, Perseverance, and Chance—The Story of CAR-T Therapy». *The New England Journal of Medicine*, 377 (14) (octubre 5), 1313-1315.
- [101] SACRISTÁN, J. A.; OLIVA, J.; DEL LLANO, J.; PRIETO, L. y PINTO, J. L. (2002). «¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España?». *Gaceta Sanitaria*, 16 (4), 334-343.
- [102] SAINI, P.; LOKE, Y. K.; GAMBLE, C.; ALTMAN, D. G.; WILLIAMSON, P. R. y KIRKHAM, J. J. (2014). «Selective Reporting Bias of Harm Outcomes within Studies: Findings from a Cohort of Systematic Reviews». *BMJ*, 349 (noviembre 21): g6501. Clinical Research Ed.
- [103] SCHUSTER, S. J.; SVOBODA, J.; CHONG, E. A.; NASTA, S. D.; MATO, A. R.; ANAK, Ö. y BROGDON, J. L. *et al.* (2017). «Chimeric Antigen Receptor T Cells in Refractory B-Cell Lymphomas». *The New England Journal of Medicine*, 377 (26), 2545-2554.
- [104] SCOLDING, N. (2010). «The multiple sclerosis risk sharing scheme». *BMJ*, 340 (c2882).
- [105] SLEIJFER, S.; BOGAERTS, J. y SIU, L. L. (2013). «Designing Transformative Clinical Trials in the Cancer Genome Era». *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31 (15) (mayo 20): 1834-1841. doi:10.1200/JCO.2012.45.3639.
- [106] TOPALIAN, S. L. (2017). «Targeting Immune Checkpoints in Cancer Therapy». *JAMA*, 318 (17) (noviembre 7), 1647-1648. doi:10.1001/jama.2017.14155.
- [107] TOWSE, A.; COLE, A. y ZAMORA, B. (2018). *The Debate on Indication Based Pricing in the U.S. and Five Major European Countries*. OEH Consulting.
- [108] TOWSE, A.; GARAU, M.; MOHR, P. y MESSNER, D. A. (2015). «Futurescapes: Expectations in Europe for Relative Effectiveness Evidence for Drugs in 2020». *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 4 (4) (agosto), 401-418.
- [109] TOWSE, A. y GARRISON, L. P. (2013). «Economic Incentives for Evidence Generation: Promoting an Efficient Path to Personalized Medicine». *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16 (6 Suppl) (octubre), S39-43. doi:10.1016/j.jval.2013.06.003.
- [110] TOWSE, A.; OSSA, D.; VEENSTRA, D.; CARLSON, J. y GARRISON, L. (2013). «Understanding the Economic Value of Molecular Diagnostic Tests: Case Studies and Lessons Learned». *Journal of Personalized Medicine*, 3 (4) (octubre 25), 288-305.
- [111] TRAN, E.; LONGO, D. L. y URBA, W. J. (2017). «A Milestone for CAR T Cells». *The New England Journal of Medicine*, 377 (26), 2593-2596.
- [112] TRIBUNAL DE CUENTAS (2016). «Informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área de farmacia, ejercicios 2014 y 2015. Informe 1185». [www.tcu.es](http://www.tcu.es).
- [113] TSOI, B.; MASUCCI, L.; CAMPBELL, K.; DRUMMOND, M.; O'REILLY, D. y GOEREE, R. (2013). «Harmonization of reimbursement and regulatory approval pro-

- cesses: a systematic review of international experiences». *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 13 (4) (agosto 1), 497-511.
- [114] VALLEJO-TORRES, L.; GARCÍA-LORENZO, B.; CASTILLA, I.; Valcárcel-Nazco, C.; GARCÍA-PÉREZ, L.; LINERTOVÁ, R.; POLENTINOS-CASTRO, E. y SERRANO-AGUILAR, P. (2016). «On the Estimation of the Cost-Effectiveness Threshold: Why, What, How?». *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 19 (5) (agosto), 558-566.
- [115] VALLEJO-TORRES, L.; GARCÍA-LORENZO, B. y SERRANO-AGUILAR, P. (2018). «Estimating a Cost-Effectiveness Threshold for the Spanish NHS». *Health Economics*, 27 (4) (abril), 746-761. doi:10.1002/hec.3633.
- [116] VAN DEN BOGERT, C. A. y COHEN, A. F. (2015). «Need for a Proactive and Structured Approach to Risk Analysis When Designing Phase I Trials». *BMJ*, 351 (julio 22): h3899. Clinical Research Ed.
- [117] WALZER, S.; DROESCHEL, D. y SHANNON, R. (2015). «Which Risk Share Agreements are Available and are Those Applied In Global Reimbursement Decisions?». *Value in Health*, 18 (7) (noviembre 1), A568. doi:10.1016/j.jval.2015.09.1869.
- [118] WEBSTER, R. M. (2016). «Combination Therapies in Oncology». *Nature Reviews. Drug Discovery*, 15 (2) (febrero), 81-82. doi:10.1038/nrd.2016.3.
- [119] WHO (2015). «Access to New Medicines in Europe: Technical Review of Policy Initiatives and Opportunities for Collaboration/Research». [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/273819/WHO-Medicines-Report-FINAL2015.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/273819/WHO-Medicines-Report-FINAL2015.pdf).
- [120] WILLYARD, C. (2013). «“Basket Studies” Will Hold Intricate Data for Cancer Drug Approvals», *Nature Medicine*, 19 (6) (junio), 655. doi:10.1038/nm0613-655.
- [121] WOODCOCK, J (2012). «Evidence vs. Access: Can Twenty-First-Century Drug Regulation Refine the Trade-Offs?». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 91 (3) (marzo 1), 378-380. doi:10.1038/clpt.2011.337.
- [122] WOODCOCK, J. y LAVANGE, L. M. (2017). «Master Protocols to Study Multiple Therapies, Multiple Diseases, or Both». *The New England Journal of Medicine*, 377 (1), 62-70. doi:10.1056/NEJMra1510062.
- [123] YORDANOV, Y.; DECHARTRES, A.; PORCHER, R.; BOUTRON, I.; ALTMAN, D. G. y RAVAUD, P. (2015). «Avoidable Waste of Research Related to Inadequate Methods in Clinical Trials». *BMJ*, 350 (24): h809. Clinical Research Ed.
- [124] YU, J. S.; CHIN, L.; OH, J. y FARIAS, J. (2017). «Performance-Based Risk-Sharing Arrangements for Pharmaceutical Products in the United States: A Systematic Review». *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 23 (10) (octubre), 1028-1040. doi:10.18553/jmcp.2017.23.10.1028.
- [125] ZIMMERMANN, G. R.; LEHÁR, J. y KEITH, C. T. (2007). «Multi-Target Therapeutics: When the Whole Is Greater than the Sum of the Parts». *Drug Discovery Today*, 12 (1-2) (enero), 34-42. doi:10.1016/j.drudis.2006.11.008.
- [126] ZOZAYA, N.; MARTÍNEZ-GALDEANO, L.; ALCALÁ, B. e HIDALGO, A. (2017). *Evaluación, financiación y regulación de los medicamentos innovadores en la OCDE*. Fundación Weber. <http://weber.org.es>.



# La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras\*

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Rosa Urbanos

Universidad Complutense de Madrid

## Resumen

*El artículo revisa algunas áreas de colaboración entre sector público y privado en sanidad. En particular, las que conciernen a la formación continuada de los profesionales, la investigación en salud y la gestión de los servicios sanitarios. En las dos primeras se pone de manifiesto la necesidad de controlar los conflictos de interés para evitar interferencias indeseadas de la industria. En la última, y tras varias décadas de «experimentos», se subraya la imprescindible y urgente mejora de la gestión pública, que solo si es muy buena podrá sacar partido de las ventajas que ofrecen las distintas fórmulas de colaboración público-privada.*

**Palabras clave:** política sanitaria, gestión sanitaria.

**Clasificación JEL:** H11, H51, I18.

## Abstract

*The text reviews some of the most important areas of public-private collaboration in health systems. Particularly, it focuses on continuing medical education, health research and health care management. Regarding medical education and health research, the paper points to the need of eradicating inappropriate interferences of industry through regulating conflicts of interest. With respect to management, the article underlines the imperative improvement of public management as a previous step to be able of benefiting from the potential profits of public-private formulae.*

**Keywords:** health policy, health management.

**JEL classification:** H11, H51, I18.

## 1. Introducción

El ánimo de lucro supone un poderoso incentivo para los agentes económicos y es un indudable elemento dinamizador de las economías que estimula la innovación y la eficiencia. También en sanidad, donde la presencia del sector público es predominante en el entorno de los países desarrollados, el sector privado juega un papel muy importante como agente colaborador en distintos ámbitos, que incluyen

---

\* Los autores agradecen los comentarios de Beatriz González a una versión inicial del texto y la financiación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (Proyecto ECO2017-83771-C3-2-R, Encaje Público-Privado en Sanidad), del Programa Estatal de I+D+i orientada a los retos de la sociedad.

la investigación en nuevas formas de tratar la enfermedad, la diseminación de conocimiento científico o la misma gestión de algunos servicios sanitarios. Sin embargo, la maximización del beneficio económico como objetivo principal de los agentes privados puede entrar en conflicto con la defensa del interés general. Este problema es particularmente importante en sanidad por dos motivos: el primero, la presencia constante del fenómeno de información imperfecta y asimétrica; el segundo, que la atención sanitaria está lejos de ser considerada un servicio cualquiera. Ninguno de estos dos puntos exige comentarios adicionales.

Todo ello explica que, pese a que puede resultar útil y/o necesario contar con la colaboración del sector privado para ofrecer una atención sanitaria integral que proteja eficazmente la salud y atienda asimismo a consideraciones de eficiencia, sea imprescindible delimitar las fronteras (y formas de relación) entre lo público y lo privado. El debate sobre esta cuestión es continuo, y está teñido de fuertes consideraciones ideológicas. Más allá de elementos subjetivos, la pretensión de este artículo es la de aportar evidencia relevante sobre los efectos que puede causar una defectuosa delimitación de las fronteras anteriormente aludidas o una perfunctoria regulación de las formas de relación entre ambos agentes. Dicho de otro modo, su objetivo es el de contribuir a «delinear» adecuadamente el edificio sanitario que, desde sus inicios, se ha venido construyendo como suma de público y privado.

Sin ánimo de examinar con detalle todos los ámbitos en los que podría analizarse «hasta dónde» debe llegar la colaboración entre sector público y privado y «cómo» debe articularse (según reza el título del artículo), el texto se concentrará en algunos aspectos que, por su relevancia y/o por la controversia que generan, pueden señalar las líneas de acción de los próximos años. En particular, se abordarán los temas relativos a la formación continuada de los profesionales sanitarios, la investigación en salud y la colaboración del sector privado en la gestión sanitaria a través de sus distintas fórmulas.

## **2. La formación médica continuada en el Sistema Nacional de Salud**

Si en un sector puede decirse que es imprescindible que los profesionales actualicen periódicamente sus conocimientos, ese es el sanitario. El ritmo de las innovaciones tecnológicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, es incesante y creciente, y la publicación de nueva evidencia sobre los efectos de las tecnologías ya existentes es abrumadora, decenas de miles de artículos anuales recogidos en PubMed. La formación continuada es, en consecuencia, una herramienta fundamental en la provisión de una atención de calidad a los pacientes.

La participación del sector privado en las actividades de formación continuada de los profesionales médicos ha sido tradicionalmente muy importante en España, como consecuencia tanto de la escasez de recursos públicos para organizar esas actividades como del legítimo interés de la industria por promocionar sus productos.

Dicho interés, no obstante, puede chocar con la necesidad de proporcionar a los profesionales una formación objetiva e independiente.

Son diversos los trabajos que analizan la participación de la industria en la formación de los profesionales y señalan sus posibles consecuencias (entre otros, Relman, 2001; Katz *et al.*, 2002; Peiró, 2009; Avros y Choudhry, 2010; Stamatakis *et al.*, 2013). Por ejemplo, Katz *et al.* (2002) comparan los efectos de distintos grados de participación de la industria en las actividades de formación continuada, y comprueban que en aquellas actividades con apoyo directo de la industria, el rango de temas ofrecidos es menor que cuando los programas se diseñan de forma independiente. Por su parte, Avorn y Choudhry (2010) señalan cómo la presencia de sesgos inconscientes y factores emocionales puede causar, aunque de forma no premeditada, influencias indebidas de la industria en las actividades de formación de los profesionales, tal y como sustenta, por otra parte, la creciente evidencia en Economía del Comportamiento. Otros trabajos previos proporcionan evidencia adicional en esta misma línea, como el estudio de Bowman y Pearle (1988), que constata cómo las actividades formativas patrocinadas por el fabricante se asocian con aumentos en las tasas de prescripción de los medicamentos del patrocinador (entre otras cosas como consecuencia de que los efectos positivos del medicamento patrocinado se mencionan hasta tres veces más que los de los competidores). En definitiva, se trata de meros desarrollos de los trabajos clásicos de Camerer (1988) o Carmichael (1997) sobre la sistemática estrategia de generación de relaciones de reciprocidad.

Es importante comprobar, además, cómo los profesionales no suelen percibir los posibles sesgos que pueden derivarse de sus relaciones con la industria. Los trabajos de Steinman *et al.* (2001) y Choudhry *et al.* (2002) muestran que la proporción de médicos que cree que su relación con la industria ejerce algún tipo de influencia en sus recomendaciones suele ser muy bajo, aunque la percepción sobre la influencia que la industria ejerce en sus colegas es mucho más intensa. Estos sesgos de percepción deberían llamar la atención sobre la idea de que, como decía Salvador Peiró, «Nosotros somos los otros» (Peiró, 2009).

En España también hay trabajos que ilustran cómo los médicos tienden a subestimar la influencia de la industria en las pautas de prescripción propias, pese a la evidencia al respecto (Grup d'Ètica SCMFIC, 2004; Garcés *et al.*, 2010; González-Rubio *et al.*, 2017). Hay que tener en cuenta que una parte importante de las relaciones entre los profesionales y la industria farmacéutica o de tecnologías sanitarias se manifiesta a través de las actividades de formación (inscripciones a congresos –particularmente para los médicos de hospitales– o material de formación continuada) (Moliner *et al.*, 2009; González-Rubio *et al.*, 2017). El trabajo de Garcés *et al.* (2010) constata que, pese a que el 59,7 por 100 de una muestra de encuestados no suele asistir a cursos organizados por la industria farmacéutica, cuando asisten a un congreso mayoritariamente lo hacen invitados por la industria (en un 60,3 por 100). Además, aceptar actividades de carácter formativo es considerada una actividad ética por un 74,3 por 100 de los encuestados. Este hecho contribuye a explicar que la

mitad de los profesionales encuestados no reconozca problemas éticos de ningún tipo en su relación con la industria.

La influencia de los intereses comerciales no se produce únicamente en lo que estrictamente se conoce como formación continuada, sino que también afecta a la formación reglada de posgrado (e incluso se observa en la formación de grado, como indican Stamatakis *et al.*, 2013). La regulación pública en este ámbito es (además de mal conocida) escasa, de manera que las normas aplicables descansan básicamente en iniciativas de autorregulación (promovidas por la propia industria o por sociedades científicas o profesionales). Es el caso del Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica (Farmaindustria, 2016), que no se refiere, al menos de forma explícita, a las actividades de formación de los profesionales, sino a todos los ámbitos de relación entre la industria y los profesionales y organizaciones sanitarias, y particularmente de la regulación de las actividades de promoción de medicamentos de prescripción y el desarrollo de la investigación.

Sin duda constituye un avance que, aunque financiadas por la industria, las iniciativas de formación no puedan estar organizadas, diseñadas ni ejecutadas desde la defensa de los intereses comerciales para que reciban la acreditación oficial. El problema es que, como se ha comprobado, el alejamiento de la industria respecto de las actividades de formación continuada, aunque ayuda a controlarlo, no elimina por completo el riesgo de sesgo (Josiah Macy Junior Foundation, 2008).

La abundante evidencia generada en este siglo explica el manifiesto suscrito por relevantes académicos señalando la necesidad de «una regulación más estricta, incluyendo la eliminación o modificación de prácticas comunes relacionadas con pequeños obsequios, formación médica continuada, financiación de viajes de médicos, autorías fantasma y contratos de consultoría e investigación» y proponiendo una política por la que los centros médicos académicos liderarían la eliminación de los conflictos de interés que aún caracterizan la relación entre los médicos y la industria de la atención sanitaria (Brennan *et al.*, 2006). Esto es lo que ha ocurrido en algunas instituciones norteamericanas, entre las que se encuentran la Universidad de Michigan, el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, la Academia de Médicos de Familia de Oregón, o incluso Kaiser Permanente en algunos estados de Estados Unidos, que han prohibido toda participación de la industria en la formación continuada (Spithoff, 2014).

Huelga decir que la definición del papel de la industria en la generación de conocimiento médico en general (y en la formación médica en particular), no está exenta de polémica. Incluso en instituciones tan reputadas como la Cochrane (organización sin ánimo de lucro dedicada a producir revisiones sistemáticas rigurosas sobre la evidencia disponible acerca de las intervenciones en salud), el grado de cercanía con la industria es una cuestión muy discutida, que ha derivado recientemente en la expulsión de uno de sus miembros más críticos. No obstante, la separación total entre «evidenciólogos» e industria ha sido apoyada públicamente por personajes tan influyentes como la editora del *British Medical Journal* (Godlee, 2018).

En todo caso, en ausencia de una separación total entre las actividades de formación y los intereses comerciales, convendría que se abordara la regulación de los conflictos de interés desde una perspectiva que trascienda la mera voluntariedad, obligando a todos los profesionales a declarar públicamente sus relaciones con la industria (de la naturaleza que sean), incluyendo no solo las eufemísticas «transferencias de valor» o pagos directos, sino también cualquier tipo de actividad formativa subvencionada por la industria a la que haya asistido el profesional. La mejora de la transparencia constituye, tal y como se señala en algunos otros artículos de este mismo número (García-Altés y Ortún; Hernández) un elemento clave que las autoridades sanitarias deben promover con el fin de mejorar la gobernanza del Sistema Nacional de Salud. De forma complementaria, deberían potenciarse las habilidades de los médicos que, según ellos mismos, resultan críticas para mejorar su independencia, como son la lectura crítica o la búsqueda de evidencia rigurosa y fiable (Saito *et al.*, 2014). Estas recomendaciones deberían extenderse a todos aquellos profesionales que puedan prescribir medicamentos (téngase en cuenta que el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, permite a los enfermeros recetar algunos fármacos). Pero, como ya se ha apuntado en otros textos (Meneu, 2010), por muy deseable que sea la generalización de códigos de buenas prácticas, la limitación, transparencia y los registros públicos de los obsequios recibidos por los sanitarios, todo quedará en una mera cosmética, un cambio a peor, si contribuimos a desplazar los lazos que inexcusablemente impone toda donación desde la mera gratitud por fruslerías accesorias hacia la obligada reciprocidad con quien patrocina –y a menudo define– nuestro mayor activo, la formación de los profesionales.

### 3. La colaboración público-privada en investigación

Las influencias de la industria que se han señalado en el epígrafe anterior también están presentes en lo que respecta a la investigación médica. Además, los conflictos de interés en este ámbito no siempre se hacen constar (sirva como ejemplo el escándalo del caso Baselga en fechas recientes), o se reportan de manera inadecuada (Roig y Borrego, 2017; Wayant *et al.*, 2018).

Hay pruebas de que la participación del sector privado en investigaciones desarrolladas en centros y por profesionales públicos puede sesgar los resultados de diversas formas. Así, es sabido que los ensayos clínicos financiados por la industria tienden a ofrecer resultados alineados con sus intereses (Lexchin *et al.*, 2003), lo que también ocurre con los estudios de coste-efectividad (Jørgensen *et al.*, 2006), revisiones sistemáticas (Gøtzsche e Ioannidis, 2012) y meta-análisis (IOM, 2011). Este fenómeno se combina con el llamado «sesgo de publicación» (mayor probabilidad de publicación de los resultados positivos en las revistas científicas). Otra de las formas en las que la industria influye en la investigación que se publica está relacionada con lo que se conoce como «autoría fantasma» (*ghost authorship*), que consiste en incluir a investigadores de prestigio como primeros o segundos autores de ensayos

clínicos que en realidad han sido escritos por personal de la compañía farmacéutica o por escritores médicos a sueldo de la misma (Stamatakis *et al.*, 2013).

Por otra parte, y más allá de los sesgos relacionados con el desarrollo de los ensayos clínicos y la publicación de resultados, algunos autores han destacado que en los últimos años se ha acentuado el sesgo de la investigación hacia el logro de resultados patentables que puedan dar lugar a productos comercializables (Lüscher, 2012), lo que en última instancia tiende a generar aumentos en el gasto sanitario y dificulta la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Esta posible tendencia a que los intereses del sector privado se impongan sobre los intereses generales (Novoa, 2015), incluso en las áreas donde se produce colaboración entre agentes públicos y privados, puede provocar importantes consecuencias. La lógica del ánimo de lucro implica, a priori, una relativa concentración de recursos en la búsqueda de tratamientos para las enfermedades más prevalentes, a costa de desatender relativamente, por ejemplo, la investigación en enfermedades de escasa incidencia y rentabilidad, o en tratamientos con un componente importante de externalidad (vacunas –salvo que proceda su aplicación a grupos amplios de población– o nuevos antibióticos) y, en todo caso, la investigación centrada en la prevención.

Incluso en el caso de las dolencias con mayor prevalencia, la investigación dirigida o patrocinada por la industria puede no corresponderse con la carga de enfermedad que se deriva de ellas. En un artículo muy reciente, Barrenho *et al.* (2018) comprueban que la innovación farmacéutica se concentra desproporcionadamente en las enfermedades cardiovasculares y circulatorias, el cáncer y las enfermedades musculoesqueléticas. Asimismo, constatan que en los países desarrollados la innovación también se concentra desproporcionadamente en dolencias con menor carga de enfermedad.

Por otra parte, también se produce la paradoja de que el esfuerzo inversor de las administraciones públicas en investigación básica sea parasitado por la industria, que rentabiliza dichos esfuerzos mediante el registro de patentes que aprovechan el conocimiento científico financiado por fondos públicos, con apenas aportación de valor.

Algunos han denunciado un excesivo control por parte de la industria farmacéutica y de tecnologías de las distintas fases que forman la cadena del conocimiento biomédico: generación, difusión y aplicación (Novoa, 2015). Otros acusan al sector público, no tanto de descuidar cómo se formulan las reglas de colaboración público-privada en la investigación, sino de haber abandonado en gran medida el desarrollo de los ensayos clínicos en manos de la industria (Stamatakis *et al.*, 2013). La reformulación de la «colaboración» entre sector público y privado en el ámbito de la investigación pasa por distintos frentes:

- Regular de forma estricta la obligatoriedad de que los autores hagan constar debidamente sus conflictos de intereses.
- Potenciar la investigación pública en aquellas áreas desatendidas por los intereses comerciales pero que tengan prioridad social, complementando además

la investigación básica con investigación aplicada que impida que la industria capitalice la inversión financiada con fondos públicos.

- Contrarrestar los sesgos de la investigación financiada privadamente con el diseño de redes públicas globales que desarrollen una investigación objetiva e independiente, y que permitan aprovechar las sinergias que ofrece un mundo global en la generación y difusión del conocimiento, tal y como propone la llamada «Alianza para el buen gobierno del conocimiento biomédico» (Plataforma NoGracias, 2018).

En resumen, y en palabras de Ioannidis: «Debemos disminuir los sesgos, los conflictos de intereses y la fragmentación de los esfuerzos en favor de una investigación objetiva, transparente y colaborativa» (Ioannidis, 2015, p. 188).

#### **4. La colaboración público-privada en la gestión de los servicios sanitarios**

El debate sobre la colaboración entre lo público y lo privado en la gestión de los servicios sanitarios bascula esencialmente entre la defensa de la mayor microeficiencia que puede contribuir a alcanzar una mayor dosis de prestación privada, y los peores augurios sobre la capacidad de esta para distorsionar, esquilmar y degradar los principios de la financiación pública. Lo más descorazonador es que tanto los argumentos a favor como en contra parecen dar por sentado que los fallos empíricamente constatados del sector sanitario público –en administración, gestión de recursos humanos, regulación, pero quizás también en definición y supervisión de contratos– son consustanciales y no mitigables.

Conviene revisar el marco teórico y la evidencia que sustentan estos debates, así como revisar el campo de juego –la realidad de la colaboración entre sector público y privado en el sistema nacional de salud– teniendo presente que incluso en los dispositivos más fieramente públicos existen espacios tradicionalmente cedidos a proveedores privados.

Una taxonomía simple puede contemplar tres grandes métodos que resultan en la privatización de servicios y funciones previamente administrados por el sector público, sus organismos y empresas: 1) Delegación, donde lo público retiene la responsabilidad y la supervisión, pero utiliza el sector privado para la prestación de servicios, por ejemplo, mediante la contratación de servicios, o la subcontratación; 2) Desinversión, cuando la Administración Pública renuncia a la responsabilidad; y 3) Desplazamiento, en el que el sector privado crece hasta desplazar al sector público de una determinada actividad del gobierno (Savas, 1990). Cada una de estas formas incorpora varios enfoques específicos.

La prestación de asistencia sanitaria en todos los países implica algún tipo de colaboración público-privada. Incluso en países como España, donde la mayor parte de la asistencia se lleva a cabo directamente por el servicio público de salud, quedan ciertamente fuera de esa prestación pública la totalidad de las dispensaciones

realizadas en oficinas de farmacia –una «privatización» nunca denunciada–, el transporte sanitario, prestado mayoritariamente con medios contratados, y buena parte de las diálisis, siendo también provistos por el sector privado los servicios suscritos mediante los clásicos conciertos «subsidiarios y complementarios» del INSALUD, tanto con clínicas y empresas comerciales, como los realizados con Cruz Roja, instituciones de la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer (AELCC) y todo tipo de órdenes caritativas o asociaciones de pacientes.

En el ámbito de la atención primaria (AP), las experiencias de colaboración público-privada o de subcontratación están prácticamente ausentes, casi reducidas a la integración de esta asistencia en las concesiones administrativas y a la limitada experiencia catalana con una docena de entidades de base asociativa (EBA). Las EBA han de tener una entidad jurídica propia –generalmente son sociedades limitadas, pero caben las formas de sociedad anónima, sociedad laboral, sociedad laboral de responsabilidad limitada o cooperativa– constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios que establecen una relación contractual con el servicio público de salud para ofrecer servicios sanitarios a cambio de una financiación capitativa. Se trata de una de las formas de externalización sanitaria más específica, alineada con modelos prevalentes en los países de nuestro entorno y más reiteradamente evaluada (Síndic de Greuges, 2002; Fundación Avedis Donabedian, 2002; Institut d'Estudis de la Salut, 2006), pero curiosamente tiene un peso negligible, pues en el conjunto de la AP las EBA atienden a poco más del 3 por 100 de la población catalana.

De las diversas formas de colaboraciones público-privadas España ha tenido una larga tradición en el recurso a las figuras de los conciertos, que junto a los convenios singulares de vinculación eran las únicas previstas en la Ley General de Sanidad. Los conciertos más habituales incluyen la contratación externa de pruebas, diagnósticos y procedimientos terapéuticos para aliviar las listas de espera. También algunos de estos contratos cubren toda un área de población en áreas con infraestructura insuficiente (European Union, 2013).

A diferencia de lo señalado para la atención primaria, los centros privados tienen una importante contribución en la prestación de atención secundaria y especializada. Siguiendo la reciente revisión del European Observatory on Health Systems and Policies sobre el sistema sanitario español (Bernal-Delgado *et al.*, 2018), a efectos de prestación asistencial de servicios financiados públicamente, los centros privados pueden actuar básicamente como:

- Prestadores subsidiarios de servicios, generalmente contratados para reducir listas de espera quirúrgicas.
- Red complementaria de la pública, como en el caso de la red de hospitales sin fines de lucro para uso público que produce una gran parte de la actividad en Cataluña, la llamada XHUP (Red de Hospitales de Utilización Pública).
- Proveedores sustitutos, cuya forma paradigmática es la de las concesiones administrativas a empresas privadas de la asistencia integral de departamentos/ áreas de salud completas en la Comunidad Valenciana, pero que también es el

caso de camas de cuidado a largo plazo, generalmente de hospitales sin ánimo de lucro, utilizado en programas de cuidados paliativos o de alta temprana en pacientes crónicos.

Los conciertos entre los servicios públicos de salud y los operadores privados van más allá, en amplitud, de las reducciones de listas de espera quirúrgica, incluyendo un amplio elenco de actividades, como hospitalización, diagnóstico por la imagen, transporte sanitario, terapias respiratorias o diálisis. Aceptando los cálculos del IDIS (2018), un porcentaje significativo del gasto sanitario público (11,6 por 100) se destina a la partida presupuestaria de conciertos, con importantes variaciones entre CCAA. Cataluña es la comunidad autónoma que destina más dinero a esta partida, por un importe de 2.448 millones de euros, el 25,1 por 100 de su gasto sanitario, seguida por Madrid y Andalucía con 987 (12,4 por 100) y 398 (4,3 por 100) millones de euros, respectivamente.

Según la misma fuente, el 43 por 100 de los hospitales privados (193 hospitales) en España tiene suscrito algún tipo de concierto con las Administraciones Públicas, estando un 7 por 100 de aquellos (30 hospitales) integrados en la XHUP. Los que cuentan con un mayor número de conciertos son los hospitales generales, en un número de 122 hospitales, seguidos a distancia por los geriátricos, psiquiátricos o los médico-quirúrgicos.

El volumen económico de los conciertos con los hospitales privados no benéficos representó en 2016 el 26 por 100 de su facturación, una facturación de 1.578 millones de euros, de los que el 75 por 100 provenía de las comunidades autónomas y la cuarta parte restante de mutualidades de funcionarios y el sistema de Seguridad Social.

#### *4.1. Una escala de externalización (según su objeto)*

La forma prevalente de colaboración entre el sistema público de salud y el sector privado ha venido siendo la externalización, total o parcial, de diferentes tipos de servicios. Pero incluso empleando el mismo tipo de relaciones contractuales, de mecanismos de compra o de acuerdos concesionales, estas externalizaciones no tienen idéntica significación, en función del tipo de servicios afectados. Parece obvio que no tienen las mismas repercusiones ni en la integralidad de la prestación, ni en capacidad de captura, ni en afectación del «capital humano» del sistema público, la externalización de los servicios de lavandería que la del diagnóstico por imagen de alta tecnología (TAC, resonancia magnética, PET).

En el primer caso, seguramente cuesta justificar la conveniencia de una gestión autárquica de unas actividades básicamente coincidentes con las de diferentes sectores hosteleros, y que puede suponer importantes deseconomías de escala. En el segundo, extraer del acervo de conocimiento de la organización no solo la realización de las imágenes, sino su lectura, interpretación y las decisiones sobre la necesidad

de exploraciones complementarias o adicionales, supone una descapitalización de un área nuclear de la asistencia sanitaria que fácilmente puede magnificar problemas de coordinación, especialmente cuando las distintas partes actúan bajo marcos de incentivos opuestos.

Hace una década, Repullo (2008) propuso cuatro situaciones de externalización de la provisión que afectan de modo diferente a la funcionalidad del servicio público: 1) externalización de centros, 2) externalización de servicios asistenciales, 3) externalización de servicios centrales, y 4) externalización de servicios generales. Mientras la primera se refería a la contratación con un centro privado de un amplio abanico de servicios sanitarios para una población protegida, la segunda era como la anterior pero limitada a unidades de servicios clínicos, la tercera se diferenciaba de la previa meramente en las funciones ancilares de las unidades subcontratadas (laboratorio, radiología, fisioterapia, etc.), circunscribiéndose la cuarta a servicios carentes de especificidad sanitaria, como cafetería, limpieza, lavandería, almacenes, etc.

Por conveniencia, para posteriormente poner en relación los diferentes tipos de servicios objeto de subcontratación con algunas consideraciones relevantes, reformularemos la tipología, invirtiendo además su gradiente, de menor a mayor especificidad.

Así, según sube el gradiente de especificidad tendríamos:

- a) Externalización de servicios inespecíficos, generalmente de hostelería y logística.
- b) Externalización complementaria de actividades de carácter clínico homologables y definidas (conciertos clásicos).
- c) Externalización de procesos de elevada incertidumbre sobre su manejo e imprecisa definición.
- d) Externalización plena de la actividad de unidades o servicios completos.
- e) Externalización del conjunto de la asistencia reteniendo el aseguramiento.

La externalización de servicios inespecíficos (a) se ha extendido ampliamente por el sistema sanitario, principalmente en las áreas de limpieza, lavandería y cocinas, alcanzando a menudo servicios que previamente no tenían una provisión directa, como la seguridad o algunos aparcamientos. Estos servicios suelen reunir las condiciones para un desplazamiento de proveedores con escasas o nulas repercusiones para la organización y con potenciales ganancias de microeficiencia. Las indudables experiencias conflictivas o los ocasionales encarecimientos son verosímilmente resultado de diseños o ejecuciones de contratos torpes o torticeros.

Un caso límite son los servicios de transporte sanitario, que dependiendo de su amplitud pueden incorporar especificidades sanitarias, lo que puede limitar los beneficios de la competencia en un ámbito territorial, al requerir de dotación específica sin suficiente uso alternativo. Aunque algunos estudios los etiquetan por su forma jurídica como «conciertos», en cuanto a las características de sus contenidos resulta preferible reservar ese término para los tipos siguientes.

La externalización, con carácter complementario, de actividades asistenciales, diagnósticas o terapéuticas, en general con una definición neta de sus contenidos (*b*), ha sido la forma clásica de los conciertos que desde siempre ha suscrito el sistema público. El ejemplo más prevalente es el envío a centros privados de volúmenes variables de pacientes en lista de espera para procedimientos de relativamente escasa variabilidad. Con el tiempo la técnica contractual se fue perfeccionando y la unidad de pago pasó de la demasiado inespecífica «estancia hospitalaria» –modulada por el tipo de hospital, en lugar de por el procedimiento remitido– a alguna forma de definición de los procesos concretos a atender y sus correspondientes tarifas (Peiró *et al.*, 1993). En estos casos el sistema público retiene sus capacidades y competencias, limitándose a drenar atenciones que exceden sus límites de actividad autoimpuestos. También se contaban en este tipo de conciertos los clásicamente suscritos para la realización de nuevas técnicas aún de bajo uso mediante equipos materiales y profesionales del sector privado, como ocurrió sucesivamente con TAC, resonancias y hasta PET, estas últimas ya en el marco de una pretendida evaluación de su «uso tutelado». De modo inverso al de los casos anteriores, en estos el sector público carecía del capital intelectual que proporcionaba el empleo de las nuevas tecnologías, pero no tanto por una «externalización» de algo que no había venido haciendo, como por una falta de «internalización» del nuevo *know how* y sus posibilidades de extensión.

En la externalización de procesos de elevada incertidumbre sobre su manejo e imprecisa definición (*c*) se incluyen las remisiones, bajo forma de concierto, de casos en los que finalmente es el profesional subcontratado quien detenta las principales decisiones sobre las alternativas clínicas relevantes y que hacen mucho más impredecible y menos evaluable que en el caso anterior el contenido de la asistencia finalmente prestada. Con cierta frecuencia se da esta situación en la subcontratación de algunas cirugías, como la ortopédica, o allí donde se remiten a centros especializados o monográficos pacientes con diagnósticos oncológicos para su asistencia integral. No es el caso cuando esa remisión es para alguna asistencia pautada de modo explícito por una unidad clínica del dispositivo gestionado directamente –por ejemplo, 20 sesiones de radioterapia– que cabe confortablemente en el tipo anterior. Es a partir de aquí que empieza a desplazarse la «propiedad» del proceso, desde el prestador público al receptor en el centro privado, y con ello cuando empiezan las necesidades de mayores activos de conocimiento y especificidad para formular y evaluar las externalizaciones.

La externalización plena de la actividad de unidades o servicios completos (*d*) es un escalón superior en la complejidad de la subcontratación, la pérdida de control sobre el proceso asistencial y la depleción de activos de conocimiento en la organización pública. Con diferencias de grado, estos efectos cabe esperarlos en subcontratación de servicios clínicos, pero también de servicios centrales, como laboratorio, diagnóstico por la imagen, farmacia, etc.

Finalmente, la externalización del conjunto de la asistencia (*e*) ha alcanzado gran relevancia en este siglo por la apuesta por concesiones administrativas territoriales

en Valencia, con el llamado modelo Alzira, y su posterior extensión en Madrid, incrementando sucesivamente los contenidos de los previos contratos de PFI (concesión de obra pública). Pero este tipo ya tenía un precedente claro en los llamados «concertos singulares» –convenio singular de vinculación–, que establecen la vinculación al sistema sanitario público de hospitales privados a través de la asignación de una población a atender.

En el caso de las concesiones tipo Alzira, se subcontrata la práctica totalidad de la asistencia sanitaria –suelen excluir farmacia ambulatoria, transporte sanitario, prótesis y otras prestaciones que financia directamente el servicio público–, por lo que al tratarse de una agrupación casi global de servicios el mecanismo de pago es capitolativo, muy similar a una prima de seguro de salud pagada por el financiador público<sup>1</sup>. Conforme se avanza en este gradiente de especificidad de la externalización parece evidente que se requieren consideraciones más complejas sobre el objeto de la prestación, las especificidades sobre su gestión, el tipo y diseño de los contratos a suscribir, la evaluación de los resultados –asistenciales, más que económicos– de estos, las repercusiones sobre el conjunto de la organización, y sobre el conocimiento necesario para evaluar en el largo plazo la adecuación del funcionamiento del instrumental desplegado, las alternativas de rediseño y las posibilidades de vuelta atrás o reconfiguración de los acuerdos.

#### *4.2. Algunos principios generales a considerar en las decisiones sobre externalización*

Incluso si se omiten las consideraciones anteriores sobre las repercusiones a largo plazo de las decisiones de externalización, en función de algunos de los aspectos señalados, el comprador público debería sopesar las variables en juego: al menos, saber qué comprar –y definirlo y verificar su adecuada prestación–, decidir a quién comprarlo –las características de competencias, configuración, activos específicos, etc., que definen el tipo de proveedores más deseables– y luego valorar lo que ha comprado. Lo que supone ser capaz de preparar especificaciones cuidadosas adecuadas a lo que se va a comprar, emplear los mecanismos de compra competitiva en los casos en que pueda existir una competencia, así como disponer de criterios y mecanismos para monitorizar el desempeño del contratista.

Por tanto, hasta los manuales más prácticos identifican una amplia serie de cuestiones que deben ser consideradas para cada alternativa, y entre ellas (Kelman, 2002): *a*) el tipo de contrato, en cuanto a su objeto, modalidades estructura de precios, escalamiento, etc.; *b*) selección de candidatos, identificando los servicios adecuados

---

<sup>1</sup> Esto ha llevado a algunas impugnaciones del modelo, al entender que supone una quiebra efectiva de la unidad de aseguramiento. Siendo una cuestión de complejos matices, no deja de sorprender que se plantee para un pretendido «aseguramiento» territorial, y no en lo que respecta a las mutuas (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), en las que varios millones de ciudadanos experimentan una cesión similar de su responsabilidad asistencial.

para la subcontratación; *c*) selección de fuentes, determinando si el proveedor debe ser único, actuar en competencia limitada o con competencia abierta; *d*) incentivos y modificaciones contractuales, así como mecanismos eficaces de resolución de reclamaciones y disputas, no la mera referencia a la legislación sobre contratos de las administraciones públicas; *e*) criterios para evaluar las ofertas, más allá de los rutinarios baremos de solvencia, experiencia, etc.; *f*) grado de discrecionalidad admisible, y *g*) naturaleza y grado de supervisión, algo demasiado habitualmente ausente de los diseños de licitación.

Un problema contractual crítico cuando se trata de servicios clínicos es la presencia y el cumplimiento de estándares de desempeño y calidad que deben respetarse, a veces incluso relacionados con pagos o sanciones. Según algunos análisis de las colaboraciones público-privadas europeas, es este uno de los aspectos en los que el sector público se esfuerza más por monitorizar y lograr el cumplimiento durante el periodo contractual. No es inusual que para esta parte importante de la gestión de contratos estén involucrados o sean necesarios agencias especiales, oficinas específicas o terceros (European Union, 2013). Sin embargo, la escasamente analizada experiencia española en este sentido muestra una extendida carencia de provisiones sobre evaluación del desempeño, sistemas de sanciones y una escasísima actividad de supervisión (Síndic de Comptes, 2018). Obviamente todas estas carencias son imputables a la administración que contrata, aunque no basta con señalar quién es responsable, sino también cuáles son las causas últimas y, por tanto, cómo se podrían superar.

La experiencia internacional acumulada permite ya apuntar que es verosímil que la subcontratación resulte más deseable que la provisión directa interna cuando se dan determinadas circunstancias. A partir de Kelman (2002) se pueden esquematizar algunas de las principales: 1) cuanto más precisa sea una tarea o resultado que se puede especificar por adelantado; 2) cuanto más fácilmente se puede medir y evaluar el rendimiento; 3) cuanta más competencia haya entre los posibles proveedores; 4) cuanto menos importante sea la actividad en la misión de la institución pública; 5) cuanto más variable sea la demanda de servicio a lo largo del tiempo; 6) si los proveedores privados pueden contratar personal capacitado con las habilidades necesarias más fácilmente que el prestador público; 7) si los proveedores privados tienen mayores economías de escala en la producción del servicio.

Respecto a la precisión en la especificación de las tareas, es obvio que es mucho más manejable describir un código diagnóstico o terapéutico para externalizar unos cuantos procesos, que definir el conjunto de la asistencia que debe prestarse a una población. Buena muestra de ello son los contratos de las concesiones administrativas que fijan como objeto «la cartera de servicios del SNS», con la previsible litigiosidad sobre si todo tipo de innovaciones, nuevos abordajes, o prestaciones emergentes están incluidas en tan asimétrico catálogo.

En cuanto a la facilidad para medir y evaluar el rendimiento, resulta inmediato apreciar que las especificaciones de estándares de los resultados de lavandería han debido normalizarse mucho más que las de, digamos, resultados clínicos tras una

intervención quirúrgica. Y aun así, esa evaluación está mucho más respaldada que la valoración de los resultados poblacionales en salud, especialmente a la vista de los ingenuos indicadores de resultados que se siguen empleando en los análisis de eficiencia o en las memorias de salud, que insisten en esperanzas de vida o mortalidades mal ajustadas, cuando no retroceden a inferir los resultados a partir de la realización en porcentajes arbitrarios de algunos procesos.

Del grado de competencia entre proveedores se dispone de alguna evidencia empírica, especialmente gracias al informe de la Comisión Nacional de la Competencia (CNC) sobre los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España (CNC, 2013) en el que se identifican numerosos ejemplos de fracturas de la competencia efectiva, y se cuestionan muchas de las licitaciones analizadas entendiendo que cabe apreciar indicios de colusión.

La cautela sobre la importancia de la actividad externalizada en la misión de la institución pública parece aconsejar refrenar los impulsos de subcontratar la totalidad de algunas actividades clave y, de modo especial, de hacerlo territorialmente con el conjunto de actividades que constituyen en sí la misión de la institución. También recomienda atender a las relaciones entre los diferentes componentes de la prestación sanitaria ya que, por ejemplo, la compra de servicios de radiología o patología de un proveedor externo, a menudo con sede en un lugar diferente, separa al personal que informa los resultados de aquellos que prestan la atención. En esos casos la insuficiencia de contexto clínico o interacción suficiente puede disminuir la calidad de interpretación de casi todas las pruebas de diagnóstico.

Otras cautelas, como las fluctuaciones de demanda a lo largo del tiempo o la mayor facilidad para contratar personal capacitado resultan menos generalizables, siendo muy dependientes de especialidades, tamaño del mercado local, restricciones autoimpuestas por el prestador público en sus modos de contratación, etc.

Por su parte Machado y Crespo (2011), al revisar el estado del arte internacional de la externalización sanitaria, reconocen que las diferencias de contexto son cruciales para comprender las ventajas y los riesgos de la subcontratación en el marco de cada sistema de salud. Aun así aprecian que el nivel de subcontratación –tanto clínico como no clínico– disminuye a medida que aumenta el tamaño del hospital y que un patrón dominante es que se internalizan los servicios de atención directa al paciente. También que los riesgos más reportados de la subcontratación de actividades clínicas se refieren a las dificultades de integración, incluso en actividades como la radiología y otras funciones de laboratorio.

Otras consideraciones a tener en cuenta ya han sido apuntadas. A menudo se recurre al marco de la economía de los costes de transacción (ECT), iniciado por Oliver Williamson (1990), para explicar por qué es probable que las formas más intensas de colaboración público-privada se asocien con costos de transacción más altos que otras formas de prestación (Lonsdale, 2005). En un marco de racionalidad limitada y orientación hacia el interés propio de los actores, cualquiera de estos puede aprovechar las lagunas en el conocimiento del otro para promover sus intereses. El impacto de estos comportamientos en los resultados depende de dos dimensiones de

la transacción: la especificidad de los activos y la incertidumbre, por ejemplo, sobre en qué medida los objetivos pueden ser cambiantes. Ante incertidumbres altas en una industria que cambia rápidamente como la atención de la salud, existe una gran probabilidad de que el contrato sea incompleto y que se necesiten renegociaciones durante su vigencia (Lonsdale 2005), lo que permite predecir que los procesos de negociación y monitorización de los contratos serán extensos e implicarán costes sustanciales (Vecchi y Hellowell, 2018).

Además, la especificidad de los activos y la escasez de competidores, mayor cuanto más amplia sea la externalización, suponen riesgos adicionales de captura para las partes. Ya se han apuntado las repercusiones sobre la integralidad de la prestación, pero también sobre el conjunto de la organización, que deja de trabajar en un marco común, debiendo adaptar las nuevas directrices para el conjunto de la red propia a las estipulaciones contractuales de los servicios externalizados, dualizando y duplicando sus tareas. A lo que hay que añadir la progresivamente manifiesta carencia de los conocimientos específicos necesarios para diseñar contratos no absolutamente incompletos, valorar su cumplimiento, ajustar en el largo plazo el funcionamiento de las herramientas desplegadas, formular alternativas de reconfiguración de los acuerdos y evaluar el logro de los objetivos pretendidos. Así, el balance de una externalización de toda una especialidad debe considerar no solo los ahorros obtenidos, sino también las pérdidas de conocimiento, integralidad de la prestación, afectación del «capital humano», competitividad profesional, etc., y el hecho de que a medio plazo impondrán importantes costes en el caso de decaer la subcontratación.

#### *4.3. Sobre la relativa eficiencia de la prestación pública y privada*

Buena parte de los debates sobre la prestación privada de servicios sanitarios públicos pone el acento en la mayor eficiencia mostrada por el sector privado, dando por generalmente compartido que a la ciudadanía le interesa recibir adecuadamente los servicios, con independencia de quién se los presta. Para ello se destacan los datos que pueden avalar que el sector privado resulta más eficiente, adoptando una parcial definición de la eficiencia. Así, para señalar que los servicios prestados privadamente son más eficientes se muestran meramente sus menores costes, asumiéndose un implícito *ceteris paribus* sobre los resultados. Pero sobre esos resultados, cuya equiparación permite determinar que su logro con menores costes supone mayor eficiencia, existen verdaderos océanos de falta de información. Los trabajos publicados que contemplan la calidad de los resultados son escasos y generalmente parciales.

Con todo, un mero repaso de la evidencia más reciente sobre ejecutoria comparativa de prestadores públicos y privados en el marco de la sanidad pública matiza bastantes de las afirmaciones usualmente esgrimidas por los partidarios de cualquiera de las modalidades. Así, aunque numerosas contribuciones teóricas relevantes sugieren que los hospitales privados deberían superar a los hospitales públicos en términos

de eficiencia, la evidencia empírica en los mercados regulados y mixtos de atención sanitaria de Europa es mucho más diversa.

En una reciente revisión de síntesis (Tynkkynen *et al.*, 2018) se muestra que, aunque muchos estudios aportan resultados sin significación, la mayoría de los restantes encontraron que los hospitales públicos muestran mejor desempeño que los proveedores privados sin ánimo de lucro (PNFP), los que, a su vez, presentan un desempeño ligeramente mejor que los hospitales privados lucrativos en términos de medidas de eficiencia. Para ello se identificaron 24 estudios que informaron medidas de eficiencia económica o calidad en su comparación de organizaciones hospitalarias con diferentes formas de propiedad que cubrían una amplia gama de países europeos, incluyendo Austria, Alemania, Inglaterra, Francia, Grecia, Italia, España, Suiza y Noruega, representando a más de 5.500 hospitales en Europa.

Sin embargo estos resultados deben ser tomados con las razonables cautelas. El contexto es importante para entender estos resultados. Reiteradamente se ha señalado que los aspectos específicos del sistema de financiación, el proceso de contratación y el grado de competencia o monopolio en el mercado son factores importantes para determinar los efectos de la propiedad. En términos generales, parece probable que los resultados sean sensibles a las circunstancias específicas y la configuración regulatoria. Cabe pues especular que la variación en los resultados hallada entre países y en el tiempo puede explicarse en parte por las diferencias en los costes de transacción, la estructura y la madurez del mercado.

En otra revisión de este año, etiquetada por los propios autores como «realista», se compara el desempeño de los hospitales públicos con los hospitales privados en cuanto a eficiencia, accesibilidad y calidad de atención en la Unión Europea, sintetizando estudios de Italia, Alemania, Reino Unido, Francia, Grecia, Austria, España y Portugal (Kruse *et al.*, 2018). La mayoría de la evidencia sugiere que los hospitales públicos son al menos tan eficientes o más que los hospitales privados. Con todo, se señala que la evidencia existente sobre la calidad de la atención a menudo es demasiado diversa para hacer una declaración concluyente.

En nuestro país ya disponemos de literatura que ha explorado las diferencias en eficiencia de los centros sanitarios del SNS atendiendo a sus características de propiedad y gestión. Los resultados del último de ellos (Pérez-Romero *et al.*, 2017) indican que el hecho de disponer el hospital de personalidad jurídica, con independencia de su propiedad pública o privada, aumenta la eficiencia técnica en torno a 11,4 puntos respecto a los hospitales públicos tradicionales, y que el marco de regulación y gestión del hospital es más relevante que la propiedad pública o privada. Se postula que la dotación de personalidad jurídica al hospital del SNS supone someterlo a un marco jurídico y de gestión mucho más flexible que el que caracteriza a los hospitales tradicionales, por lo que se considera que es relevante que, en los hospitales analizados, la personalidad jurídica (pública o privada) se asocie a un marco de regulación de tipo laboral y no estatutario.

Algo similar venían mostrando los sucesivos informes de IASIST (2013), generalmente enarbolados como prueba de la superioridad de los centros privados,

pero que en puridad reflejan el generalizado mejor desempeño de los hospitales con (otras) formas de gestión distintas a la gestión directa (OFG) respecto a los hospitales públicos de gestión directa administrativa (GDA). Frente a estos, los hospitales del grupo OFG, con modelo de gestión más flexible y autónomo, aparecían como claramente más eficientes y productivos, al igual que en estudios similares previos. Con todo, ese grupo estaba constituido mayoritariamente por hospitales acogidos a muy diversas configuraciones, y su comportamiento no impedía que algunos de los hospitales de modelo GDA alcanzaran resultados que los situan entre los más eficientes.

## 5. Conclusiones

De lo expuesto pueden derivarse algunas conclusiones, más o menos sintéticas, que se refieren a continuación:

1. La formación médica continuada, al igual que la investigación, tiene características de bien público. Ya sea por desinterés del mercado (investigación en comportamientos saludables que prevengan la enfermedad, por ejemplo), o bien por el riesgo de que el sector privado genere influencias indebidas en la generación y difusión del conocimiento médico, que finalmente se traducen en la práctica clínica (lo que implica que el mercado falla), el sector público tiene la obligación de intervenir. La regulación estricta de los conflictos de interés, que incluya una total transparencia de las relaciones entre la industria y los profesionales, contribuiría sin duda a alinear los intereses particulares con el interés general. Un aumento de la inversión pública en formación e investigación también sería deseable si se lograsen desviar los recursos necesarios a estas áreas, reduciendo, por ejemplo, las bolsas de ineficiencia existentes hoy por hoy en el sistema sanitario. El retorno que cabría esperar de estas actuaciones sería una mejor adecuación de la práctica clínica a las necesidades de los pacientes que podría favorecer la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.
2. En lo que respecta a la gestión de los servicios sanitarios, es preciso insistir en explotar el aprendizaje que pueden aportar los experimentos a prueba de fallos con las más nuevas formas de colaboración público privado –concesiones, PFI–, a pesar del mínimo conocimiento obtenido respecto a sus efectos tras más de tres lustros «experimentando». Parece cierto que, en general, el regulador se ha movido de una forma de provisión a otra sin solución de continuidad y sin reclamar suficientemente la información deseable para monitorizar su buen curso. Aquí, sin duda, puede haber jugado también un apriorismo político, simétrico al rechazo generalizado (López-Casasnovas y del Llano, 2017).
3. Sin duda hay razones comprensibles para querer perpetuar el diseño verosímilmente menos eficiente: una generalizada provisión bajo gestión admi-

nistrativa directa. Algunas serán por «principios» (menor tolerancia social a la apropiación de excedentes cuando son cuantificables económicamente que cuando se expresa en baja productividad y costes unitarios altos, como parte de la ineficiencia de la administración) (López-Casasnovas y Del Llano, 2017). Otras, por interés (los actuales beneficiarios de esa apropiación). Pero también por prudencia (¿estamos seguros de mejorar cambiando las reglas del juego y manteniendo la alineación: profesionales entrenados en el campo de juego estatutario, administradores con déficits notables de formación, miras y experiencia en entorno competitivo, y gestores crecidos en las relaciones estatutarias y unas prácticas perpetuadas desde la administración colonial?).

4. Tras más de un cuarto de siglo discutiendo sobre las modalidades de prestación asistencial diferentes a la llevada a cabo directamente por la Administración Pública en el marco de las relaciones laborales «estatutarias» y el sometimiento al procedimentalismo administrativista con escasos avances en la evaluación y el conocimiento derivado de tantos «experimentos» y «modelos», va siendo hora de pensar en que la imprescindible mejora de la eficiencia y deseabilidad de los servicios sanitarios financiados públicamente afecten al núcleo del SNS, al conjunto común de sus instituciones.
5. Aunque omitidas en este texto, no se pueden desatender las llamadas formas de «privatización funcional» (Menéndez, 2008), consistentes en recurrir a mecanismos de gestión directa a través de entidades de titularidad pública sometidas a derecho privado, es decir, al conjunto de los organismos del sector público instrumental. La escasa evidencia disponible apunta su mejor logro, mejor en ocasiones que el de ciertas configuraciones privadas. Dada la multiplicidad de las alternativas ya experimentadas, sus características diferenciales o las consideraciones que pudieron aconsejar optar por unas u otras, deberían ser analizadas, junto a las distintas ejecutorias de cada diseño. Con esos mimbres cabría apostar informadamente por extender su uso en aquellas modalidades y prestaciones donde se estime que los beneficios superan el conjunto de costes relevantes.
6. Las respuestas a todo esto distan de ser únicas, pero se necesita de una (más que mejor) muy buena gestión pública para que funcionen tanto las formas más intensas de colaboración público-privada como las opciones más conservadoras o regresivas de republicar y reestatutarizar, en un retorno al pasado poco justificable para la sociedad del siglo XXI. Hay prisa, porque estamos dejando pasar la ventana de oportunidad del rediseño que ofrece el mayor relevo de profesionales que hemos visto en nuestra historia. Estamos asistiendo a la jubilación de los contingentes de las oleadas históricas del crecimiento hospitalario y la extensión inicial del nuevo modelo de la AP en tiempos de escasa, si alguna, reposición (de ahí la precariedad). Pero nos hemos dado tanta prisa por tardar que aún no hemos desbrozado las líneas maestras de los posibles cursos de acción más deseables para el conjunto del sistema público, y no solo para «experimentos» que tienen lugar en su periferia.

## Referencias bibliográficas

- [1] AVORN, J. y CHOUDHRY, N. K. (2010). «Funding for medical education: maintaining a healthy separation from industry». *Circulation*, 121 (20), 2228-2234.
- [2] BARRENHO, E.; MIRALDO, M. y SMITH, P. C. (2018). «Does global drug innovation correspond to burden of disease? The neglected diseases in developed and developing countries». *Health Economics*, 1-21.
- [3] BERNAL-DELGADO, E.; GARCÍA-ARMESTO, S.; OLIVA, J.; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, F. I.; REPULLO, J. R.; PEÑA LONGOBARDO, L. M.; RIDAO-LÓPEZ, M. y HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2018). «Spain: Health system review». *Health Systems in Transition*, 20 (2), 1-179.
- [4] BOWMAN, M. A. y PEARLE, D. L. (1988). «Changes in drug prescribing patterns related to commercial company funding of continuing medical education». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 8, 13-20.
- [5] BRENNAN, T. A.; ROTHMAN, D. J.; BLANK, L.; BLUMENTHAL, D.; CHIMONAS, S. C.; COHEN, J. J.; GOLDMAN, J.; KASSIRER, J. P.; KIMBALL, H.; NAUGHTON, J. y SMELSER, N. (2006). «Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers». *JAMA*, 295, 429-433.
- [6] CAMERER, C. (1988). «Gifts as Economic Signals and Social Symbols». *American Journal of Sociology*, 94, S180-S214.
- [7] CARMICHAEL, H. L. y MACLEOD, W. B. (1997). «Gift giving and the evolution of cooperation». *International Economic Review*, 38, 485-509.
- [8] COMISIÓN NACIONAL DE LA COMPETENCIA (2013). *Informe sobre la aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España*. Madrid.
- [9] EUROPEAN UNION (2013). *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across the EU*. EAHC/2011/Health/20. Recuperado en noviembre 2018 de [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/ppp\\_finalreport\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/ppp_finalreport_en.pdf).
- [10] FUNDACIÓ AVEDIS DONABEDIAN (2002). *Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis*. Barcelona, FAD.
- [11] GODLEE, F. (2018). «Reinvigorating Cochrane». *British Medical Journal*, 362:k3966.
- [12] GØTZSCHE, P. C. e IOANNIDIS, J. P. (2012). «Content area experts as authors: helpful or harmful for systematic reviews and meta-analyses?». *British Medical Journal*, 345:e7031.
- [13] GRUP D'ÈTICA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNI-TARIA (2004). «La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña». *Atención Primaria*, 34, 6-12.
- [14] IASIST (2013). *Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión*, Barcelona.
- [15] IDIS (2018). *Sanidad privada, aportando valor Análisis de situación 2018*, Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, Madrid.
- [16] INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT (2006). *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya*, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- [17] INSTITUTE OF MEDICINE (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*, Washington D.C., National Academies Press.

- [18] IOANNIDIS, J. P. A. (2015). «Cómo hacer más fiable la investigación que se publica». *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 26, 187-200.
- [19] JØRGENSEN, A. W.; HILDEN, J. y GØTZSCHE, P. C. (2006). «Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review». *British Medical Journal*, 333, 782.
- [20] JOSIAH MACY JUNIOR FOUNDATION (2008). Continuing education in the health professions: improving healthcare through lifelong learning 2008. Recuperado en noviembre 2018 de [http://macyfoundation.org/docs/macy\\_pubs/pub\\_ContEd\\_inHealthProf.pdf](http://macyfoundation.org/docs/macy_pubs/pub_ContEd_inHealthProf.pdf).
- [21] KATZ, H. P.; GOLDFINGER, S. E. y FLETCHER, S. W. (2002). «Academia-industry collaboration in continuing medical education: Description of two approaches». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 43-54.
- [22] KELMAN, S. J. (2002). «Contracting». En M. Lester y Salamon (eds.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Nueva York, Oxford University Press, 282-318.
- [23] KRUSE, F. M.; STADHOUDERS, N. W.; ADANG, E. M.; GROENEWOUD, S. y JEURISSEN, P. P. T. (2018). «Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review». *International Journal of Health Planning and Management*, 33 (2), e434-e453.
- [24] LONSDALE, C. (2005). «Risk Transfer and the UK Private Finance Initiative: A Theoretical Analysis». *Policy and Politics*, 33 (2), 231-249.
- [25] LÓPEZ-CASASNOVAS, G. y DEL LLANO, J. E. (eds.) (2017). *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*. Fundación Gaspar Casal. Madrid.
- [26] LÜSCHER, T. F. (2012). «Good publishing practice». *European Heart Journal*, 33 (5), 557-561.
- [27] MACHADO GUIMARÃES, C. y CRESPO DE CARVALHO, J. (2011). «Outsourcing in the Healthcare Sector-A State-of-the-Art Review». *Supply Chain Forum*, 12 (2), 138-146.
- [28] MENÉNDEZ, A. (2008). «La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad». *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 6 (2), 269-296.
- [29] MENEU, R. (2010). «La promoción de medicamentos, apuntes para una mejor comprensión». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17 (2), 53-55.
- [30] NO GRACIAS (2018). *Alianza para el buen gobierno del conocimiento biomédico en el sistema nacional de salud*. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.nogracias.eu/2018/11/03/alianza-buen-gobierno-del-conocimiento-biomedico-sistema-nacional-salud/>.
- [31] NOVOA, A. (2015). *Veinte principios para la innovación y el buen gobierno del conocimiento biomédico*. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.nogracias.eu/2015/02/21/veinte-principio-innovacion-buen-gobierno-conocimiento-biomedico/>.
- [32] PEIRÓ, S. (2009). «Médicos e industria farmacéutica. Para estar así, mejor casados». *Revista de Calidad Asistencial*, 24 (2), 47-50.
- [33] PEIRÓ, S.; MENEU, R.; ROSELLÓ, M. y TOBED, M. (1993). «Pago prospectivo por caso y duración de la estancia en hospitales privados concertados». *Medicina Clínica (Barc.)*, 100, 372-374.
- [34] PÉREZ-ROMERO, C.; ORTEGA-DÍAZ, M. I.; OCAÑA-RIOLA, R. y MARTÍN-MARTÍN J. J. (2017). «Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del

- Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión». *Gaceta Sanitaria*, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>.
- [35] RELMAN, A. S. (2001). «Separating Continuing Medical Education From Pharmaceutical Marketing». *JAMA*, 285 (15), 2009-2012.
- [36] REPULLO, J. R. (2008). «Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad». *Revista de Calidad Asistencial*, 23 (2), 83-87.
- [37] ROIG, F. y BORREGO, A. (2017). «Declaraciones de conflictos de interés en las publicaciones biomédicas. Estudio de cuatro revistas clínicas españolas». *Acta Bioethica*, 23 (1), 55-62.
- [38] SAITO, S.; MUKOHARA, K. y MIYATA, Y. (2014). «Chronological changes in Japanese physicians' attitude and behavior concerning relationships with pharmaceutical representatives: a qualitative study». *PloS One*, 9:e106586.
- [39] SAVAS, E. S. (1990). «A Taxonomy of Privatization Strategies». *Policy Studies Journal*, 18 (2), 343-355.
- [40] SÍNDIC DE GREUGES (2002). «Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària de salut a Catalunya». *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, 24 de octubre de 2002.
- [41] SINDICATURA DE COMPTES (2018). *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevieja*, Valencia. Recuperado en noviembre 2018 de [https://www.sindicom.gva.es/web/informes.nsf/0/14C-99D556CDEBC1EC125833C0030F2E2/\\$file/INF-2016-DSTORREVIEJA-09-Final-2018-10-29-signat.pdf](https://www.sindicom.gva.es/web/informes.nsf/0/14C-99D556CDEBC1EC125833C0030F2E2/$file/INF-2016-DSTORREVIEJA-09-Final-2018-10-29-signat.pdf).
- [42] SONDERGAARD, J.; VACH, K.; KRAGSTRUP, J. y ANDERSEN, M. (2009). «Impact of pharmaceutical representative visits on GPs' drug preferences». *Family Practice*, 26, 204-209.
- [43] SPITHOFF, S. (2014). «Industry involvement in continuing medical education. Time to say no». *Canadian Family Physician*, 60 (8), 694-696.
- [44] STAMATAKIS, E.; WEILER, R. e IOANNIDIS, J. P. (2013). «Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review». *European Journal of Clinical Investigation*, 43, 469-475.
- [45] STEINMAN, M. A.; SHLIPAK, M. G. y MCPHEE, S. J. (2001). «Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions». *American Journal of Medicine*, 110, 551-557.
- [46] TYNKKYNNEN, L. K. y VRANGBÆK, K. (2018). «Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe». *BMC Health Services Research*, 18(1):141.
- [47] VECCHI, V. y HELLOWELL, M. (eds.) (2018). *Public-Private Partnerships in Health. Improving Infrastructure and Technology*. Palgrave Macmillan. Cham, Switzerland.
- [48] WAYANT, C.; TURNER, E. y MEYER, C. *et al.* (2018). «Financial Conflicts of Interest Among Oncologist Authors of Reports of Clinical Drug Trials». *JAMA Oncol.*, 4 (10), 1426-1428.
- [49] WILLIAMSON, O. (1990). «Transaction Cost Economics and Organisation Theory». En O. Williamson (ed.), *Organisation Theory: From Chester Barnard to the Present and Beyond*. Oxford University Press. New York.



# Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria\*

Anna García-Altés

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS),  
Departament de Salut, Generalitat de Catalunya  
Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra

Vicente Ortún

Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra  
Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra

## Resumen

*Se esquematiza la reciente evolución de la organización sanitaria en España analizando, e ilustrando con ejemplos, la innovación sanitaria. El énfasis del artículo se sitúa en la gestión sanitaria, tanto en la medida de su calidad como en la consideración del impacto de esta calidad en los resultados en salud. Se abordan las limitaciones de la gestión pública, que tanto influyen en las características de la gestión sanitaria, y se recuerda el deterioro institucional relativo de España para plantear las medidas que han de permitir mejorar la calidad de su gobierno. Se concluye con dos escogidas grandes vías de mejora de la gestión sanitaria: la centrada en la financiación pública y las que persiguen hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente.*

**Palabras clave:** política sanitaria, regulación, salud pública, innovación organizativa, buen gobierno, financiación pública, gestión sanitaria.

**Clasificación JEL:** I18, H19, H44, H51, O31.

## Abstract

*The recent evolution of the healthcare organization in Spain is outlined, analyzing and illustrating with examples, healthcare innovation. The emphasis of the article is placed on healthcare management, both in terms of its quality and in the consideration of the impact of this quality on health outcomes. The limitations of public management, which influence the characteristics of healthcare management, are addressed, and the relative institutional deterioration of Spain is recalled in order to propose the measures that will allow improving the quality of its government. It concludes with two chosen big ways of improvement of healthcare management: the one centered in the public financing and the ones that pursue to make individually attractive what is socially convenient.*

**Keywords:** health policy, regulation, public health, organizational innovation, good government, public financing, health management.

**JEL classification:** I18, H19, H44, H51, O31.

---

\* Los autores desean agradecer los comentarios de Rosa Urbanos. Vicente Ortún reconoce la financiación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (Proyecto ECO2017-83771-C3-2-R, Encaje público-privado en sanidad, del Programa Estatal de I+D+i orientada a los retos de la sociedad).

## 1. Tipología organizaciones

Pese a que precios y mercados coordinan las decisiones individuales, las organizaciones existen, como ya escribió Coase en 1937, porque las transacciones tienen costes y, si en el seno de una organización son más pequeños, la organización está justificada y sus límites establecidos: allí donde los costes de realizar una transacción adicional dentro de la empresa se igualen con los costes de efectuar transacciones con el exterior.

Este enfoque de costes de transacción se ha calificado de neohobbesiano pues, de la misma manera que en Hobbes los ciudadanos sacrifican libertades individuales para que el Estado funcione, en la organización serían sus integrantes racionales los que sacrificarían libertades individuales y contratarían a un supervisor para que controlase su labor. Esto fue lo que hicieron, según Benito Arruñada (1994), las cooperativas de remeros del bajo Yang-Tse durante la Revolución Cultural: dado que, habiendo enviado a los gerentes a los campos para ser reeducados, los remeros no pegaban «palo al agua» y acababan en el mar de China; tuvieron que contratar un capataz. *¡Oh Lord, give us a boss!* En ambos casos, Estado o empresa, se produce el sacrificio de una libertad individual –de matar o escaquearse– por el interés colectivo.

Los costes de transacción, como se sabe, son los de hacer funcionar el sistema: descubrir con quién se quiere tratar, informar de la intención de negociar y en qué términos, negociar, acordar un contrato, vigilar el cumplimiento de los pactos, etc. Incluyen costes de coordinación –en los que hay que incurrir aunque los intereses de las partes coincidan– y costes de motivación. Estos costes de transacción aumentan en relación directa con las asimetrías informativas y los problemas de información, ambos muy prevalentes en sanidad.

Las organizaciones han de establecer cómo se reparten los derechos de decisión, cómo se evalúa el comportamiento y cómo se incentiva, algo que en mercados con derechos de propiedad garantizados se produce de manera espontánea. El trípode organizativo no resulta sencillo en sanidad, especialmente su segunda pata –la de evaluar comportamientos– y su tercera, la de incentivar. Evaluar comportamientos requiere saber medir tanto productos intermedios, normalmente con agrupaciones de pacientes tipo *clinical risk groups*, como productos finales –impacto en el bienestar–, temas que aún están lejos de resolverse. Tampoco es sencilla la tarea de incentivar la calidad por la posibilidad de seleccionar casos que tienen los profesionales. Asuntos complejos que, ciñéndonos al mundo de las organizaciones, pasan por valorar las ventajas e inconvenientes del trabajo por cuenta ajena o propia, pero que no pueden desvincularse ni de las «reglas sociales de juego» (normas clínicas, influencia de la industria, etc.) ni de los incentivos individuales o de grupo (promoción, prestigio, estabilidad, reconocimiento, salario, etc.).

Según quien se apropie de las rentas residuales (beneficios) y según quien sea el titular de los derechos residuales de decisión (los no contemplados por la ley, el contrato o la costumbre), puede establecerse una tipología de las formas organizativas entre las puramente privadas y las puramente públicas (Cuadro 1).

**CUADRO 1**  
**TIPOLOGÍA DE FORMAS ORGANIZATIVAS**

		Titular derechos de decisión		
		Privada	Mixta	Pública
Apropiación privada de rentas residuales	Sí	Privada pura (capitalista)	Privada regulada	X
	Parcialmente	Comercial no lucrativa	Comercial lucrativa con participación pública	Pública comercial
	No	No lucrativa pura	Fundación privada con financiación pública	Pública pura

FUENTE: Elaboración propia.

Observamos en el Cuadro 1 diversas formas intermedias entre la organización pública pura y la organización privada pura que se pueden adaptar a las particularidades de la actividad sanitaria habida cuenta tanto de sus fallos del mercado como de sus fallos del Estado. En el mundo desarrollado prevalecen las organizaciones privadas no lucrativas y en España las públicas puras.

La Economía de las Organizaciones, con varios Nobeles en su haber –los últimos, en 2016, a Hart y Holmström– ayuda a pensar sobre las mejores formas de asignar derechos de decisión, evaluar comportamientos e incentivar, pero no produce recetas inmediatas sobre una cuestión tan contingente como la mejor organización sanitaria de un país, que depende tanto de sus valores y calidad institucional como de las virtudes y defectos del Estado. Por ello, en este artículo el énfasis se sitúa en la gestión. Se esquematiza, en el segundo epígrafe, la evolución organizativa y se analiza con mayor detalle y concreción la innovación organizativa<sup>1</sup>. El tercer epígrafe se dedica al empeño, recientemente conseguido, de medir la calidad de la gestión, conocer los determinantes de la misma y tratar de establecer el impacto de la calidad de la gestión en los resultados en salud. El cuarto epígrafe se centra en la gestión pública; tras establecer sus limitaciones se recuerda el deterioro institucional relativo de España y se plantean medidas para mejorar la calidad de su gobierno, en un análisis que debe mucho a otro artículo de este número (Hernández-Aguado, 2018). Se concluye, en un quinto epígrafe, con dos escogidas grandes vías de mejora de la gestión sanitaria: la centrada en la financiación pública y las que persiguen hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente.

## 2. Evolución e innovación organizativa

En la sanidad española coexiste la gestión directa de servicios –con una muy ligera incorporación de nuevas formas de gestión como consorcios, fundaciones,

<sup>1</sup> Las fórmulas de colaboración público-privada han centrado, posiblemente de forma muy desproporcionada, la atención en España y son objeto de análisis en otro artículo de este número.

o sociedades mercantiles públicas– con la gestión indirecta de servicios mediante, sobre todo, conciertos y, muy secundariamente, concesiones de obra y concesiones administrativas, mecanismos de compra pública innovadora y contratos de riesgo compartido. En general, puede afirmarse que no se ha cogido por los cuernos el toro de la reforma de la administración pública, que tanto afecta a sanidad, a la que más adelante nos referiremos. Dejando atrás las cesantías decimonónicas cabe destacar:

- El Estatuto Maura de 1918 que introduce la inamovilidad y las oposiciones.
- La Ley de Funcionarios Civiles del Estado de 1964.
- La Ley 30/1984 de Medidas para la Reforma de la Función Pública.
- La Ley 55/2002, Estatuto Marco del personal del sistema nacional de salud.
- La Ley 7/2007, Estatuto Básico del Empleado Público.
- Real Decreto Legislativo 5/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- La Ley 15/2014 de racionalización del sector público y otras medidas de reforma administrativa, bastante vacuas y poco comparables con la reforma de la Administración Pública, 1956-1958, por su alcance transformador (López Rodó, 1958).

Como dice José-Ramón Repullo<sup>2</sup>, el estatuto marco del Sistema Nacional de Salud define casi todos los aspectos relevantes de la política de personal: acceso al puesto, retribución, negociación de las condiciones de trabajo, representación, etc. Esta rigidez se adapta mal a la misión y necesidades de los servicios sanitarios modernos, y lleva paradójicamente a un alto nivel de empleo inestable y abuso generalizado de contratos temporales.

Se conoce por innovación la generación de un bien o servicio de valor comercial o, en ausencia de mercado, apreciado por las personas. El sector salud, especialmente intensivo en conocimiento, alta especialización e intensidad tecnológica, es también altamente innovador. En este sector, la innovación busca mejorar los resultados de salud de la comunidad social y satisfacer las necesidades asistenciales personalizadas de los usuarios. Sería importante compartir una métrica común para medir la innovación pues, entre otras cosas, serviría para orientar la innovación hacia donde interesa. Parecería claro que en el sector sanitario esa métrica la pueden proporcionar la cantidad y calidad de vida resumida en los años de vida ajustados por calidad (AVAC). No obstante, y hasta ahora, han fracasado los intentos de que, en Europa, se adopten los AVAC como métrica compartida pese a la existencia de una directiva que busca una cierta homogeneización de la evaluación de tecnologías sanitarias entre los países de la Unión Europea.

La introducción de nuevos fármacos y productos sanitarios, junto con las innovaciones y la implementación de las tecnologías de la información y comunicación, son los tipos más reconocibles de innovación. Muchas innovaciones organizativas

---

<sup>2</sup> <https://www.diariomedico.com/profesion/un-estatuto-para-el-medico-mas-flexible.html#>

surgen en el entorno de los centros sanitarios y suponen el traspaso del ámbito en que se da la asistencia (hospitalaria, ambulatoria o domiciliaria), implican la creación de nuevas unidades o la ampliación de los usos o funciones de unidades existentes, el establecimiento de acuerdos y circuitos con otros centros asistenciales para tratar determinadas enfermedades, o la integración en redes de cooperación con finalidades asistenciales o investigadoras. Las iniciativas legislativas de mayor alcance también entrarían dentro de las innovaciones organizativas.

Entre las diferentes maneras de caracterizar la innovación conviene destacar:

- Innovación en producto –o servicio–, en proceso, u organizativa. En el sector sanitario, la innovación en producto es la más frecuente (el robot quirúrgico, la historia clínica electrónica, las estatinas, la mamografía o el TAC), más que la innovación en proceso (los listados de comprobación quirúrgicos, la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía laparoscópica) o la innovación organizativa (los códigos de actuación rápida, la integración de servicios sanitarios y sociales, hospitalización a domicilio, concentración de la cirugía de alta especialización). La innovación en producto atrae tanto a profesionales como a usuarios, y su introducción –como en el caso de los robots quirúrgicos– se realiza con un alcance no justificado por su impacto en el bienestar. En cambio, la innovación organizativa suele ser el patito feo y no únicamente en España. Existen ejemplos mundiales –Kaiser Permanente, Geiseinger, Mayo, *Veterans Administration* en EE. UU. o Aravind de Madurai y Narayana Hrudayalaya en Bangalore, ambos en India– de innovaciones organizativas que no se difunden como se difundirían en un sector más sometido a competencia o con una regulación menos restrictiva de la misma. Y las oportunidades para explotar economías de escala, gama y aprendizaje, con criterios de capacidad resolutoria, continúan existiendo en el sector sanitario.
- Efecto sustitución o expansión. Frecuentemente la extensión de las innovaciones médicas a lo largo del tiempo produce simultáneamente una reducción de sus costes unitarios y un aumento de los costes totales. La explicación de esta aparente paradoja reside en los efectos conocidos como de sustitución y expansión. El efecto sustitución se produce cuando una técnica de diferente intensidad –sea en dotación tecnológica o en consumo de recursos– reemplaza a una previa. El efecto expansión consiste en la prestación a pacientes con menor gravedad o síntomas más leves de tratamientos que previamente no se les habrían administrado, o en la prestación de tratamientos más intensivos.
- Valor de la innovación. Desde una perspectiva amplia, la innovación sanitaria ha proporcionado unos beneficios en salud que valen más que los notables costes que ha supuesto. Desde los conocidos análisis históricos de Fogel (1994) o McKeown (1976) en los que se pone de manifiesto el papel secundario de la atención sanitaria en la mejora de la salud de las poblaciones –en comparación con las mejoras en la nutrición, la higiene y el manejo de la reproducción–, hasta los análisis de Cutler *et al.* (2001), que compara cómo han cambiado

precios, cantidades e intensidad en los procesos (otitis media, infarto agudo de miocardio o depresión mayor) con los resultados en términos de cantidad y calidad de vida de esos procesos. Ni el enfoque de análisis coste-beneficio generalizado, a la Cutler, ni siquiera el análisis coste-beneficio, ha de esperarse que sean de uso cotidiano por la resistencia a valorar monetariamente las ganancias en salud. Cabe, no obstante, con el mucho más extendido empleo del análisis coste-efectividad, tratar de llegar a una métrica común para medir el valor de la innovación: La cantidad y calidad de vida medida, como se ha dicho ya, en años de vida ajustados por calidad (AVAC).

- Innovación con base científica o sin ella. Ni Inditex, ni el Cirque du Soleil, ni Ikea, ni el *container* o la *palette* han resultado de la investigación. Y no por ello dejan de ser innovaciones.
- Grado de disrupción de la innovación. Como insistiremos más adelante, la mayoría de las empresas disruptivas ingresan a un mercado con un producto cuyo valor es menor que el de los operadores tradicionales del mercado, pero su costo es mucho menor. Ese es el modelo para los disruptores clásicos, como Southwest Airlines, MP3 o los fabricantes japoneses de automóviles. El cuidado de la salud tiende a ser diferente, porque los consumidores generalmente no quieren conformarse con un producto de menor calidad, incluso si es sustancialmente más barato.
- Velocidad de la difusión. Un aspecto crucial de la innovación es su velocidad de difusión. Entre la lentitud de la difusión de los cítricos para la prevención del escorbuto y la fulgurante difusión del éter como anestésico, la historia ha conocido múltiples velocidades intermedias como la del ácido carbónico de Lister para evitar las sepsis tras las intervenciones quirúrgicas. En épocas más recientes la colaboración Cochrane vino motivada por el lapso habido entre la demostración de la eficacia del tratamiento del infarto de miocardio con trombolíticos en los años setenta y su uso generalizado en los años noventa.

En el libro *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria* (2005), Ricard Meneu, Vicente Ortún y Fernando Rodríguez Artalejo hacen un repaso a las innovaciones más relevantes entre 1980 y 2000, de las que hacen un análisis pormenorizado de nueve de ellas: actuaciones contra el tabaquismo, la evaluación de medicamentos sobre bases más científicas, atención primaria de salud, los sistemas de ajuste de riesgos, programa MIR, extracción de cataratas e implantación de lentes intraoculares, los programas de gestión de enfermedades, los medicamentos cardiovasculares y PubMed.

Sin voluntad de exhaustividad, aquí se describen brevemente algunas innovaciones organizativas más recientes que han tenido buenos resultados en la salud de la población:

- La atención a determinadas patologías en torno a «códigos»: son códigos de emergencia que llevan a la activación inmediata de una red de servicios de salud

dirigidos a proporcionar una atención urgente y adecuada para los pacientes con patologías tiempo-dependientes. La necesidad de actuar con rapidez ha llevado a varias comunidades autónomas a territorializar la atención, involucrando a los hospitales de la comunidad y de referencia, sus zonas de captación y los sistemas de emergencias médicas. Este es el caso del ictus agudo, el infarto agudo de miocardio y el paciente politraumático. En Cataluña, y para el caso del ictus agudo, se ha estimado que, en el periodo 2006-2012, la existencia del código ha permitido evitar 719 defunciones que se habrían producido si se hubieran mantenido las tasas de incidencia y supervivencia existentes (García-Altés *et al.*, 2016).

- Teledermatología (extensible a otras especialidades: el médico de familia ve la lesión de la piel, la fotografía y la adjunta con el seguimiento clínico a la historia clínica electrónica. En el mismo momento, se añade al paciente en la agenda de teledermatología y en la agenda de su médico de familia una semana más tarde. El profesional dermatólogo usa esta agenda para revisar las fotografías y escribir el diagnóstico y la pauta de tratamiento y seguimiento. Una semana después, el médico de familia revisa el caso y llama al paciente con los resultados. Si el dermatólogo lo cree necesario, cita al paciente para una visita presencial. La implantación de la teledermatología en la comarca del Bages ha demostrado ser una buena estrategia para conseguir reducir la lista de espera (Vidal-Alaball *et al.*, 2015).
- Preoperatorio *online*: consiste en una visita virtual donde el profesional anestesista recoge la información relevante de la historia clínica y las pruebas complementarias de la atención primaria y hospitalaria. Después de que un profesional médico o enfermero revise la información, el profesional enfermero contacta con el paciente para confirmar la información y gestionar la programación de las pruebas pendientes y posterior visita. La experiencia del Hospital de Viladecans ha estimado un ahorro de 25 euros por proceso programado solo teniendo en cuenta el ahorro en pruebas complementarias<sup>3</sup>.
- *Fast-track* en cirugía colorrectal (como ejemplo) es una nueva estrategia para intentar mejorar la evolución postoperatoria de los pacientes intervenidos de colon o recto, con el objetivo de disminuir el sufrimiento de los enfermos, que incluye las siguientes medidas: informar al paciente del proceso global, incluida la previsión del alta, y comprometerlo en las decisiones, promover medidas de preservación de la función intestinal, evitar las medicaciones que laxen los intestinos, preservar la temperatura corporal durante la intervención, evitar los sondajes, ajustar la hidroterapia, anestesiarse por vía peridural, usar técnicas quirúrgicas de invasión mínima, evitar los analgésicos opiáceos, hacer prevención de náuseas y vómitos, retirar catéteres lo antes posible o iniciar la alimentación oral y la deambulación de manera precoz. Los estudios existentes en nuestro entorno muestran una disminución de la estancia media de entre tres y seis días (Gil Egea *et al.*, 2008 y Esteban *et al.*, 2012).

---

<sup>3</sup> [http://oigs.gencat.cat/uploads/802190a0-7534-4425-959d-9fd2c230d348/fitxes\\_preoponline\\_CAT.pdf](http://oigs.gencat.cat/uploads/802190a0-7534-4425-959d-9fd2c230d348/fitxes_preoponline_CAT.pdf).

- Enfermera gestora de la demanda. Se define como la respuesta que da la enfermera a un paciente que presenta un problema de salud y que necesita una resolución preferente. Se diferencia del triaje porque, mientras que la gestión de la demanda pretende dar una solución al problema de salud planteado, la selección se refiere a la recepción, acogida y clasificación de pacientes que llevan a cabo las enfermeras en los servicios de urgencias. La gestión enfermera de la demanda ha demostrado presentar una alta resolución de las afecciones atendidas, aportando a la vez un porcentaje elevado de consejos de salud y de educación sanitaria en las visitas atendidas (Brugués *et al.*, 2016). España tiene una ratio de médicas/enfermeros muy desequilibrada en contra de la enfermería, extraordinariamente competente en ámbitos como el de cuidados intensivos, lo cual dificulta aplicar el sentido común para organizar la atención según el principio de capacidad resolutoria, que exige que cada problema sea atendido por quien consigue la mayor efectividad para unos costes determinados.
- Concentración de la cirugía oncológica digestiva de alta especialización. La concentración de la cirugía oncológica digestiva de alta especialización se inició en Cataluña a principios del año 2012, consolidándose en 2015. La comparación entre los periodos previo (2005-2011) y posterior (2012-2015) a la concentración, arroja como resultado que la mortalidad a los 30 días mejoró de manera significativa con reducciones del 79 por 100, 41 por 100 y 50 por 100 en cirugía de cáncer de esófago, de páncreas y de metástasis hepáticas, respectivamente (Manchón-Walsh *et al.*, 2017).
- «Ley antitabaco». La Ley 28/2005 hizo obligatoria la incorporación de advertencias sanitarias en el etiquetado del tabaco, prohibió su publicidad y promoción e implantó la regulación parcial de su consumo en los lugares públicos (Ley 28/2005). Posteriormente la Ley 42/2010 introdujo la restricción total del consumo de tabaco en lugares públicos cerrados, lo que provocó una caída brusca del 9,41 por 100 en las ventas de cigarrillos (Pinilla *et al.*, 2017), sin que disminuyera la actividad en bares y restaurantes (García-Altés *et al.*, 2015).
- Medidas sobre seguridad vial, entre las que destaca el sistema de pérdida de puntos por infracciones de tráfico con sanción solo administrativa (Ley 17/2005) y la tipificación penal de todas las conductas de conducción temeraria (Ley 15/2007). Su evaluación muestra una reducción significativa en el riesgo de tener un accidente en ambos sexos, todas las edades y todos los medios de transporte, excepto para los peatones (Novoa *et al.*, 2010a; Novoa *et al.*, 2010b; Novoa *et al.*, 2011). Tanto la actuación sobre el tabaquismo como la realizada sobre la seguridad vial, constituyen las dos medidas de política que más han contribuido a la ganancia de años de vida en España en épocas recientes, con un importante ahorro de costes para la sociedad (García-Altés *et al.*, 2013).

---

<sup>4</sup> Al estilo del antiguo Canalejo de A Coruña, en el que el recordado Alfonso Castro Beiras fue jefe de Servicio de Cardiología.

Para terminar, destacamos aquí algunas innovaciones que, sin ser muy recientes, ofrecen resultados satisfactorios, como la organización de hospitales por áreas<sup>4</sup>, el desempeño «por cuenta propia» de las entidades de base asociativa en atención primaria, la atención multidisciplinar en cáncer y numerosas iniciativas que, aunque aparentemente funcionan, no llegan a ser formalmente evaluadas.

### **3. Medida de la calidad de la gestión y sus determinantes**

#### *3.1. La gestión como profesión*

Hasta 1860-1880 los mercados eran fundamentalmente locales y el tamaño de las empresas reducido. Tres desarrollos tecnológicos –barcos a vapor, ferrocarriles y telégrafo– alteran el panorama, pues facilitan la producción en masa e implican cambios en las organizaciones: nuevos sistemas de información y contratación de gerentes.

A partir de 1880, con la Segunda Revolución Industrial, se transforman las industrias antiguas (acero, cobre, aluminio, refinamiento de aceite, de azúcar, envasado y embotellado, productos agrícolas, etc.) y se crean nuevas industrias: químicas (tinturas, medicinas, fibras, abonos, etc.), maquinaria agrícola, de oficina y doméstica (máquinas coser, por ejemplo), y de generación y transmisión de electricidad (alumbrado, tracción urbana, poder industrial, etc.).

Las nuevas empresas, tanto en los sectores tradicionales como en los nuevos sectores, diferían de las antiguas en que eran mucho más intensivas en capital y capaces de explotar las economías de escala y gama que las nuevas tecnologías permitían.

La gestión como profesión empieza a aparecer en esas grandes organizaciones cuando surge como función especializada diferente a la propiedad. Gestión, en aquel contexto post Segunda Revolución Industrial, suponía precisamente explotar esas potenciales economías de escala y gama: *a*) se requería gran coordinación para mantener una producción elevada, así como un flujo ininterrumpido de materias primas y productos acabados, y *b*) hacían falta unos conocimientos y habilidades para conseguir las citadas economías de escala y gama. Las empresas que lo consiguieron han seguido dominando sus sectores durante todas las décadas transcurridas. Sea Exxon-Mobil (descendiente de Rockefeller Standard Oil y su espectacular concentración del refinado de keroseno) o Bayer, Basf y Hoechst (ahora integrada en Sanofi-Aventis), que en el valle del Rin consiguieron grandes economías de gama entre tintes y fármacos (Chandler, 1990). Han sido las empresas capital-intensivas que explotaron economías de escala y de gama invirtiendo en producción, distribución y gestión, las que dominaron sus industrias rápidamente (Tafunell y Carreras, 2010). Y muchas continuaron haciéndolo por décadas; en la industria farmacéutica tenemos buen ejemplo de ello.

### 3.2. *La gestión como disciplina: entre «Fosbury» y los «antígenos»*

Las profesiones tradicionales, tipo Medicina y Abogacía, tienen claramente definidos los conocimientos, habilidades y aptitudes deseables para su ejercicio, siendo éstos, además, evaluables por colegas. No existe una claridad equiparable entre profesionales gestores, seleccionados con frecuencia a través de cazatalentos, tal vez tanto por la debilidad de su base disciplinaria como por la mezcla indiscriminada de «Fosbury» (hacer las cosas como quien mejor las haga) y «antígenos» (doctrinas extrañas que disparan una respuesta inmunitaria que bloquea la curiosidad por el abordaje científico de la gestión).

Respecto la base disciplinaria resultó ilustrativo el debate que se produjo hace 25 años entre la obra de John Kay (1993), *The foundations of corporate success*, y la de Paul Milgrom y John Roberts (1992), *Economics, Organization and Management*. El primero pretendía responder al título de «fundamentos del éxito empresarial» tratando de establecer afirmaciones universales y contrastables sobre los factores determinantes del éxito empresarial. Los segundos pretendían simplemente facilitar conceptos y análisis que ayudaran a pensar sobre los problemas de gestión. El libro de Milgrom y Roberts se acabó convirtiendo en el mejor texto de Economía de las Organizaciones y, en cambio, el de Kay no ha sido su obra más destacada. El hecho de que «cómo gestionar para tener éxito» no sea identificable con una disciplina científica única no impide que pueda hablarse de ciencias de la gestión. ¿Cómo? Si gestionar supone coordinar y motivar a los miembros de la organización para conseguir los objetivos de ésta, cualquier disciplina, Psicología o Logística, que realice afirmaciones universales y contrastables sobre cómo motivar o coordinar mejor constituirá indudablemente una ciencia de la gestión.

Más fácil ha resultado ir discriminando entre los que denominamos componentes «Fosbury» de la gestión de los componentes «antígeno». Entre los sorprendentes récords que se produjeron en los Juegos Olímpicos de México en 1968 destaca el de Fosbury, pues fue motivado por un cambio en la técnica en salto de altura: de rodillo a espalda. Desde entonces, ningún atleta que pretenda clasificarse puede saltar de otra manera. Únicamente hay una forma de hacer las cosas: como quien las hace mejor. Algo parecido sucede con las empresas si sustituimos el clasificarse para unas Olimpiadas por ser capaz de producir y vender en mercados nacionales e internacionales. A lo largo del siglo pasado, fueron técnicas «Fosbury» destacadas la organización científica del trabajo de Taylor, los estudios de Hawthorne (Shewhart) en la década de los treinta, que dieron origen tanto a la psicología industrial como a lo que mucho tiempo después se conoce como «calidad total», los avances en producción y logística habidos durante la Segunda Guerra Mundial (McNamara), el toyotismo, etc.

---

<sup>5</sup> Según Paul Krugman, la literatura económica puede clasificarse en tres grandes familias: la escrita parcialmente en griego, la del sube y baja y la de aeropuerto. Esta última suele ser entretenida, raramente bien informada y nunca seria. <https://www.nytimes.com/1990/10/28/books/books-business-economics-101.html>.

Tampoco resulta difícil identificar la literatura «antigénica»: aquella que genera anticuerpos persistentes en el tiempo a cualquier texto de gestión. La exposición puede producirse fácilmente en aeropuertos<sup>5</sup> y son más proclives a la reacción inmune las personas formadas con cierta capacidad de razonamiento lógico y familiarizadas con la literatura científica; exactamente el tipo de personas que suele darse entre los profesionales sanitarios.

Tanto el «Fosbury» como los «antígenos» han sido el resultado de la actividad de académicos (de Simon a Kahneman), gurús como Drucker, académicos con toque gurú como Porter, practicones con éxito que suelen olvidar el papel que la suerte juega (Sloan, Welch), y satíricos (Parkinson o los Lynn-Jay, de «Sí, Ministro»). Entre los académicos empiezan a tener una contribución importante los economistas más interesados por el comportamiento y la experimentación.

### 3.3. *La medida de la calidad de la gestión*

Ha tenido que llegar el siglo XXI para disponer de una medida validada de la calidad de la gestión, la accesible en el *World Management Survey*. Cualquier empresa manufacturera, hospital, distribuidor o escuela puede además compararse con los demás introduciendo sus datos.

Bloom, Genakos, Sadun y Van Reenen (2012) han sido sus artífices: encuestaron a más de 12.000 empresas de diversas industrias en 34 países para recopilar información sobre la calidad de las prácticas de gestión dentro de cada empresa. Usando estas respuestas de la encuesta, construyeron una medida de cómo se gestionaba una empresa, que iba desde 1 (peor práctica de gestión) a 5 (mejor práctica de gestión). Esta medida les permitió comparar las prácticas de gestión entre industrias y países.

La herramienta de evaluación midió las prácticas de gestión en cuatro áreas clave. Primera, gestión de operaciones: ¿se utilizan técnicas de producción y distribución ajustadas (las *lean* originarias de Toyota)? Segunda, monitoreo: ¿cómo las organizaciones monitorean lo que sucede dentro de la empresa y cómo utilizan esta información para la mejora continua? En tercer lugar, los objetivos: ¿las organizaciones establecen los objetivos correctos?, ¿consiguen los resultados correctos y toman las medidas adecuadas si los dos son inconsistentes? En cuarto lugar, los incentivos: ¿las organizaciones promueven y recompensan empleados basados en el desempeño, priorizando la contratación y tratando de mantener su mejor desempeño?

Se utilizó un mecanismo de doble ciego. Esencialmente ni los entrevistadores sabían qué «examinaban» ni los entrevistados conocían que eran «examinados». Con posterioridad a la validación del instrumento de encuesta, tanto un experimento natural como otro diseñado respaldaron la validez del instrumento. La crisis del 2008 afectó menos a las empresas con «buena» gestión (experimento natural) y las empresas textiles de la India –escogidas aleatoriamente– adiestradas sobre gestión mejoraron en un año su productividad un 17 por 100 más que las del grupo control (experimento diseñado).

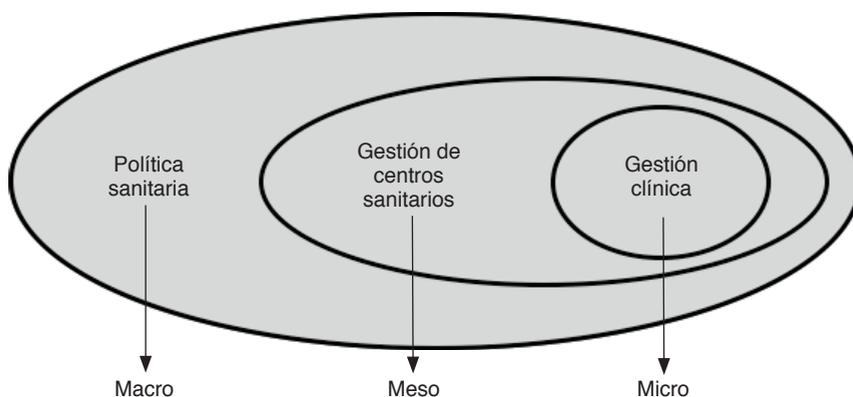
### 3.4. La gestión en el sector sanitario

La gestión en el sector sanitario presenta tres ámbitos diferentes: el de la intervención del Estado –regulando, financiando, informando, produciendo incluso– que se traduce en política sanitaria, el de la gestión de centros y el de la gestión clínica (Figura 1).

Como en otros sectores, los beneficios pueden resultar socialmente beneficiosos si premian la eficiencia, la innovación y compensan el riesgo, y socialmente perjudiciales si se obtienen en base a restringir la competencia, el aprovechamiento de contactos y la captura regulatoria (la riqueza crea poder, el poder crea riqueza). Más que en otros sectores, el incentivo del beneficio tiene gran capacidad para cortocircuitar la búsqueda de mejoras en la cantidad y calidad de vida de pacientes y poblaciones. La Economía de la Salud se esfuerza en compatibilizar ambos objetivos (pagos capitativos, por ejemplo), pero se reconoce, tanto la mayor seguridad que proporcionan los incentivos débiles al frenar impulsos difícilmente refrenables, en usuarios y en profesionales, a «hacer más» al margen de su indicación, como las dificultades de coordinación.

El grado de competencia constituye un factor exógeno que afecta a la calidad de la gestión. El sector sanitario está más «a prueba de Amazon» que otros sectores. De hecho, Amazon fracasó en su primera entrada al sector sanitario, como también lo hicieron Google o Microsoft, y su segunda entrada –gestionar la atención sanitaria de 1.200.000 empleados, los propios junto con la de los de Berkshire and J.P. Morgan en EE. UU.– es todavía muy reciente<sup>6</sup>. Conviene insistir en algo ya señalado con

**FIGURA 1**  
**LOS TRES ÁMBITOS DE LA GESTIÓN SANITARIA**



**FUENTE:** ORTÚN, V. (1993). «Presentación del V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria». *Gaceta Sanitaria*, 7 (38S), 1-2.

<sup>6</sup> MARGOT SANGER-KATZ y REED ABELSON. «Can Amazon and friends handle health care? There's reason for doubt». *New York Times*, 30 enero 2018.

anterioridad: que la mayoría de las empresas disruptivas ingresan a un mercado con un producto cuyo valor es menor que el de los operadores tradicionales del mercado, pero su costo es mucho menor. Ese es el modelo para los disruptores clásicos, como Southwest Airlines, MP3 o los fabricantes japoneses de automóviles. El cuidado de la salud tiende a ser diferente, porque los consumidores generalmente no quieren conformarse con un producto de menor calidad, incluso si es sustancialmente más barato.

La calidad de los hospitales mejora cuando compiten por comparación en calidad (Bloom *et al.*, 2015). Se aplicó la ya mencionada encuesta de valoración de la calidad de la gestión, validada en otros sectores de la economía y en otros países, a dos tercios de los hospitales de agudos de Inglaterra. Se agrupó un total de 18 prácticas en cuatro dimensiones: *a)* Operaciones ajustadas (*lean*), como admisión, protocolización, interconsultas, alta y seguimiento, etc.; *b)* Medida de la actuación en base a la adopción de tecnología, la prevención de errores, la mejora continua, etc.; *c)* Fijación de objetivos; *d)* Incentivos: atracción y retención de talento, criba de incumplidores, etc. Resultó que las mejores prácticas gestoras estaban asociadas con mejores resultados, incluyendo menor mortalidad tras infarto agudo de miocardio, mejores resultados financieros, mayor satisfacción del personal y puntuaciones más altas por parte de la agencia supervisora de la calidad. La incorporación de una variable instrumental de tipo político permite establecer causalidad y su sentido: mayor competencia entre hospitales provoca una mejor calidad de la gestión. Aunque existan más formas de mejorar la calidad, como fomentar la elección informada por parte de los usuarios, los hallazgos del trabajo respaldan las políticas de los países que, como Holanda, Alemania, Reino Unido o Noruega, tratan de promover la competencia por comparación.

Sabemos que la garantía de inmortalidad a organizaciones y personas constituye receta infalible para el estancamiento y el embotamiento. La innovación nace en parte de la necesidad. Los derechos hay que garantizarlos, con las oportunas redes sociales de seguridad, pero los privilegios no.

Los servicios sanitarios no se importan, tampoco los beneficios extraordinarios permiten aproximar el grado de competencia y, para acabarlo de arreglar, muchos productores de servicios sanitarios son monopolios naturales. También la FIFA y la Agencia Tributaria, lo que no impide que fuera aconsejable mejorar los mecanismos de asignación de los campeonatos de fútbol, o ajustar los resultados de algunos colectivos profesionales (inspectores de hacienda, pero también profesores de universidad, clínicos, etc.). Y aunque las formas rígidas de organización, inadecuadamente regidas por el derecho administrativo, tenderán a flexibilizarse en los próximos treinta años, no será suficiente para estimular una mejor actuación si, allá donde se pueda, no se introduce una cierta competencia por comparación, lo que no requiere ni de mercados ni de profesión alguna de neoliberalismo.

No se trata ni de competir en precios (sacrificando las calidades que el usuario no percibe) ni de realizar experimentos a prueba de fallos, por el interés del promotor político en que luzcan bien, sino de ir introduciendo la idea de que los recursos que

una organización sanitaria reciba dependerán, de entrada en una mínima parte, de la calidad que ofrezca en relación con sus comparables. La mayor integración, aunque sea virtual, que se precisa para atender a los polipatológicos con limitaciones en las actividades de la vida diaria, disminuirá el número de proveedores sanitarios y la mayor concentración resultante obligará, en ocasiones, a buscar comparadores más lejanos.

Los factores que influyen en la mejora de los resultados clínicos, financieros y la satisfacción del personal, además de la competencia por comparación en calidad, son el tamaño y las habilidades clínicas y gestoras. La asociación entre tamaño (volumen de intervenciones quirúrgicas, procedimientos, etc.) y calidad está bien establecida. Constituye la expresión clínica de las economías de escala y refleja la obviedad de que la maestría en un oficio se adquiere con la práctica, aunque no puede descartarse todavía que la derivación selectiva juegue asimismo un papel. Las habilidades clínicas y gestoras (mejor comunicación, mayor credibilidad y autoridad) –por este orden– explican un mejor comportamiento de las organizaciones sanitarias.

### 3.5. *Impacto de la gestión en los resultados en salud*

Aunque sea únicamente partiendo de estudios británicos y estadounidenses, algo puede decirse del impacto de la gestión –esa que ahora sabe medirse– en los resultados en salud, que hace tiempo vienen midiéndose. De entrada, los *Chief Executive Officers* (CEO) no parecen mejorar el rendimiento de los hospitales ingleses (Janke *et al.*, 2018). Tal vez no tratan tanto de mejorar la eficiencia a medio-largo plazo como de evitar los impactos negativos en la opinión pública que más pudieran preocupar a quienes les han nombrado. Conviene recordar la tremenda inercia profesional y organizativa de los hospitales públicos que difícilmente alterará un CEO «interino».

Por otra parte, los hospitales con las mejores prácticas de gestión ofrecen mayor calidad. En hospitales con órganos de gobierno que miden los resultados clínicos, sus equipos de gestión presentan mejores resultados en gestión de personas, fijación de objetivos, seguimiento de resultados y gestión de operaciones (Tsai *et al.*, 2015).

Se ha constatado también que la utilización de herramientas de gestión modernas (estandarización de procesos, medición de resultados, fijación de objetivos, gestión de incentivos) está correlacionada con una disminución de la mortalidad y la mejora del proceso asistencial en el infarto agudo de miocardio (McConnell *et al.*, 2013 y 2016).

Se han evidenciado, finalmente, aspectos clave en las organizaciones como la comunicación eficaz, la colaboración entre profesionales, la participación del personal, la cultura de resolución de problemas y la innovación, y se han asociado estadísticamente con la disminución de las tasas de mortalidad por infarto agudo de miocardio (Bradley *et al.*, 2012). Estas estrategias no requieren mucha inversión, pero sí nuevas formas de trabajo y organización.

#### 4. Vías de avance en gestión pública

La gestión pública, aunque substantivamente gestión, debe desenvolverse con unas limitaciones impuestas por la responsabilidad fiduciaria que constituye la contrapartida a la excepcionalidad del Estado como organización. En una organización privada, tanto la pertenencia a la organización como la distribución entre las partes de obligaciones y derechos resultan de arreglos contractuales (voluntarios en principio). En el Estado, en cambio, los ciudadanos pertenecen obligatoriamente a la organización, que tiene poderes de coacción ejercitables sin aquiescencia individual. Ello obliga al Estado a un comportamiento fiduciario que impone una serie de limitaciones, convenientes algunas, mitigables otras, bien por la investigación bien por la acción.

##### 4.1. Limitaciones a la gestión pública

- Visibilidad y transparencia, que produce la reacción paradójica de secretismo en el proceso decisional, no siempre justificado por la relevancia estratégica del asunto abordado o por razones de respeto a la confidencialidad de los datos empleados.
- Control jurisdiccional constante.
- Alternancia de gobiernos, que hace más difícil contraer compromisos a largo plazo y que constituye un reflejo tanto de la heterogeneidad de preferencias de los principales (ciudadanos para los políticos, políticos para los organismos públicos, etc.) como de su inconsistencia temporal. En una empresa privada los propietarios exhiben preferencias consistentes y este problema no se presenta.
- Garantismo (más que legalismo), para impedir abusos de autoridad y vulneración de derechos individuales. La preocupación por la profilaxis de la arbitrariedad niega la discrecionalidad (o sea, la posibilidad de desplazarse por una isocuanta).
- Procedimentalismo burocrático que garantice la igualdad de trato (dado que no existe la opción «salida» para los individuos), con todas las ventajas e inconvenientes de la burocracia.
- Múltiples objetivos, impacto en el bienestar desconocido y rendimiento también difícil de apreciar por los problemas de definición y medida de la actividad de la administración.
- Dificultad de establecer mecanismos de competencia por comparación. Si, por ejemplo, solo existe una Agencia Tributaria, no cabe el patrón externo (*benchmarking*), pero sí mecanismos de torneo en el seno de la propia Agencia: léase, rendimiento de unidades comparables ajustado por las variables exógenas que las unidades no controlan (renta, tamaño poblacional, etc.).
- Captura por intereses de burócratas, políticos y *lobbies*.

No todas estas limitaciones han de ser eliminadas, ya que muchas de ellas se derivan precisamente de las razones que llevan al Estado a intervenir: las de aumentar la equidad (pensiones con efectos redistributivos, subsidios familiares, seguros de desempleo, etc.) y las de corregir las disfunciones del mercado. Esta corrección de disfunciones implica: abordar las externalidades (educación básica, protección del medio ambiente, etc.), regular los monopolios, y corregir la información imperfecta (seguros de salud, reglamentación financiera, protección del consumidor) teniendo en cuenta cómo tales disfunciones quedan afectadas por el cambio tecnológico.

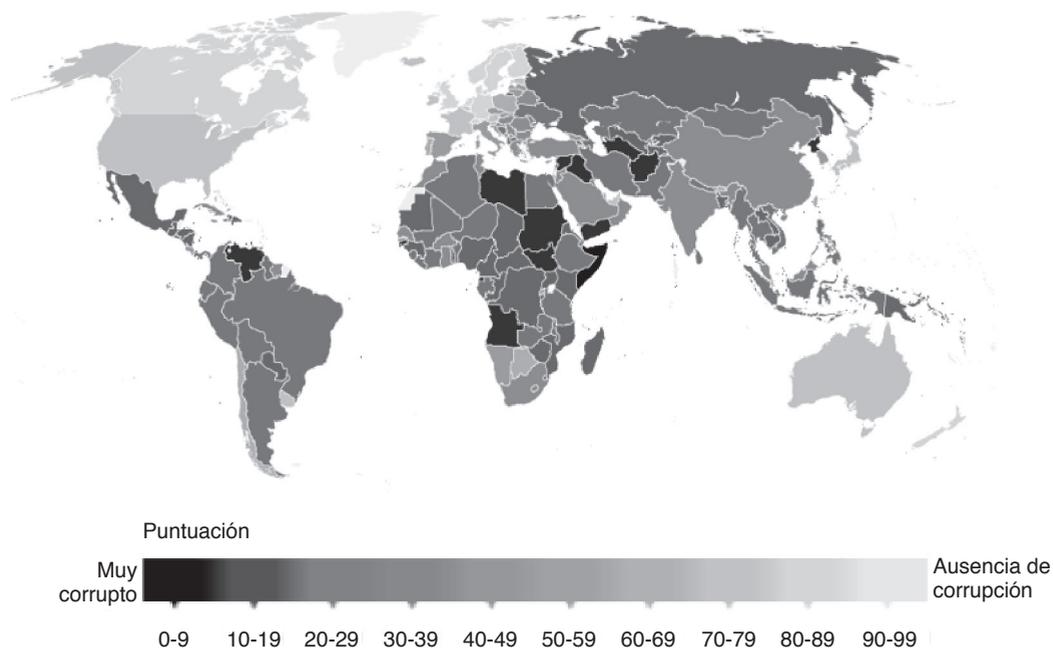
#### 4.2. *El Estado, la calidad de las instituciones, «lo público» en general, recuperados*

Los informes del Banco Mundial de 1996 y 1997 ayudaron a restaurar la importancia del Estado y corregir la trampa ideológica creada por una interpretación completamente errónea de la caída del muro de Berlín: los enormes fallos de la transición de las economías planificadas al mercado. Las economías de Europa Central y del Este revelaron que el correcto funcionamiento de los mercados es solo una condición necesaria pero no suficiente: sin un Estado eficaz, los países fracasan. La realidad y el trabajo académico han ayudado a que el enfoque institucional sea ampliamente aceptado hoy. En resumen, se puede decir que para que una sociedad se desarrolle, es necesario que sus instituciones hagan individualmente atractivo lo que sea socialmente conveniente.

La medida de calidad institucional que ocupa más espacio en los medios de comunicación social es la de *Transparency International*. En ella, España ha pasado de ocupar la posición vigésima en el mundo en año 2000 a la cuadragésimo segunda en 2017, un muy notable descenso en la percepción de corrupción en el sector público por parte de diversos organismos internacionales que intervienen en la elaboración del índice (Figura 2). Otras medidas como el *Rule of Law Index* o el Índice de Imparcialidad de la Universidad de Gotemburgo también devuelven una imagen de cierto deterioro institucional en España.

Muy posiblemente, los indicadores mejor validados, con una trayectoria temporal iniciada en 1996, sean los *Worldwide Governance Indicators* del Banco Mundial, que recogen seis dimensiones de calidad de gobierno: voz y rendición de cuentas; estabilidad política y ausencia de violencia; efectividad gubernativa; calidad regulatoria; imperio de la ley (Estado de derecho); y control de la corrupción. La Figura 3 muestra datos para España entre 1996 y 2016: los intervalos de confianza dificultan sentenciar deterioro salvo que se considere la mejora registrada en otros países. Como reza el refrán: «Camarón que se duerme, se lo lleva la corriente».

**FIGURA 2**  
**ÍNDICE DE PERCEPCIÓN DE CORRUPCIÓN 2017**



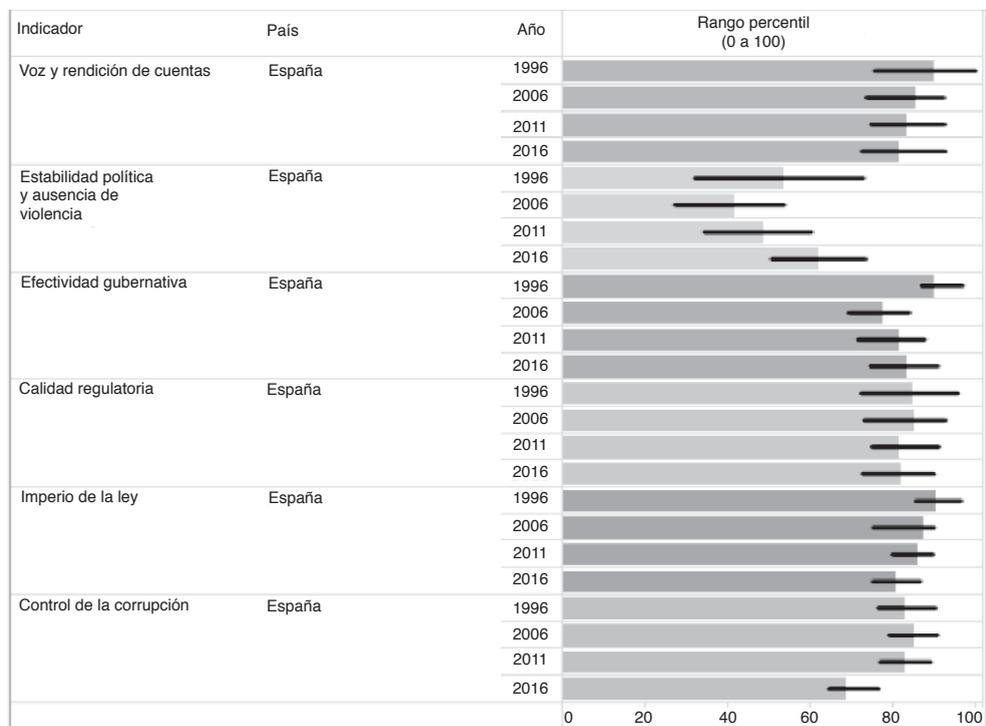
FUENTE: *Transparency International*.

#### 4.3. El deterioro institucional de España

El deterioro institucional en España ha sido en parte un resultado inesperado de la Unión Monetaria de 1999 (el euro), que supuestamente traería ajustes estructurales y reformas institucionales a las economías menos competitivas, cuando ni la devaluación de la moneda ni el déficit público superior al 3 por 100 del producto interno bruto fueran ya permitidos. España ya ha incurrido en inversiones y gastos improductivos, ha sufrido la enfermedad holandesa<sup>7</sup>, la deuda está causando resaca y llevará un tiempo renovar las instituciones españolas (Fernández-Villaverde *et al.*, 2013). El crecimiento español durante la expansión de 1994-2007 se basó en la acumulación de factores más que en las ganancias de productividad. En particular, el crecimiento anual de la productividad total de los factores fue del -0,7 por 100, que es bajo en comparación con otras economías desarrolladas como las de la UE o

<sup>7</sup> En economía, la enfermedad holandesa es la aparente relación causal entre el aumento en el desarrollo económico de un sector específico (por ejemplo, la construcción o el turismo) y una disminución en otros sectores (como el sector manufacturero o la agricultura). A medida que los ingresos aumentan en el sector en crecimiento, la moneda se aprecia en comparación con las monedas de otras naciones. Esto hace que las otras exportaciones de la nación se vuelvan más caras y las importaciones más baratas, lo que hace que esos sectores sean menos competitivos.

**FIGURA 3**  
**INDICADORES DE BUEN GOBIERNO: ESPAÑA, 1996-2016**



FUENTE: *Worldwide Governance Indicators*.

EE. UU. La fuente del crecimiento negativo de la productividad total de los factores parece haber sido el aumento de la mala asignación de los factores de producción entre los distintos sectores económicos, especialmente en industrias en las que la influencia del sector público es mayor (por ejemplo, mediante licencias o regulaciones). Estas industrias más cercanas al sector público experimentaron aumentos significativamente mayores en esa mala asignación (García-Santana *et al.*, 2013).

#### 4.4. Buen gobierno

Es necesario que la población crea en la imparcialidad de las administraciones para que el estado de bienestar se consolide. El capitalismo corrupto, de amiguetes e influencias, arruina esa confianza. Todos los países se enfrentan a un desafío enorme pero bien conocido: ¿Cómo conciliar el capitalismo, el gobierno de unos pocos, con la democracia, el gobierno de muchos? ¿Cómo funcionará el capitalismo democrático?

La democracia no es suficiente para construir un buen gobierno. Según Charron *et al.* (2015), los tres factores que parecen tener el mayor apoyo empírico para

comprender las diferencias en la calidad de la gobernanza entre países son: 1) una gestión pública profesional con una separación estricta entre las carreras de políticos y funcionarios; 2) descentralización y autonomía en la gestión de los recursos humanos, y 3) transparencia, entendida como el acceso a la información pública (sin publicidad ni ocultando los malos resultados) y libertad de prensa.

El buen gobierno público debe garantizar una acción justa por medio de instituciones gubernamentales imparciales (Holmberg *et al.*, 2012). Cuando los recursos públicos se malbaratan entre la corrupción y el amiguismo, en lugar de utilizar criterios objetivos (como la mejora en la calidad del aire o los puntajes de alfabetización y aritmética obtenidos por los estudiantes en diferentes escuelas), los ciudadanos se muestran más reacios a favorecer las políticas de bienestar con independencia de cuánto les beneficien.

Parece que la participación en los procesos de toma de decisiones sociales afecta al bienestar de las personas, y que afecta más la propia participación en el proceso que los resultados de este proceso: los inmigrantes sin derecho a voto en Suiza, por ejemplo, se benefician de los resultados, pero no de la participación en el proceso.

Los intentos de mejora de la calidad de gobierno conocen dos aproximaciones diferentes: la legal y la «económica».

1. *Enfoque legal*. Diseño de leyes, procedimientos, mecanismos de inspección y de penalización. Problemas:

- Demasiado énfasis en los controles *ex ante* que reducen una discrecionalidad conveniente si va acompañada de responsabilidad.
- Los mecanismos de inspección son costosos, lo que ocasiona una baja probabilidad de detección
- Lentitud de la justicia, que transmite sensación de impunidad.
- Las penalizaciones sociales resultan más efectivas que las derivadas de la aplicación de la ley, pero los factores culturales tienen inercia y no son fácilmente modificables.
- La corrupción es una trampa. Cuando hay mucha, la sociedad no la ve tan mal, lo que está en el origen, a su vez, de mucha corrupción, lo que constituye un círculo vicioso.

2. *Enfoque económico*. Incentivos, transparencia y competencia.

- Buena gestión pública. Exige un servicio funcional meritocrático con salarios adecuados y decisiones alejadas de los grupos de influencia.
- La transparencia (sobre financiación pública, resultados, etc.) requiere participación de la sociedad en la gestión gubernamental, libertad de información, prensa independiente, cultura democrática y participativa.

- Con transparencia, la competencia es un arma potente para reducir la corrupción. Los gestores de las instituciones/empresas mal gestionadas (ineficientes o corruptas) son reemplazados, lo que genera incentivos *ex ante* a una buena administración.

Ha llegado el momento de introducir en España, con un horizonte de 30 años, la idea y práctica de la competencia por comparación en calidad (universidades, centros educativos, centros sanitarios, etc.) sin la necesidad de mercados. No habrá mejor gestión pública sin una mejor política, una mejor gobernanza, un concepto que incluya la revisión del financiamiento de los partidos políticos, la responsabilidad, la resolución de conflictos de intereses y la profesionalización e independencia de las funciones ejecutivas del sistema (Callejón *et al.*, 2018).

Ciertamente, los valores sociales en España, basados en la encuesta de la Fundación BBVA<sup>8</sup>, respaldan las nociones de mérito o competencia mucho menos que en otros países europeos, y habrá que hacer algo para que España madure como sociedad. Es posible que se desee informar sobre los costos, el rendimiento y la calidad de los servicios financiados con fondos públicos y alentar la conciencia de los impuestos y las cotizaciones que se pagan (bastante ocultos hoy) para favorecer el interés de la ciudadanía por los asuntos colectivos.

#### 4.5. *La mejora de la gestión pública en España*

España tiene un problema con su gestión pública. Será muy difícil mejorar la gestión pública o introducir reformas que aumenten significativamente nuestra productividad sin una mejora en la calidad de la política y las instituciones que la condicionan. Los requisitos para un mejor gobierno del Estado son tan conocidos como ignorados: proteger el financiamiento de los partidos políticos limitando los gastos y controlando las contribuciones privadas; racionalizar las regulaciones electorales para acercarse al cumplimiento del principio de «una persona, un voto»; e independencia de los medios de comunicación públicos. Solo un Estado efectivo que facilite el tipo de instituciones transparentes e imparciales de países como los escandinavos (o muchos países de Europa Central) permitirá que España se fortalezca después de la crisis. Los partidos políticos juegan un papel irremplazable en todos los sistemas democráticos. A diferencia de lo que sucede en otras democracias avanzadas, en España el marco legal vigente no facilita la depuración de los partidos, aunque esto se ha revelado durante mucho tiempo como necesario. Los partidos españoles son autorregulados: los congresos y los órganos rectores se reúnen cuando es aconsejable para sus líderes; el método usual para seleccionar posiciones internas y candidatos para puestos representativos es la cooptación; y los organismos de control están

---

<sup>8</sup> Fundación BBVA. Estudio internacional *Values and Worldviews*, 2013. [http://www.observatorio.religion.es/upload/39/47/Estudio\\_Fundacion\\_BBVA\\_sobre\\_estilos\\_de\\_vida\\_valores\\_y\\_creencias.pdf](http://www.observatorio.religion.es/upload/39/47/Estudio_Fundacion_BBVA_sobre_estilos_de_vida_valores_y_creencias.pdf).

fuertemente politizados. En las democracias constitucionalmente más avanzadas, los partidos están fuertemente regulados por la ley o, como en el caso británico, por la costumbre. En todos los países hay corrupción política, pero la democracia interna en los partidos políticos, la competencia entre aquellos que son líderes y aquellos que aspiran a serlo, y la obligación de transparencia impuesta por la ley permiten que los políticos corruptos sean rápidamente destituidos. En España esto no sucede, y la corrupción crece, debilita la acción gubernamental en una coyuntura crítica, provoca el descontento de los ciudadanos y termina provocando una grave crisis para la politización y la pérdida de eficiencia de las instituciones estatales. Hay aún más. El método de cooptación, repetido una y otra vez, es un método de selección adverso que acaba promoviendo a los menos críticos y menos capaces a los lugares de responsabilidad. Parece urgente desarrollar una nueva ley de partidos políticos, a fin de regular su actividad, garantizar su democracia interna, mejorar la transparencia y control de la financiación, y acercar la política a los ciudadanos. Esta es una condición necesaria para poder lanzar una reforma institucional mucho más amplia con garantías razonables que deberían incluir, entre otras, la reforma de la justicia, la regulación de los *lobbies* y la separación estricta de las posiciones políticas y administrativas para garantizar la independencia y el profesionalismo de la función pública. Las reglas básicas que debe reunir esta nueva ley son muy comunes en las democracias europeas.

Una mejora en la calidad de la política permitirá actuar sobre los factores que directamente contribuyen a la buena gobernanza y que se presentan como vulnerables al no resultar, como mínimo en apariencia, de una larga evolución histórica.

## 5. Vías de avance en gestión sanitaria

### 5.1. Financiación pública

Para que el acceso a los servicios sanitarios dependa de la necesidad clínica y sanitaria, la práctica totalidad de los países desarrollados del mundo optan por su financiación pública<sup>9</sup>: aseguramiento universal y obligatorio contribuyendo según capacidad ante la inviabilidad de la solución *coasiana* –el aseguramiento voluntario de colectivos– por la concentración del gasto en colectivos deprimidos. Lo que parece manifestar unos valores de equidad tiene también una justificación en términos de eficiencia, dado que, si se quiere obtener la máxima cantidad y calidad de vida con los recursos disponibles, hay que dejar las extravagancias de lado para centrarse en lo clínicamente efectivo. Siempre cabrá satisfacer caprichos según la capacidad y voluntad de pagar individualmente por los mismos.

---

<sup>9</sup> «An affordable necessity. Both in poor and rich countries, universal health care brings huge benefits». *The Economist*, 28 abril 2018.

La salud de la población es tanto un instrumento como un indicador de desarrollo. Su financiación pública tendrá éxito en la medida en que se actúe sobre los determinantes sociales con una perspectiva de salud pública y huyendo de las rigideces que los grupos de interés, industriales, corporativos y profesionales introducen (Bloom *et al.*, 2018). Por otra parte, en España la mayor financiación pública no ha de suponer revisión de tipos pero sí eliminación de beneficios fiscales (IRPF e IVA), actuación en impuestos especiales, particularmente introduciéndolo sobre las bebidas azucaradas, y un mayor uso de precios públicos. Además, la armonía social y el individualismo encauzado aconsejan, como recomienda el *World Inequality Report* 2018, progresividad impositiva, registro global en el que conste la propiedad de los activos financieros (antídoto del lavado de capitales, la evasión fiscal y la creciente desigualdad), y mejor acceso a la educación (y a ocupaciones bien remuneradas).

## 5.2. *Hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente*

La conquista de la Humanidad llamada estado de bienestar puede consolidarse en España, incluida su joya de la corona, la atención sanitaria, con ligeros retoques, por un lado, que lo hagan más parecido a los estados de bienestar nórdicos y del centro de Europa y, por otro, adoptando medidas que la realidad y numerosos dictámenes reclaman. Entre otras:

- Recuperar la planificación (esa competencia para autorizar aberturas, modificaciones o cierres de instalación sanitaria), que al dimensionar la oferta humana y física condiciona en altísimo grado la utilización del futuro. Esto es, se precisa una auténtica gestión de la utilización.
- Hacer efectivo el factor de sostenibilidad que regule la composición de la cartera de servicios sanitaria según coste-efectividad e impacto presupuestario tal como hacen los países europeos con más poder adquisitivo (y con un estado de bienestar más consolidado).

La práctica clínica se adapta a la oferta disponible en cuanto a medios a disposición y cartera de servicios establecidos, como repetidas veces se ha mostrado desde la famosa «historia de dos ciudades»: Boston y New Haven. La práctica clínica, por otra parte, como principal asignadora de recursos sanitarios –en decisiones diagnósticas y terapéuticas–, contiene la clave para que un sistema sanitario financiado públicamente sea deseable para los ciudadanos votantes (Peiró, 2003): que sea solvente, que tenga capacidad resolutoria, lo que implica, con recursos limitados, tanto eliminar el exceso de la utilización inadecuada, de la sobreutilización y de la infrautilización –un tercio del gasto sanitario en EE. UU.– (Institute of Medicine, 2010), como reducir la brecha entre la eficacia (lo que idealmente podría conseguirse) y la efectividad (lo que realmente se está consiguiendo).

Hacer individualmente atractivo para los clínicos una mejora continua de su práctica aconseja posibilitar la existencia de organizaciones con autonomía de gestión, que reciban una parte de sus presupuestos en función de resultados –ajustando por todo lo que hay que ajustar– en un entorno de competencia por comparación en calidad, para lo que se precisa una mejor política que permita una mejor gestión pública (Meneu y Ortún, 2014).

## Referencias bibliográficas

- [1] ARRUÑADA, B. (1994). «La estructura contractual de la empresa». En R. Febrero (ed.), *Qué es la Economía*. Madrid, Pirámide, 583-615.
- [2] BLOOM, D.; KHOURY, A. y SUBBARAMAN, N. (2018). «The promise and peril of universal health care». *Science* 361, eaat9644. DOI: 10.1126/science.aat9644
- [3] BLOOM, M.; PROPPER, C.; SEILER, S. y REENEN, J. (2015). «The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals». *Review of Economic Studies*, 82, 457-489.
- [4] BLOOM, N.; GENAKOS, C.; SADUN, R. y REENEN, J. (2012). «Management practices across firms and countries». *NBER Working Paper* No. 17850, Cambridge, Massachusetts.
- [5] BRADLEY, E. H.; CURRY, L. A. y SPATZ, E. S. *et al.* (2012). «Hospital strategies for reducing risk-standardized mortality rates in acute myocardial infarction». *Annals of Internal Medicine*, 156 (9), 618-626.
- [6] BRUGUÉS, A.; PERIS, A.; PAVÓN, F.; MATEO, E.; GASCÓN, J. y FLORES, G. (2016). «Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria». *Atención Primaria*, 48 (3), 159-165.
- [7] CALLEJÓN, M.; CAMPILLO-ARTERO, C. y ORTÚN, V. (2018). «Deciding on public programs: prioritisation and governance». En J. del Llano y S Peiró (dirs.), *Prioritising Health Services or Muddling Through*. Madrid, Springer Healthcare, 1-22.
- [8] CHANDLER, A. (1990). *Scale and Scope. The Dynamics of Industrial Capitalism*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- [9] CHARRON, N.; DIJKSTRA, L. y LAPUENTE, V. (2015). «Mapping the Regional Divide in Europe: A measure for assessing quality of government in 206 European Regions». *Soc. Indic. Res.*, 122, 315-346.
- [10] CUTLER, D.M. y McCLELLAN, M. (2001). «Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs* (Milwood), 2001, 3. 11-29.
- [11] ESTEBAN, F.; GARCÍA, M. y SANZ, R. *et al.* (2012). «Resultados de la implantación de un protocolo de fast-track en una unidad de cirugía colorrectal: estudio comparativo». *Cirugía Española*, 90, 434-9.
- [12] FERNÁNDEZ-VILLAVERDE, J.; GARICANO, L. y SANTOS, T. (2013). «Political credit cycles. The case of the Eurozone». *Journal of Economic Perspectives*, 27 (3), 145-66.
- [13] FOGEL, R. (1994). «Economic growth, population theory and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy». *American Economic Review*, 84 (3), 369-395.

- [14] GARCÍA-ALTÉS, A.; SUELVES, J. M. y BARBERÍA, E. (2013). «Cost savings associated with 10 years of road safety policies in Catalonia, Spain». *Bull. World Health Organ.*, 91 (1), 28-35.
- [15] GARCÍA-ALTÉS, A.; PINILLA, J. y MARÍ-DELL'OLMO, M. *et al.* (2015). «Economic Impact of Smoke-Free Legislation: Did the Spanish Tobacco Control Law Affect the Economic Activity of Bars and Restaurants?». *Nicotine Tob. Res.*, 17 (11), 1397-400.
- [16] GARCÍA-ALTÉS, A.; COLLS, C.; ABILLEIRA, S. y GALLOFRÉ, M. (2016). «L'avaluació de polítiques públiques en l'àmbit sanitari: la millora de l'atenció a l'ictus a Catalunya com a exemple». *Nota d'Economia*, 102, 164-74.
- [17] GARCÍA-SANTANA, M.; MORAL-BENITO, E.; PIJOAN-MAS, J. y RAMOS, R. (2013). «Growing like Spain: 1995-2007». Madrid, Banco de España, *Working Paper* No. 1609.
- [18] GIL-EGEA, M. J.; MARTÍNEZ, M. A. y SÁNCHEZ, M. *et al.* (2008). «Rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal electiva. Elaboración de una vía clínica y resultados iniciales». *Cirugía Española*, 84, 251-5.
- [19] HERNÁNDEZ-AGUADO, I. (2018). «Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes». *Cuadernos Económicos de ICE*.
- [20] HOLMBERG, S. y ROTHSTEIN, B. (2012). *Good Government: The Relevance of Political Science*. Cheltenham, Reino Unido, Edgar Elgar.
- [21] INSTITUTE OF MEDICINE (2010). *The Health Care Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes*. Washington DC: National Academies Press.
- [22] JANKE, K.; PROPPER, C. y SADUN, R. (2018). «The Impact of CEOs in the Public Sector: Evidence from the English NHS». *Working Paper* 18-075. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business School.
- [23] KAY, J. (1993). *The foundations of corporate success*. Oxford University Press.
- [24] LÓPEZ RODÓ, L. (1958). «La reforma administrativa en España». *Revista de Documentación Administrativa*, 1, 5-14.
- [25] MANCHÓN-WALSH, P.; ESPINÀS, J. A.; PRADES, J.; TORRENTS, A.; ALISTE, L. y POZUELO, A. *et al.* (2017). «Avaluació dels resultats de la concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització a Catalunya: una actualització en què s'inclou el període 2014-2015». *Monogràfics de la Central de Resultats*, núm. 28. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral\\_resultats/informes/fitxers\\_estatics/MONOGRAFIC\\_28\\_concentraciocirurgia\\_CdR.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentral_resultats/informes/fitxers_estatics/MONOGRAFIC_28_concentraciocirurgia_CdR.pdf).
- [26] McCONNELL, K. J.; LINDROOTH, R. C.; WHOLEY, D. R.; MADDOX, T. M. y BLOOM, N. (2013). «Management practices and the quality of care in cardiac units». *JAMA Intern. Med.*, 173 (8), 684-692.
- [27] McCONNELL, K. J.; LINDROOTH, R. C.; WHOLEY, D. R.; MADDOX, T. M. y BLOOM, N. (2016). «Modern management practices and hospital admissions». *Health Economics*, 25 (4), 470-85.
- [28] McKEOWN T. (1976). *The modern rise of population*. Nueva York, Academic Press.
- [29] MENEU, R.; ORTÚN, V. y RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*. Barcelona, Masson.
- [30] MENEU, R. y ORTÚN, V. (2014). «Del buen gobierno y nuestras instituciones». *Economía y Salud. Boletín Informativo*, 80. <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=21&idN=1312>.

- [31] MILGROM, P. y ROBERTS, J. (1992). *Economics, Organizations and Management*. Pearson.
- [32] NOVOA, A. M.; PÉREZ, K. y SANTAMARIÑA-RUBIO, E. *et al.* (2010a). «Effectiveness of speed enforcement through fixed speed cameras: a time series study». *Inj. Prev.*, 16 (1), 12-6.
- [33] NOVOA, A. M.; PÉREZ, K.; SANTAMARIÑA-RUBIO, E. *et al.* (2010b). «Impact of the penalty points system on road traffic injuries in Spain: a time-series study». *Am. J. Public Health*, 100 (11), 2220-7.
- [34] NOVOA, A. M.; PÉREZ, K. Y SANTAMARIÑA-RUBIO, E. *et al.* (2011). «Road safety in the political agenda: the impact on road traffic injuries». *J. Epidemiol. Community Health*, 65 (3), 218-25.
- [35] PEIRÓ, S. «De la gestión de lo complementario a la atención integral de la atención a la salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad». En. V. Ortún (dir.), *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson-Elsevier, 17-87.
- [36] PINILLA, J. (2017). *¿Cómo legislar para promover la salud pública? Los casos del tabaco y los accidentes de tráfico*. Observatorio Social de “la Caixa”. [https://observatoriosociallacaixa.org/-/como-legislar-para-promover-la-salud-publica\\_los-casos-del-tabaco-y-los-accidentes-de-trafico](https://observatoriosociallacaixa.org/-/como-legislar-para-promover-la-salud-publica_los-casos-del-tabaco-y-los-accidentes-de-trafico).
- [37] PONS, J. M. V. (2010). «Innovación en el sector salud». *Medicina Clínica*, 135 (15), 697-699.
- [38] TAFUNELL, X. y CARRERAS, A. (2010). *Historia económica de la España contemporánea 1789-2009*. Madrid, Ed. Crítica.
- [39] TSAI, T.; JHA, A.; GAWANDE, A.; HUCKMAN, R.; BLOOM, N. y SADUN, R. (2015). «Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics». *Health Affairs*, 34 (8), 1304-1311.
- [40] VIDAL-ALABALL, J.; ÁLAMO-JUNQUERA, D.; LÓPEZ-AGUILÁ, S. y GARCÍA-ALTÉS A. (2015). «Evaluación del impacto de la teledermatología en la disminución de la lista de espera en la comarca del Bages 2009-2012». *Atención Primaria*, 47 (5), 320-321.



# La atención especializada del Sistema Nacional de Salud durante la Gran Recesión. Gasto, utilización y variabilidad en el periodo 2004-2015

Salvador Peiró\*  
Manuel Ridao\*

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO)

## **Resumen**

*Reducir las variaciones en la práctica médica (VPM) es un objetivo implícito de los sistemas sanitarios financiados públicamente. En este trabajo se describe la evolución del gasto hospitalario y las hospitalizaciones en el Sistema Nacional de Salud (SNS), totales y por determinadas condiciones características de atención efectiva, discrecional y sensible a la oferta, durante los periodos 2004-2009 y 2010-2015, analizando sus tendencias y variabilidad entre áreas de salud. Durante 2010-2015, el SNS incrementó notablemente su eficiencia a expensas de incrementar su actividad y la complejidad de su casuística mientras se mantenía estabilizado el gasto global, pero no se redujo la variabilidad en utilización y gasto entre áreas de salud.*

**Palabras clave:** utilización hospitalaria, gasto hospitalario, variaciones en la práctica médica.

**Clasificación JEL:** H51, I11, I12.

## **Abstract**

*Reducing medical practice variation is an implicit objective of publicly funded healthcare systems. This paper describes hospital expenditure and hospitalization evolution in the Spanish National Health System (SNS), total and by certain characteristic conditions of effective, discretionary and supply-sensitive care, during the period 2004-2009 and 2010-2015, analyzing their trends and variability between health areas. During 2010-2015, the SNS notably increased its efficiency at the expense of increasing its activity and case-mix complexity while global spending was stabilized, although unwarranted variations between health areas did not decrease.*

**Keywords:** hospital utilization, hospital expenditure, medical practice variations.

**JEL classification:** H51, I11, I12.

---

\* Los autores pertenecen al Grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud y a la Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) y, en el caso de Manuel Ridao, al Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

## 1. Introducción

Cuántas veces, cuándo, por qué motivos o por cuánto tiempo las personas son hospitalizadas o tratadas, qué pruebas diagnósticas y qué tratamientos reciben, a qué coste y qué resultados obtienen en términos de supervivencia y calidad de vida son cuestiones críticas para cualquier sistema sanitario. Es llamativo que la respuesta a estas preguntas parece depender más del lugar en que las personas residen que de cuán enfermas están (Peiró y Maynard, 2015). A nivel poblacional, la geografía –antes que la morbilidad– es el principal determinante de la utilización de servicios sanitarios (sean intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas, visitas a urgencias o a consulta, tratamientos farmacológicos u otros numerarios de utilización) y del gasto en salud. Y, al contrario de lo que sería esperable, al menos en los países desarrollados, los territorios con mayor utilización o mayor gasto sanitario no parecen alcanzar mejores resultados en salud (Fisher *et al.*, 2003a; 2003b).

Las variaciones «injustificadas» (*unwarranted variations*) en la práctica médica (VPM) han sido definidas como aquellas variaciones que no pueden ser explicadas por diferencias en la prevalencia de enfermedad, la evidencia científica o las preferencias de los pacientes (Wennberg, 2010). Desde los trabajos iniciales de Wennberg y colegas (Wennberg y Gittelshon, 1973, 1982; Wennberg *et al.*, 1982) numerosos estudios en prácticamente todos los países desarrollados han demostrado la presencia de notables variaciones injustificadas en la práctica médica (Corallo *et al.*, 2014), incluidos los países que cuentan con sistemas de atención tipo *National Health Service* como Reino Unido (NHS England, 2018) o España (Atlas VPM, 2018; Bernál-Delegado *et al.*, 2014).

Los hallazgos cardinales de estas investigaciones muestran que las VPM son extensas, sistemáticas (no debidas al azar), persistentes en el tiempo, apenas atenuadas tras ajustar por diferencias socio-demográficas, y sin correlación entre el gasto y la calidad de la atención (Sirovich *et al.*, 2006). Más allá de la preocupación por el despilfarro o las posibles desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, el mensaje más desconcertante de las VPM es que los profesionales sanitarios tratan de forma muy diferente a pacientes muy similares, quebrando la creencia tradicional de que aplican de forma uniforme un tratamiento inequívocamente apropiado («científico», «basado en la evidencia») a los mismos problemas de salud (Peiró y Maynard, 2015).

Durante la Gran Recesión, el Sistema Nacional de Salud español (SNS) estuvo sujeto a importantes presiones presupuestarias. Según la *Estadística de Gasto Sanitario Público* publicada por el Ministerio de Sanidad (MSBCS, 2018), el gasto sanitario total (en euros corrientes) creció desde 38,6 millones de euros en 2002 hasta 70,7 millones de euros en 2009, iniciando un descenso en 2010 (año que puede considerarse el inicio de la reducción presupuestaria en sanidad) hasta los 61,9 millones de euros de 2014 (reducción de algo más del 12 por 100 respecto a 2009), volviendo a la senda ascendente en 2015 para situarse en 2016 en 66,7 millones de euros, una cifra similar a la de 2008. Aunque el descenso fue menos acusado en la atención especializada (término que incluye la atención hospitalaria de cualquier

tipo y la atención especializada extrahospitalaria) que en la atención primaria o en la salud pública, un reciente trabajo señalaba que el gasto por habitante en el SNS creció desde 441 euros en 2003 hasta 643 euros en 2009, para caer hasta 576 euros en 2013 e iniciar un nuevo ascenso hasta igualar en 2015 las cifras de 2009 (cifras en euros constantes de 2003; Ridaio-López *et al.*, 2018). Ese mismo trabajo también sugería que la variabilidad en gasto en atención especializada por habitante entre las áreas de salud del SNS creció durante la reciente crisis económica.

Fisher y Wennberg (2003) desarrollaron una taxonomía de las tecnologías e intervenciones sanitarias en función de las causas atribuibles a su variabilidad y sus implicaciones. La «atención efectiva» incluiría aquellas intervenciones o tratamientos para los que existe una sólida evidencia científica de su eficacia en una condición clínica concreta. Este tipo de intervenciones mostrarían una variabilidad reducida sugiriendo una posible subutilización en las áreas de menor consumo (los pacientes candidatos no recibirían un servicio sanitario que sería efectivo en su situación). Ejemplos arquetípicos de atención efectiva serían la hospitalización por fractura de cadera o por apendicitis aguda. La «atención discrecional» o «sensible a las preferencias de los pacientes» sería aquella para la que se dispone de evidencia inconcluyente o los posibles cursos de acción se asocian a diferentes resultados con un amplio espacio para que pacientes distintos elijan razonablemente alternativas diferentes en función de sus preferencias. Las VPM en estos casos son difíciles de interpretar, pero tenderían a indicar un escaso ajuste de los profesionales sanitarios a las preferencias de los pacientes. La literatura suele ejemplificarlos con procedimientos de cirugía electiva como la colecistectomía o la artroplastia de rodilla. La «atención sensible a la oferta» correspondería a tecnologías o servicios caracterizados por la escasez de evidencias sobre su valor en circunstancias clínicas concretas, con importantes discrepancias sobre su indicación y que presentan tasas de utilización asociadas positivamente a la disponibilidad de recursos. Las VPM en este último caso sugerirían sobreutilización de servicios sanitarios (Peiró *et al.*, 2005) y los arquetipos serían la amigdalectomía o las hospitalizaciones por condiciones potencialmente evitables.

Aunque no es posible establecer una tasa «idónea» de utilización de servicios sanitarios (Frohlich, Roos, 1982), reducir las VPM –especialmente las que se deben a sub y sobreutilización– es un objetivo implícito de los sistemas sanitarios financiados públicamente y uno de sus indicadores de calidad más relevantes (Wennberg, 2011). El objetivo de este trabajo es describir la evolución del gasto hospitalario y las hospitalizaciones en el SNS, totales y por determinadas condiciones características de atención efectiva, discrecional y sensible a la oferta, durante los periodos 2004-2009 y 2010-2015 (seis años antes y seis años después del inicio del impacto de la Gran Recesión sobre el SNS que, orientándose por la primera reducción en los presupuestos sanitarios, se ha situado en 2010).

## 2. Población y métodos

### 2.1. *Diseño*

Estudio poblacional (ecológico), descriptivo del gasto en atención especializada y las tasas de ingresos hospitalarios, totales y por seis condiciones seleccionadas, en las áreas de salud del SNS.

### 2.2. *Población y ámbito*

Todas las áreas de salud del SNS ( $n = 203$ ) excepto las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La mayor parte de estas áreas de salud cuentan con una población de entre 150.000 y 250.000 residentes servidos por un hospital de la red del SNS y las consultas externas y centros de especialidades dependientes del mismo. La atención primaria se organiza en Zonas Básicas de Salud, en su mayor parte entre 5.000 y 25.000 residentes, que se suman territorialmente para configurar el área de salud. Debido a sus características organizativas (planificación geográfica, escasas barreras de accesibilidad y ausencia de incentivos económicos a los proveedores), los pacientes reciben la mayor parte de la atención no terciaria en su área de salud de residencia. Los criterios de selección para las poblaciones incluidas en los diversos análisis (todos los ingresos, ingresos por apendicectomía, fractura de cadera en personas de 50 y más años, colecistectomías en personas de 20 y más años, artroplastia de rodilla en personas de 45 y más años, amigdalectomía con o sin adenoidectomía en personas de menos de 20 años y hospitalizaciones potencialmente evitables en personas de 40 y más años) se recogen en el Anexo.

### 2.3. *Fuentes de datos*

Los datos demográficos proceden de los censos municipales mantenidos por el Instituto Nacional de Estadística que fueron agregados por áreas de salud. Los datos de hospitalizaciones proceden del Proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud que, a su vez, proceden del Conjunto Mínimo de Datos Básicos al Alta Hospitalaria de los servicios regionales de salud de las diferentes Comunidades Autónomas, y fueron cedidos ya agrupados por áreas de salud y grupos etarios. Los datos de gasto, también agregados por áreas de salud, proceden de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada (ECSAP) para 2010-2015, y de la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI) hasta 2010 (La EESRI fue reformada ese año para incorporar la actividad y gasto de los centros de especialidades extrahospitalarios y transformada en la ECSAP).

## 2.4. Variables y definiciones

Se utilizaron las siguientes variables y definiciones:

- Gasto en atención especializada (o gasto hospitalario): sumatorio del gasto anual consolidado de los hospitales del SNS y centros de especialidades asociados. Los términos «atención especializada» y «hospitalario» se utilizan como sinónimos en todo el texto, y siempre incluyen la atención especializada bajo ingreso y externa. Cuando se divide entre el número de habitantes ofrece el gasto hospitalario por habitante.
- Hospitalización: episodios de ingreso hospitalarios para la atención de pacientes y episodios de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Una misma persona puede tener varios episodios al año. Cuando se divide entre el número de habitantes, se presenta como tasa de hospitalización por 100 habitantes, también llamada tasa de frecuentación hospitalaria. Cuando se refiere a procedimientos específicos se emplearon tasas por 10.000 habitantes.
- Razón de variación (RV). Razón de gasto hospitalario por habitante (o de ingresos hospitalarios por habitante) entre las áreas de salud con mayor y menor gasto por habitante (o mayor y menor tasa de hospitalización). Para limitar el efecto de algunos valores *outlier* se utilizan los valores de las áreas de salud en los percentiles 95 (P95) y 5 (P5). Se utiliza como indicador grosero de variabilidad. Una RV5-95 de, por ejemplo, 4 se interpreta como que el área en el P95 tiene un gasto por habitante cuatro veces mayor –o un 300 por 100 mayor- que el área de salud en el P5 (Librero *et al.*, 2009).
- Componente Sistemático de la Variación (CSV): mide la variación de la desviación entre la tasa observada y esperada, expresada como porcentaje de la tasa esperada. Es una medida derivada a partir de un modelo que reconoce dos fuentes de variación: variación sistemática (diferencia entre áreas) y variación aleatoria (diferencia dentro de cada área). A mayor CSV mayor variación sistemática (no esperable por azar).

## 2.5. Aspectos éticos

El estudio –observacional, utilizando las áreas de salud como unidad de análisis y realizado con datos retrospectivos previamente anonimizados de forma irreversible y transferidos a los investigadores ya agrupados por áreas de salud y grupos etarios– no utilizó datos personales identificados o identificables y, conforme a las regulaciones españolas e internacionales, no requiere aprobación por un Comité de Ética de Investigación.

## 2.6. Análisis

En primer lugar, se describió la evolución anual de la población (en millones de habitantes), gasto hospitalario total (en millones de euros, sin deflactor) y volumen de ingresos hospitalarios (en millones de ingresos) y se utilizaron regresiones lineales segmentadas para comparar las tendencias de crecimiento entre los sexenios 2004-2009 (que se considera previo al impacto de la Gran Recesión en el sector salud) y 2010-2015 (periodo de recesión). Los valores de  $p$  en la sección de resultados corresponden a la significación estadística del cambio de tendencia respecto a la del periodo previo. El punto de corte se fijó en 2010 considerando que hasta este año –y pese a lo avanzado de la crisis económica– el gasto sanitario público no había sufrido recortes sustantivos y continuaba creciendo a un ritmo ajeno al de otros sectores ya muy afectados por la Gran Recesión. También se analizó el porcentaje de actividad (ingresos hospitalarios) realizados para actividad obstétrica.

En segundo lugar, se analizó la evolución anual del gasto hospitalario por habitante y de las tasas de hospitalización y la variabilidad de ambas variables entre áreas de salud. Para calcular estos parámetros se utilizó el gasto corriente y las tasas de hospitalización crudas (sin estandarizar por edad y sexo) del correspondiente año. Para el análisis de variaciones se utilizó la RV5-95. Al igual que en el caso anterior se utilizaron modelos de regresión segmentada para identificar cambios en la tendencia de crecimiento entre los dos sexenios. En estos análisis los pacientes fueron contabilizados en su área de residencia (no necesariamente la del hospital donde recibieron atención). Secundariamente se utilizó el test de Pearson para analizar las correlaciones bivariantes entre las tasas de frecuentación en los diferentes años y el gasto por habitante en los diferentes años.

Finalmente se analizó la variabilidad en las tasas de hospitalización estandarizadas por edad y sexo para las condiciones previamente descritas. La estandarización se realizó por el método indirecto respecto a la distribución por grupos quinquenales de edad y sexo de la población española de 2003 y las tasas resultantes pueden interpretarse como las tasas de hospitalización que habrían tenido las diferentes áreas de salud en el respectivo año si hubieran tenido una población con una distribución por edad y sexo similar a la del conjunto de la población española de 2003.

## 3. Resultados

Durante el periodo 2004-2009, la población española creció de 43,1 a 46,6 millones de habitantes (incremento del 8 por 100), y continuó creciendo hasta 2012 para descender a partir de esa fecha y situarse en los 46,5 millones de habitantes en 2015, con un sustancial incremento de los mayores de 65 años (de 7,3 a 8,6 millones de personas, incremento del 18 por 100). La regresión segmentada muestra que el crecimiento poblacional se produjo sobre todo en el periodo 2004-2009 (incremento medio de 0,69 millones de habitantes/año;  $p < 0,001$ ), mientras que la tendencia cambió en el periodo 2010-2015 ( $-0,79$  millones/año respecto a la pendiente del

sexenio previo;  $p < 0,001$ ), lo que se tradujo en un estancamiento del crecimiento durante este segundo periodo (Cuadro 1 y Gráfico 1).

El gasto en atención especializada del SNS creció desde 20.573 millones de euros en 2004 hasta 35.089 millones de euros en 2011 (incremento del 71 por 100), para descender por debajo de los 34.000 millones de euros de 2012 a 2014 y ascender de nuevo hasta los 36.112 millones de euros en 2015. El modelo de regresión segmentada muestra que durante 2004-2009 el gasto hospitalario total creció a una media de 2.722 millones de euros/año ( $p < 0,001$ ), para invertir esta tendencia en 2010-2015 (-2.578 millones de euros/año respecto a la tendencia del periodo 2004-2009;  $p < 0,001$ ), con el resultado de una tendencia de crecimiento prácticamente estanca en este segundo periodo (Gráfico 1).

El número total de altas de hospitalización creció desde 4,13 millones en 2004 a 5,22 millones en 2015 (incremento del 26 por 100). Este incremento sería algo mayor (en torno al 32 por 100) si se excluyen las altas obstétricas, un aspecto relevante ya que la natalidad descendió ostensiblemente durante la Gran Recesión y la actividad obstétrica supone una parte muy importante de la actividad hospitalaria (el 11,6 por 100 en 2004 frente al 7,6 por 100 en 2015). El crecimiento medio anual del periodo 2004-2009 fue de 0,12 ingresos por 100 habitantes ( $p < 0,001$ ), tendencia que se modifica durante 2010-2015, con una reducción de 0,05 ingresos/100 habitantes respecto al periodo previo ( $p = 0,044$ ) que atenuó la pendiente de crecimiento de la utilización hospitalaria durante este periodo (Gráfico 1).

**CUADRO 1**  
**POBLACIÓN, GASTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**  
**Y HOSPITALIZACIONES 2004-2015**

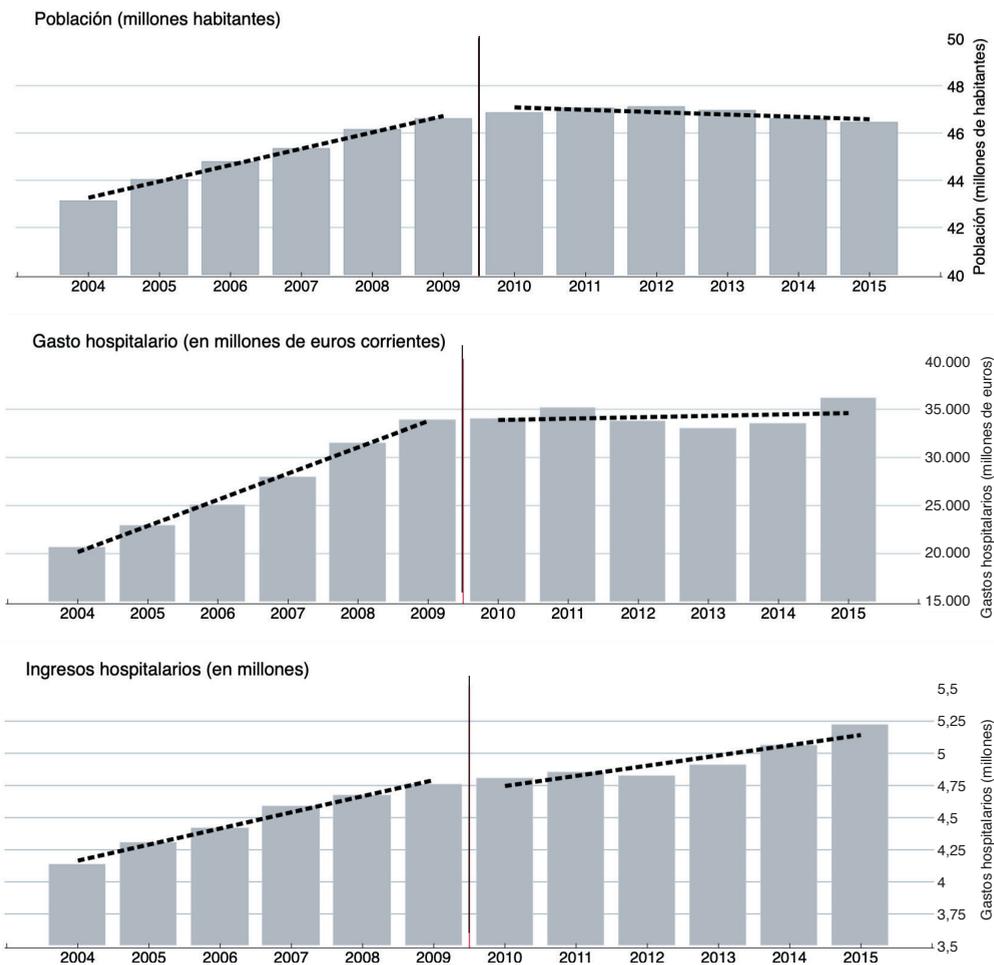
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Población total (en millones de habitantes)</b>												
Población	43,1	44,0	44,8	45,3	46,1	46,6	46,9	47,0	47,1	46,9	46,6	46,5
<b>Gasto total en atención especializada (en millones de euros)</b>												
Gasto	20.573	22.889	25.029	27.928	31.512	33.873	34.017	35.089	33.723	32.972	33.522	36.111
<b>Número de ingresos hospitalarios totales (en millones de hospitalizaciones)</b>												
Hospitalizaciones	4,13	4,30	4,42	4,58	4,67	4,76	4,81	4,85	4,82	4,91	5,06	5,22
<b>Gasto por habitante: mediana de las áreas de salud y valores en las áreas en el P5 y P95 (en euros)</b>												
Gasto/habitante	484,3	525,9	568,4	630,3	697,8	744,9	756,5	763,5	732,4	726,6	744,0	802,2
P5	346,7	379,0	423,5	473,5	538,7	553,5	528,9	544,9	515,9	507,6	511,8	547,8
P95	632,3	703,7	735,6	797,7	928,9	989,3	1.055,2	1.094,8	1.033,2	954,2	1.010,1	1.118,8
RV5-95	1,82	1,86	1,74	1,68	1,72	1,79	2,00	2,01	2,00	1,88	1,97	2,04
<b>Ingresos hospitalarios por 100 habitantes: mediana de las áreas de salud y valores en las áreas en el P5 y P95</b>												
Tasa hospit.	10,08	10,25	10,36	10,45	10,55	10,35	10,42	10,16	9,91	10,15	10,20	10,61
P5	7,27	7,25	7,19	7,24	7,25	7,43	7,27	7,42	7,19	7,57	7,68	8,01
P95	12,48	12,55	13,13	13,24	13,22	13,31	13,73	13,99	14,13	14,50	14,84	14,74
RV5-95	1,72	1,73	1,83	1,83	1,82	1,79	1,89	1,89	1,97	1,92	1,93	1,84

**FUENTE:** Elaboración propia.

NOTA: P5: tasa del área de salud en el percentil 5 de la respectiva distribución; P95: tasa del área de salud en el percentil 95 de la respectiva distribución; RV5-95: razón entre la tasa del área en el P5 y en el P95.

### GRÁFICO 1

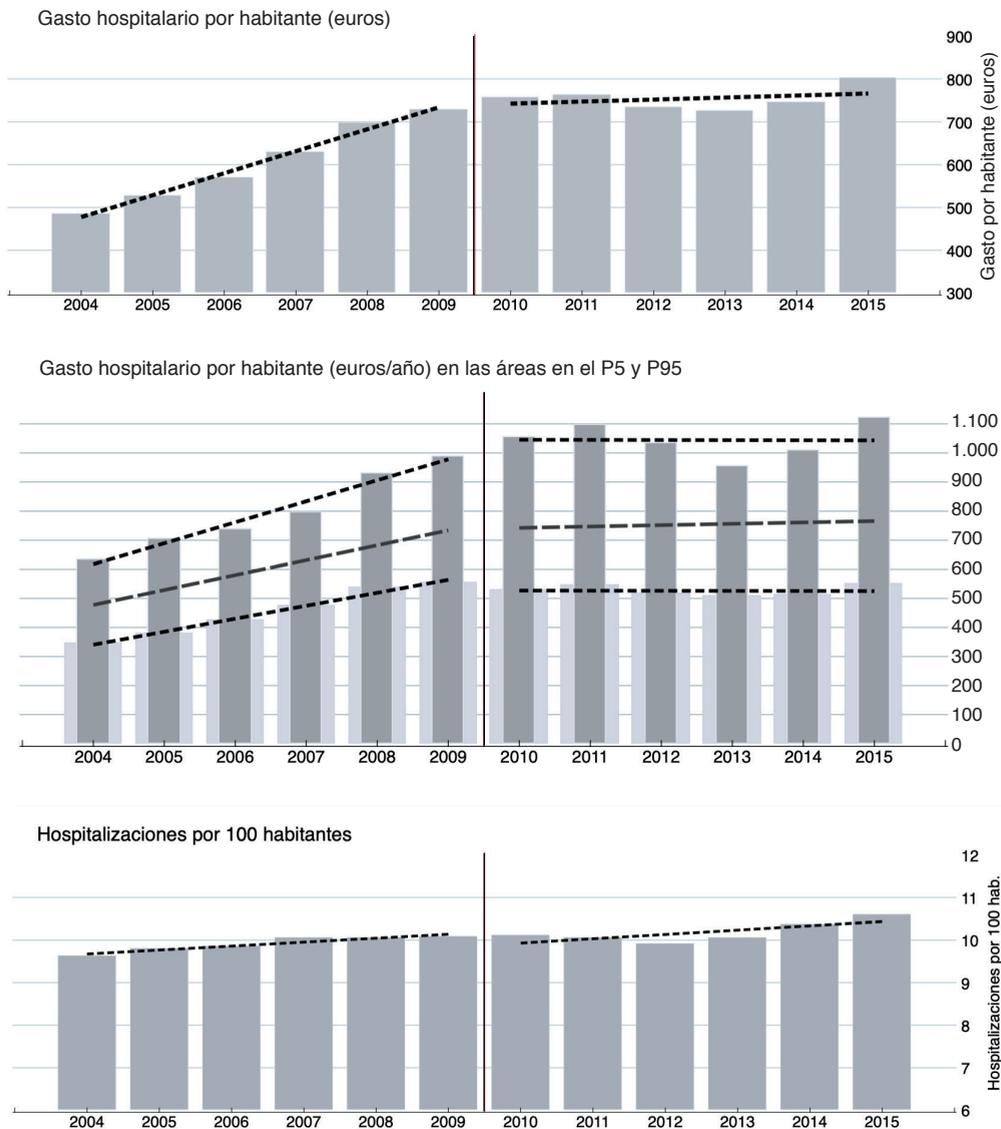
#### POBLACIÓN, GASTO HOSPITALARIO Y HOSPITALIZACIONES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2004-2015). NÚMERO Y MODELOS DE REGRESIÓN SEGMENTADA 2004-2009 Y 2010-2015



FUENTE: Elaboración propia.

## GRÁFICO 2

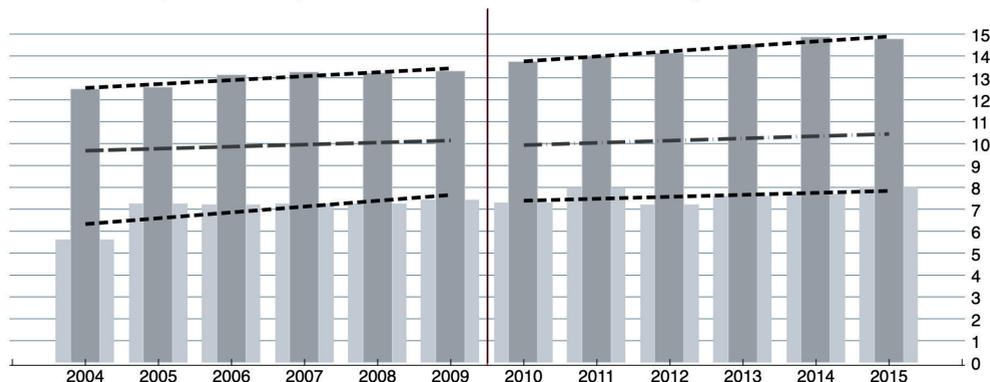
### GASTO HOSPITALARIO POR HABITANTE Y TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR 100 HABITANTES EN EL SISTEMA NACIONAL (2004-2015)



FUENTE: Elaboración propia.

**GRÁFICO 2 (Continuación)**  
**GASTO HOSPITALARIO POR HABITANTE Y TASAS DE HOSPITALIZACIÓN**  
**POR 100 HABITANTES EN EL SISTEMA NACIONAL (2004-2015)**

Tasa de hospitalizaciones por 100 habitantes en las áreas en el P5 y P95



FUENTE: Elaboración propia.

El gasto hospitalario por habitante creció desde 484 euros en 2004 hasta 763 euros en 2011, para mantenerse en torno a los 730 euros en los tres años siguientes y ascender a 802 euros en 2015 (incremento del 66 por 100 respecto a 2004), con una tendencia ascendente entre 2004-2009 (crecimiento anual medio de 51 euros/habitante;  $p < 0,001$ ) que cambió en el siguiente sexenio (descenso anual medio de 47 euros/habitante respecto a la tendencia previa;  $p < 0,001$ ) con lo que prácticamente permaneció estabilizada en este segundo periodo (Cuadro 1 y Gráfico 2). La variabilidad en gasto hospitalario por habitante entre áreas de salud, se mantuvo estable durante 2004-2009 (en torno a un 80 por 100 más gasto por habitante en el área en el P95 respecto al área de salud en el P5), aun con un descenso medio anual de 0,02 puntos ( $p: 0,260$ ). En 2010-2015, y sobre una constante 0,25 puntos mayor que en el periodo previo ( $p: 0,008$ ), el gasto en el área en el P95 dobló el del área en el P5, pero la tendencia no mostró cambios significativos (incremento anual medio de 0,02 puntos respecto al periodo previo;  $p: 0,412$ ).

Las tasas de hospitalización crecieron desde 9,6 ingresos por 100 habitantes en 2004 hasta 10,0 en 2007, manteniéndose estables entre 9,9 y 10,1 hasta 2014, momento en que vuelven a crecer hasta alcanzar los 10,6 ingresos por 100 habitantes en 2015 (incremento del 8,3 por 100 respecto a 2004). El incremento medio anual fue de 0,01 ingresos por 100 habitantes en el sexenio 2004-2009 ( $p: 0,023$ ) y sin cambios significativos respecto a esta tendencia en el periodo 2010-2015 (Cuadro 1 y Gráfico 2). La variabilidad en las tasas de ingresos entre las diferentes áreas de salud se mantuvo relativamente estable durante todo el periodo estudiado, con tasas de ingreso en torno a un 80 por 100 mayores en el área en el P95 respecto al área en el

P5. Los modelos de regresión segmentada no detectaron cambios significativos entre periodos en la razón de utilización entre las áreas en el P5 y P95.

La correlación en el gasto por habitante de las áreas de salud a lo largo de los años (datos no presentados) es muy elevada. En general, superaba el 0,80 para los años inmediatamente siguientes al tomado como referencia y se mantenía por encima del 0,40-0,50 en los años más distantes de la serie. Del mismo modo, la correlación entre las tasas de hospitalización de las áreas de salud a lo largo del tiempo fue también muy elevada, con coeficientes de correlación en torno a 0,80-0,90 en los años inmediatos y en torno al 0,30-0,40 en los más distantes. La correlación entre gasto y tasas de hospitalización, aun importante, es menos elevada, con coeficientes de correlación por debajo de 0,50 en los años inmediatos al de referencia y por debajo de 0,20 en los más lejanos.

En el Cuadro 2 y el Gráfico 3 se muestra el número de hospitalizaciones, las tasas estandarizadas por edad y sexo (media del SNS y tasa de las áreas en el P5 y el P95) y los estadísticos de variabilidad (razón entre la tasa del área en el P95 y la del P5, y componente sistemático de la variación, CSV) de las seis condiciones analizadas. Las dos condiciones seleccionadas como «atención efectiva» (apendicectomías y hospitalizaciones por fractura de cadera) mantuvieron tasas relativamente estables durante todo el periodo y una variabilidad reducida (CSV por debajo de 0,10 todos los años). El número de fracturas de cadera aumentó de poco más de 39.000 a casi 50.000 por el envejecimiento de la población, pero la tasa estandarizada por edad y sexo se redujo discretamente y también la variabilidad entre áreas de salud.

De las condiciones seleccionadas como «sensibles a las preferencias de los pacientes» por tratarse de cirugía electiva, la colecistectomía se comportó de forma similar a las condiciones de «atención efectiva», con un notable incremento de intervenciones (de poco más de 50.000 a casi 66.000 entre 2004 y 2015) pero tasas relativamente estables durante todo el periodo (aun con un incremento desde 15,1 a 16,5 intervenciones por 10.000) y reducida variabilidad. La artroplastia de rodilla, al contrario, mostró un notable incremento en la tasa de intervenciones (de 21,1 a 26,3 intervenciones por 10.000) y una mayor variabilidad (entre 3 y 5 veces más intervenciones en el área en el P95 respecto al área en el P5) que se redujo durante el periodo analizado.

De las condiciones seleccionadas como «sensibles a la oferta», la tasa de amigdalectomías se mantuvo estable durante el periodo, siempre con una gran variabilidad entre áreas (entre seis y diez veces más intervenciones en el área en el P95 respecto al área en el P5), mientras que las hospitalizaciones potencialmente evitables continuaron el descenso iniciado previamente al comienzo de la Gran Recesión, pasando de tasas de 80,3 por 10.000 en 2004 a 60,5 por 10.000 en 2015. La variabilidad entre áreas (en torno a tres veces más ingresos en el área en el P95 respecto al área en el P5) también se redujo.

**CUADRO 2**  
**HOSPITALIZACIONES POR DIVERSAS CONDICIONES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2004-2015). TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD Y SEXO Y VARIABILIDAD ENTRE ÁREAS DE SALUD**

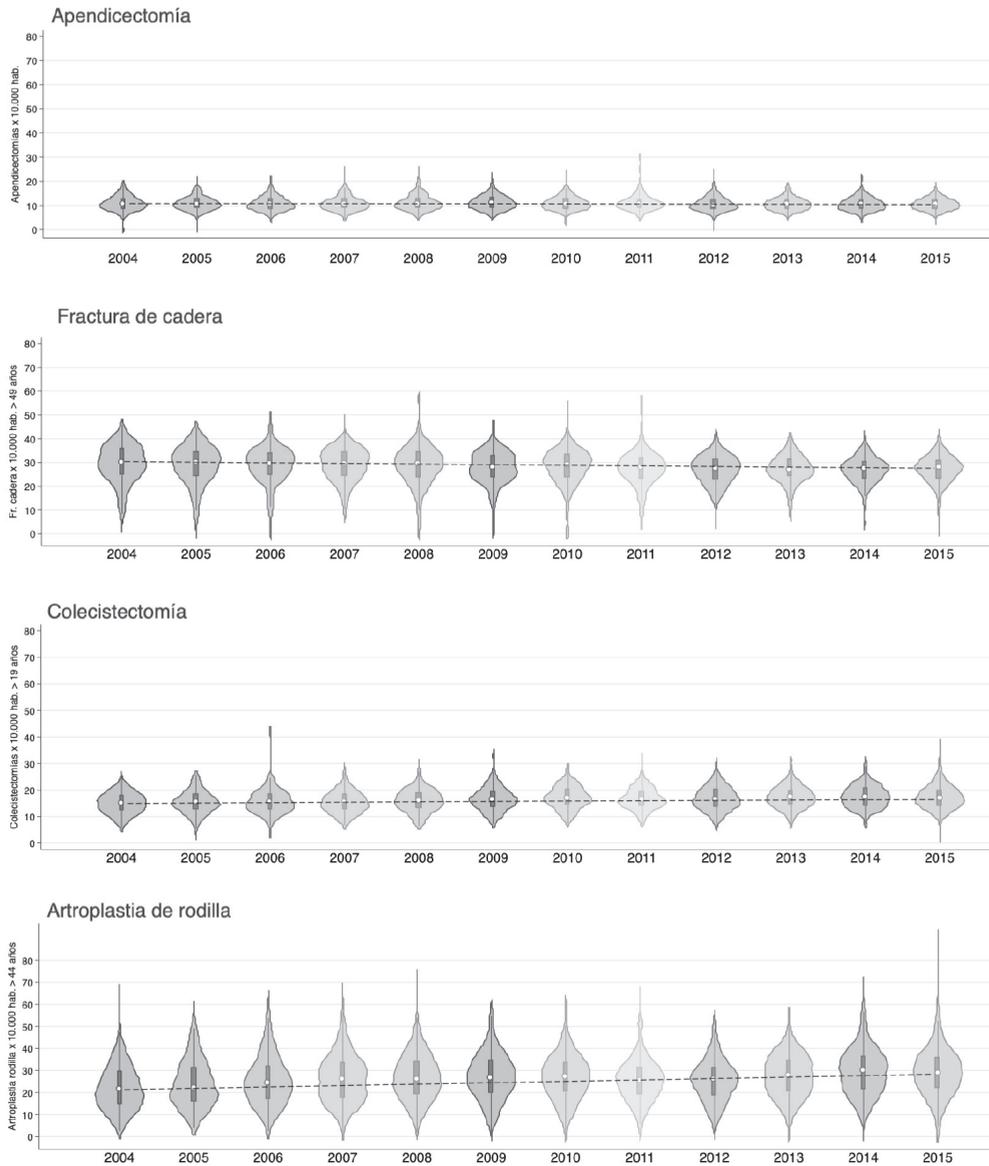
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Apendicectomías por 10.000 hab. Todas las edades</b>												
n	43.493	43.547	43.939	44.278	45.468	46.807	46.268	45.631	43.980	44.326	43.978	43.079
Tasa Est.	<b>10,65</b>	<b>10,43</b>	<b>10,06</b>	<b>10,11</b>	<b>10,24</b>	<b>10,48</b>	<b>10,33</b>	<b>10,21</b>	<b>9,86</b>	<b>9,99</b>	<b>9,98</b>	<b>9,83</b>
Tasa P05	7,02	6,99	6,81	6,97	7,12	7,19	7,25	7,02	6,93	6,97	7,07	7,05
Tasa P95	16,11	16,30	16,47	16,26	16,28	15,82	16,27	16,33	15,44	15,77	15,40	14,64
EQ5-95	2,29	2,33	2,42	2,33	2,29	2,20	2,24	2,33	2,23	2,26	2,18	2,08
CSV	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09	0,07	0,07	0,09	0,08	0,06	0,07	0,06
<b>Fractura de cadera por 10.000 hab. &gt; 39 años</b>												
n	39.122	40.595	41.485	43.274	44.217	44.349	46.440	45.859	46.639	47.673	48.312	49.948
Tasa Est.	<b>29,93</b>	<b>29,79</b>	<b>29,59</b>	<b>29,43</b>	<b>29,31</b>	<b>27,90</b>	<b>29,09</b>	<b>27,65</b>	<b>27,33</b>	<b>26,84</b>	<b>27,20</b>	<b>27,54</b>
Tasa P05	13,99	14,14	13,97	16,45	14,26	14,29	16,64	14,56	16,73	16,99	17,41	16,07
Tasa P95	40,41	40,09	38,53	38,63	39,11	37,00	37,94	37,12	35,28	35,61	35,40	35,40
EQ5-95	2,89	2,84	2,76	2,35	2,74	2,59	2,28	2,55	2,11	2,10	2,03	2,20
CSV	0,08	0,08	0,08	0,07	0,06	0,07	0,06	0,06	0,07	0,05	0,05	0,04
<b>Colecistectomías por 10.000 hab. &gt; 19 años</b>												
n	50.084	51.192	53.315	54.725	56.903	59.616	62.365	62.777	62.406	64.603	66.444	65.889
Tasa Est.	<b>15,11</b>	<b>15,20</b>	<b>14,78</b>	<b>14,90</b>	<b>15,21</b>	<b>15,70</b>	<b>16,28</b>	<b>16,12</b>	<b>15,89</b>	<b>16,36</b>	<b>16,78</b>	<b>16,53</b>
Tasa P05	8,71	8,47	9,66	8,92	8,71	9,95	10,02	10,48	9,91	10,92	11,83	11,36
Tasa P95	21,62	23,23	23,19	22,03	22,46	24,18	23,69	23,39	24,27	23,57	23,89	24,42
EQ5-95	2,48	2,74	2,40	2,47	2,58	2,43	2,36	2,23	2,45	2,16	2,02	2,15
CSV	0,07	0,08	0,09	0,07	0,07	0,08	0,06	0,06	0,07	0,06	0,05	0,07
<b>Artroplastia de rodilla por 10.000 hab. &gt; 44 años</b>												
n	35.100	38.254	40.278	41.730	42.933	43.842	43.427	42.476	42.468	45.909	49.816	49.510
Tasa Est.	<b>21,12</b>	<b>21,95</b>	<b>23,23</b>	<b>23,88</b>	<b>24,37</b>	<b>24,57</b>	<b>24,21</b>	<b>23,26</b>	<b>23,14</b>	<b>24,92</b>	<b>26,89</b>	<b>26,35</b>
Tasa P05	7,21	8,13	9,99	10,20	11,54	10,51	10,30	11,30	10,25	12,35	12,94	12,31
Tasa P95	39,61	44,86	45,91	45,88	45,58	44,03	43,02	41,06	41,39	42,40	48,96	47,01
EQ5-95	5,49	5,52	4,60	4,50	3,95	4,19	4,18	3,63	4,04	3,43	3,78	3,82
CSV	0,27	0,25	0,26	0,25	0,23	0,21	0,20	0,18	0,19	0,16	0,19	0,22
<b>Amigdalectomías con/sin adenoidectomía por 10.000 hab. &lt; 20 años</b>												
n	11.446	12.167	12.732	13.672	14.287	14.683	14.047	14.148	13.914	14.135	14.447	13.404
Tasa Est.	<b>13,87</b>	<b>13,29</b>	<b>12,67</b>	<b>13,01</b>	<b>14,10</b>	<b>13,70</b>	<b>13,15</b>	<b>13,53</b>	<b>13,33</b>	<b>13,17</b>	<b>13,76</b>	<b>12,54</b>
Tasa P05	3,47	3,21	4,07	4,22	4,79	4,61	3,68	5,11	4,88	4,51	3,54	2,74
Tasa P95	28,18	27,94	32,72	31,08	29,39	32,64	31,18	30,23	29,35	30,31	30,33	28,78
EQ5-95	8,12	8,70	8,04	7,36	6,14	7,08	8,47	5,92	6,01	6,72	8,57	10,50
CSV	0,46	0,35	0,31	0,40	0,34	0,29	0,34	0,43	0,38	0,40	0,30	0,39
<b>Hospitalizaciones potencialmente evitables por 10.000 hab. &gt; 39 años</b>												
n	162.693	171.257	159.219	172.321	161.436	158.241	154.748	151.922	152.340	146.456	146.728	152.097
Tasa Est.	<b>80,27</b>	<b>82,52</b>	<b>77,35</b>	<b>79,21</b>	<b>74,11</b>	<b>67,78</b>	<b>65,62</b>	<b>63,68</b>	<b>63,14</b>	<b>59,80</b>	<b>60,21</b>	<b>60,52</b>
Tasa P05	45,28	44,47	38,65	41,54	38,01	35,16	32,11	32,74	34,41	31,41	29,77	32,37
Tasa P95	135,23	136,51	127,05	133,95	113,71	116,03	112,10	101,08	99,69	88,40	88,10	89,40
EQ5-95	2,99	3,07	3,29	3,22	2,99	3,30	3,49	3,09	2,90	2,81	2,96	2,76
CSV	0,14	0,14	0,14	0,14	0,11	0,11	0,13	0,12	0,11	0,12	0,10	0,10

FUENTE: Elaboración propia.

NOTA: P05: tasa del área de salud en el percentil 5 de la respectiva distribución; P95: tasa del área de salud en el percentil 95 de la respectiva distribución; EQ5-95: razón entre la tasa del área en el P5 y en el P95; CSV: componente sistemático de la variación.

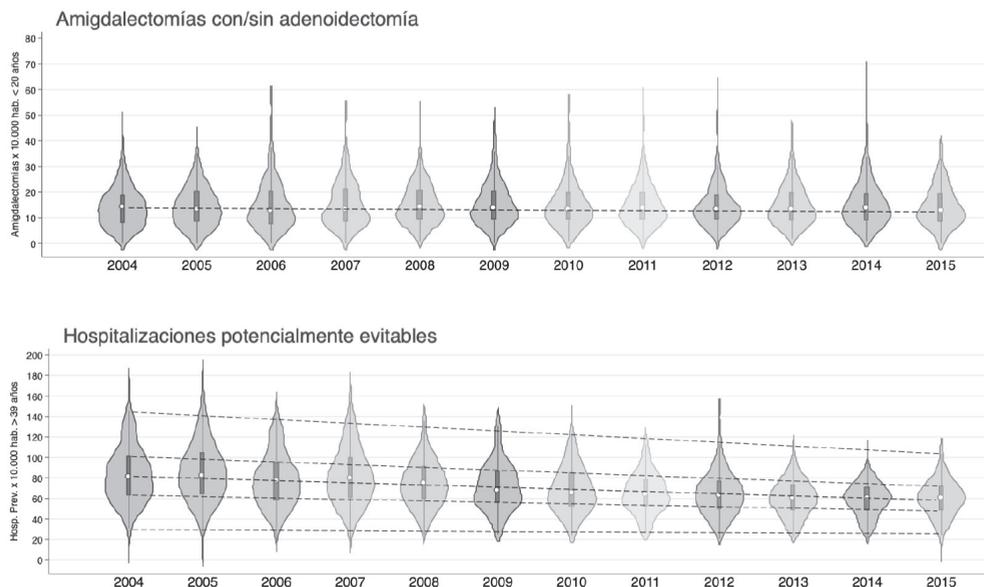
### GRÁFICO 3

## HOSPITALIZACIONES POR DIVERSAS CONDICIONES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2004-2015). TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD Y SEXO



**FUENTE:** Elaboración propia.

**GRÁFICO 3 (Continuación)**  
**HOSPITALIZACIONES POR DIVERSAS CONDICIONES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2004-2015). TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD Y SEXO**



FUENTE: Elaboración propia.

#### 4. Discusión

Durante el periodo 2010-2015, tanto el volumen de población como el gasto hospitalario total, que venían de un intenso crecimiento en el periodo 2004-2009, pasaron a mantenerse relativamente estables en las cifras iniciales del periodo y, en consecuencia, el gasto hospitalario por habitante se mantuvo también estable en torno a los 750 euros por habitante y año. Esta relativa estabilidad en el gasto hospitalario global se produce pese al notable incremento del gasto en farmacia hospitalaria (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018) cuyo crecimiento, en la práctica, fue financiado con la reducción del gasto de personal (derivado de la reducción de salarios y del volumen de personal) para mantener el presupuesto nivelado en las cifras iniciales del sexenio hasta 2015. El volumen de hospitalizaciones, sin embargo, continuó creciendo a un ritmo similar al del periodo 2004-2009 (más de 400.000 ingresos adicionales en 2015 respecto a 2010), a lo que cabría añadir un aumento en la complejidad de la casuística por la reducción de la proporción de ingresos de menor complejidad (descenso en partos y reducción de hospitalizaciones potencialmente evitables). Este incremento en el volumen de ingresos se trasladó a un incremento muy discreto de las tasas estandarizadas de hospitalización (con un

leve descenso al inicio del sexenio y un ascenso más marcado en los dos últimos años), por lo que cabe inferir que derivó fundamentalmente del envejecimiento poblacional.

La variabilidad entre áreas de salud, tanto en gasto por habitante como en hospitalizaciones por habitante se mantuvo relativamente estable durante ambos sexenios en cifras en torno al doble de gasto (y doble de ingresos) en las áreas de salud con mayor gasto (o utilización) respecto a las que menos. Frente a la posibilidad de que durante el periodo 2010-2015, las áreas con mayor gasto hubieran atenuado su crecimiento en mayor proporción que las áreas con menos recursos, el gasto hospitalario creció –o decreció– en la misma proporción en ambos tipos de áreas, manteniéndose las desigualdades en niveles muy similares durante todo el periodo estudiado. En general, estos resultados serían coincidentes con otros trabajos recientes que han analizado la utilización y el gasto en el SNS (Ridao-López *et al.*, 2018; Gorgemans *et al.*, 2018).

Respecto a las condiciones específicas, tanto la apendicectomía como las hospitalizaciones por fractura de cadera (atención efectiva en terminología de VPM, cuya reducción hubiera supuesto dejar sin atención condiciones vitales) mostraron tasas estables, absorbiendo con los mismos recursos el importante incremento en el número de fracturas de cadera (desde 39.000 a 50.000) debido al envejecimiento de la población. El volumen de colecistectomías (50.000 en 2004, 59.600 en 2009 y casi 66.000 en 2015) y el de artroplastias de rodilla (35.000 en 2004, casi 44.000 en 2009 y 49.500 en 2015) aumentó notablemente en el periodo estudiado, aunque el envejecimiento de la población, como en el caso de la fractura de cadera, atemperó el crecimiento de las tasas estandarizadas. En cuanto a las condiciones sensibles a la oferta, el volumen de amigdalectomías, que había crecido en el periodo previo a la crisis económica (desde casi 11.400 a 14.700), se redujo hasta 13.400 intervenciones, mientras el volumen de hospitalizaciones potencialmente evitables, que venía descendiendo desde su pico máximo en 2007 (172.000 ingresos), y pese al envejecimiento poblacional que debería afectar de este tipo de hospitalizaciones fundamentalmente crónicas, se redujo hasta 152.000. La variabilidad tendió a reducirse discretamente en todos los casos (salvo la colecistectomía que se mantuvo estable).

En conjunto, la Gran Recesión, con su correlato de restricciones presupuestarias en el SNS desde 2010, no se acompañó de una reducción de la utilización hospitalaria. Bien al contrario, el SNS –y pese a la ausencia de crecimiento de recursos– absorbió el incremento de volumen derivado del envejecimiento de la población para mantener estables las tasas poblacionales de atención efectiva y sensible a las preferencias de los pacientes, absorbió el incremento del gasto farmacéutico hospitalario y de la complejidad de la casuística atendida y creció en cirugía electiva. Todo ello sin reducir la variabilidad entre áreas de salud en gasto por habitante o en hospitalizaciones por habitante. La reducción en hospitalizaciones potencialmente evitables –en su mayor parte descompensaciones de enfermedades crónicas– puede interpretarse como un incremento adicional de la eficiencia, bien porque se redujeron poblacionalmente, bien –y más probable– por el desarrollo (ya iniciado en los

años previos a la crisis) de nuevos modelos de manejo de las descompensaciones y exacerbaciones de los pacientes crónicos (sin ingreso, resolución en observación de urgencias, hospitalización a domicilio) que permitieron reducir el recurso a la hospitalización convencional.

Un aspecto también destacable es la serendipidad del sistema de atención especializada del SNS, con presupuestos anuales por área de salud que son explicados hasta en un 90 por 100 por el gasto del año previo, y hasta en un 50-60 por 100 por el gasto de hace diez años. No es un fenómeno extraño en una organización cuyo principal componente de gasto, los recursos humanos, tienen carácter para-funcionario y los variables acaban dependiendo de la incorporación, en mayor o menor medida, de nuevos y costosos medicamentos (oncológicos, biológicos, para enfermedades huérfanas). En este estudio los costes de los pacientes con estas condiciones han sido referidos al área de residencia, pero su atención se concentra –más que razonablemente– en los grandes hospitales terciarios y, en la práctica, el gasto por centros habrá crecido más en estos últimos que en los hospitales medianos y pequeños (con una proporción menor de gasto de farmacia y mayor de gastos de personal).

El actual estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, los sexenios elegidos incluyen un cambio en la metodología de las fuentes de información sobre gasto (en 2010 la EESRI se transformó en ECSAP para unificar el gasto de los centros de especialidades con el de los hospitales). Aunque la partida de los centros de especialidades es menor en el conjunto del gasto hospitalario, es previsible que de mantenerse la serie inalterada el descenso del gasto hospitalario en el segundo sexenio hubiera sido algo mayor. En segundo lugar, para los análisis globales, se construyeron series crudas (no estandarizadas), por lo que el gasto o las hospitalizaciones por habitante no son directamente comparables ni entre ejercicios (que incluyen poblaciones cada vez más envejecidas), ni entre áreas de salud (que pueden incluir desde áreas con poblaciones jóvenes y baja morbilidad a áreas muy envejecidas).

En tercer lugar, aunque la población ha sido contabilizada siempre en su área de residencia (no en la del hospital donde se hospitalizó al paciente) puede existir un cierto grado de mala clasificación, especialmente en las áreas servidas por hospitales terciarios. En cuarto lugar, la población censal es diferente a la población cubierta por el SNS, especialmente por el colectivo de funcionarios del Estado atendidos por las mutualidades públicas que mayoritariamente eligen recibir la atención sanitaria a través de aseguradoras privadas. Aunque no es previsible que esto influya en las tendencias temporales, los análisis transversales de variabilidad entre áreas pueden quedar afectados si algunas de ellas incluyen porcentajes muy diferentes de este tipo de funcionarios (sería una población, concentrada en la capital del Estado, contabilizada en el denominador de las tasas pero que no consumiría recursos del SNS). Finalmente, la atención hospitalaria presta muchos otros servicios además de la hospitalización (consultas externas, pruebas diagnósticas, atención urgente, sesiones de hospital de día, sesiones de quimioterapia, diálisis, rehabilitación, intervenciones menores, etc., además de las asociadas a la investigación y la docencia) que no se han considerado en este estudio y que conforman una parte cada vez más importante

de la actividad hospitalaria. Tampoco se han considerado otros aspectos relevantes como la calidad de la atención hospitalaria.

## 5. Conclusiones

En conjunto, y con las limitaciones señaladas previamente, durante el sexenio 2010-2015, el SNS incrementó notablemente su eficiencia a expensas de incrementar su actividad y la complejidad de su casuística mientras se mantenía estabilizado el gasto global. Este incremento de actividad le permitió mantener las tasas de hospitalización absorbiendo el crecimiento derivado del envejecimiento poblacional. La variabilidad entre áreas de salud, salvo para las hospitalizaciones potencialmente evitables, no se redujo en el periodo 2010-2015 de modo que, aun sobre un gasto total estancado, las diferencias entre áreas de salud se mantuvieron. El territorio de residencia continúa siendo un determinante clave en la utilización de servicios sanitarios.

## Referencias bibliográficas

- [1] BERNAL-DELGADO, E.; GARCÍA-ARMESTO, S.; PEIRÓ, S.; ATLAS VPM GROUP (2014). «Atlas of Variations in Medical Practice in Spain: the Spanish National Health Service under scrutiny». *Health Policy*, 114 (1), 15-30.
- [2] CORALLO, A. N.; CROXFORD, R.; GOODMAN, D. C.; BRYAN, E. L.; SRIVASTAVA, D. y STUKEL, T. A. (2014). «A systematic review of medical practice variation in OECD countries». *Health Policy*, 114 (1), 5-14.
- [3] FISHER, E. S.; WENNBERG, D. E.; STUKEL, T. A.; GOTTLIEB D. J.; LUCAS F. L. y PINDER, E. L. (2003a). «The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care». *Annals of Internal Medicine*, 138 (4), 273-87.
- [4] FISHER, E. S.; WENNBERG, D. E.; STUKEL, T. A.; GOTTLIEB, D. J.; LUCAS, F. L. y PINDER, E. L. (2003b). «The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care». *Annals of Internal Medicine*, 138 (4), 288-98.
- [5] FISHER, E. S. y WENNBERG, J. E. (2003). «Health care quality, geographic variations, and the challenge of supply-sensitive care». *Perspectives in Biology and Medicine*, 46 (1), 69-79.
- [6] FROHLICH, N. y ROOS, N. P. (2002). «Searching for El Dorado: the impossibility of finding the right rate». *Canadian Medical Association Journal*, 167 (8), 880-1.
- [7] GORGEMANS, S.; COMENDEIRO-MAALØE, M.; RIDAO-LÓPEZ, M. y BERNAL-DELGADO, E. (2018). «Quality and technical efficiency do not evolve hand in hand in Spanish hospitals: Observational study with administrative data». *PLoS One*, 13 (8), e0201466.

- [8] LIBRERO, J.; PEIRÓ, S.; BERNAL-DELGADO, E.; ALLEPUZ, A.; RIDAO, M.; MARTÍNEZ, N. y POR EL GRUPO VPM-IRYSS (2009). «Metodología del atlas de variaciones en hospitalizaciones por cirugía oncológica en el Sistema Nacional de Salud». *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud*, 3 (2), 274-282.
- [9] MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2018). «Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)». Accesible en: <http://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.
- [10] NHEENGLAND (2018). «Atlases». Accesible en: <https://www.england.nhs.uk/rightcare/products/atlas/>.
- [11] PEIRÓ, S. y MAYNARD, A. (2015). «Variations in health care delivery within the European Union». *European Journal of Public Health*, 25, Suppl. 1, 1-2.
- [12] PEIRÓ, S.; MENEU, R. y BERNAL, E. (2005). «Tres tristes tópicos sobre las variaciones en la práctica médica». *Gestión Clínica y Sanitaria*, 7, 47-51. Accesible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion24.pdf>.
- [13] RIDAO-LÓPEZ, M.; COMENDEIRO-MAALØE, M.; MARTÍNEZ-LIZAGA, N. y BERNAL-DELGADO, E. (2018). «Evolution of public hospitals expenditure by healthcare area in the Spanish National Health System: the determinants to pay attention to». *BMC Health Services Research*, 18 (1), 696.
- [14] SIROVICH, B. E.; GOTTLIEB, D. J.; WELCH, H. G. y FISHER, E. S. (2006). «Regional variations in health care intensity and physician perceptions of quality of care». *Annals of Internal Medicine*, 144 (9), 641-9.
- [15] VPM ATLAS DE VARIACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2018). «Atlas de variaciones en la práctica médica». Accesible en: <http://www.atlasvpm.org/atlas-variaciones-practica-medica>.
- [16] WENNBERG, J. E. y GITTELSON, A. (1973). «Small area variations in health care delivery». *Science*, 182 (4117), 1102-8.
- [17] WENNBERG, J. E. y GITTELSON, A. (1982). «Variations in medical care among small areas». *Scientific American*, 246 (4), 120-34.
- [18] WENNBERG, J. E.; BARNES B. A. y ZUBKOFF, M. (1982). «Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand». *Social Science and Medicine*, 16 (7), 811-24.
- [19] WENNBERG, J. E. (2010). *Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care*. Nueva York, Oxford University Press.
- [20] WENNBERG, J. E. (2011). «Time to tackle unwarranted variations in practice». *British Medical Journal*, 342, d1513.

## ANEXO

### CÓDIGOS DE SELECCIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS

#### ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Sin restricciones de edad, pero excluye hombres. Incluye todos los procesos obstétricos (embarazo, parto y puerperio) y sus complicaciones.

*Códigos CIE9MC:* 630 a 679.

#### APENDICECTOMÍA

Sin restricciones de edad. Incluye todas las apendicectomías, incluso laparoscópicas e incidentales.

*Códigos CIE9MC:* 47.0, 47.1.

#### FRACTURA DE CADERA

Personas de 50 y más años.

*Códigos CIE9MC:* 820.0, 820.00, 820.01, 820.02, 820.03, 820.09, 820.1, 820.10, 820.11, 820.12, 820.13, 820.19, 820.2, 820.20, 820.21, 820.22, 820.3, 820.30, 820.31, 820.32, 820.8, 820.9.

#### COLECISTECTOMÍA

Personas de 20 y más años. Incluye la colecistectomía abierta y laparoscópica.

*Códigos CIE9MC:* 51.22, 51.23.

#### ARTROPLASTIA DE RODILLA

Personas de 45 y más años. Incluye los procedimientos de reemplazo total o parcial de rodilla y la revisión de reemplazo de rodilla. Excluye los casos que se acompañan de un diagnóstico concomitante de fracturas y/o accidente.

*Códigos CIE9MC:* 81.54, 81.55, 00.80, 00.81, 00.82, 00.83, 00.84

#### AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA

Personas menores de 20 años.

*Códigos CIE9MC:* 28.2, 28.3.

## HOSPITALIZACIONES PREVENIBLES

Personas de 40 y más años. Incluye:

- **Complicaciones a corto de la diabetes.** *Códigos CIE9MC:* 250.10 250.11 250.2\* 250.3\*
- **EPOC.** *Códigos CIE9MC:* 491.1, 491.2\*, 491.8, 491.9, 492\*, 493.2\*, 494\*, 496
- **Insuficiencia Cardíaca Congestiva.** *Códigos CIE9MC:* 398.91 402.01 402.11 402.91 404.01 404.03 404.11 404.13 404.91 404.93 428.0 428.1 428.20 428.22 428.23 428.30 428.32 428.33 428.40 428.42 428.43 428.9
- **Deshidratación.** *Códigos CIE9MC:* 276.0, 276.1, 276.5\*, (276.50, 276.51, 276.52)
- **Ángor sin procedimiento acompañante.** *Códigos CIE9MC:* 411.1, 411.8\*, 413\*(413.0, 413.1, 413.9);
- **Asma.** *Códigos CIE9MC:* 493.00, 493.01, 493.02, 493.10, 493.11, 493.12, 493.81, 493.82, 493.90, 493.91, 493.92 518.81 (solo si van acompañados de alguno de los siguientes diagnósticos secundarios: 493.00, 493.01, 493.02, 493.10, 493.11, 493.12, 493.81, 493.82, 493.90, 493.91, 493.92).

# Atención a la dependencia y cuidados sanitarios: obligados a entenderse\*

Raúl del Pozo Rubio  
Universidad de Castilla-La Mancha

Marta Ortega Ortega  
Universidad Complutense de Madrid

## Resumen

*Los sistemas sanitarios y de cuidados de larga duración (CLD) conforman dos pilares esenciales del estado de bienestar en España. Si bien el sistema de CLD nació como independiente del sanitario, su carácter y objetivos implican su necesaria integración, o al menos, coordinación con el sistema sanitario. La estrategia de atención integrada al paciente podría permitir un ahorro de recursos, realizar una óptima asignación de estos, ahorrar tiempos de espera y mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia. En este trabajo se contextualiza la situación actual y se propone un conjunto de políticas públicas para el avance del estado de bienestar.*

**Palabras clave:** sistema sanitario, sistema de cuidados de larga duración, cronicidad, integración, dependencia.

**Clasificación JEL:** E62, I10, I38.

## Abstract

*Both, the health care system and the long-term care system (LTC) are important pillars of the Spanish welfare state. Although Spanish LTC system was born independent of the health care system, its own nature and objectives suppose a necessary integration, or at least, coordination between both. This strategy would save resources, allocate them optimally, reduce waiting times and improve the quality of life of people with long-term care needs. In this chapter the current situation is contextualized and a set of public policies are proposed to achieve progress in the welfare state.*

**Keywords:** health system, long-term care system, chronicity, integration, long-term care.

**JEL classification:** E62, I10, I38.

## 1. Evolución histórica del estado de bienestar

La segunda mitad del siglo xx, en concreto, los Treinta Gloriosos (1945-1975) conforman una etapa susceptible de ser considerada como un periodo dorado en la historia de los países occidentales (Esping-Andersen y Palier, 2010) en cuanto al

---

\* Los autores desean agradecer la financiación obtenida del Proyecto ECO2017-83771-C3-1-R («Más allá de las fronteras económicas de las políticas de salud») del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (antiguo Ministerio de Economía y Competitividad). Programa Estatal de I+D+i orientada a los Retos de la Sociedad 2017.

elevado y sostenido crecimiento económico, superior al de cualquier otro periodo anterior de la historia (Aldcroft, 1997). Si bien es cierto que los inicios de siglo estuvieron marcados por las dos guerras mundiales y la gran depresión, entre 1920 y 1940 se establecieron los cimientos institucionales del estado de bienestar (Ashford y Gimeno, 1989), consolidándose en la etapa de posguerra el crecimiento de la producción, de la economía y del sector público (Castells-Oliveres y Bosch-Roca, 1998).

En el caso de España, adicionando el padecimiento de una guerra civil y un periodo prolongado de dictadura, se obtiene como resultado un despegue tardío tanto en la economía nacional como en el gasto público respecto al resto de países occidentales (Tedde de Lorca, 1996), además de una notable desigualdad de producción y renta nacional en el territorio español; el gasto público comienza a crecer de manera relevante, y lo hace exponencialmente, pero a partir de 1974 (González-Páramo y Raymond Bara, 1988).

El fuerte crecimiento del gasto público experimentado durante esta etapa, sin precedentes históricos, ha dado lugar a diversas teorías que intentan argumentar y justificar los porqués de este crecimiento. González-Páramo y Raymond Bara (1988) y Albi *et al.* (2017) sintetizan estas teorías entre las que incluyen a la denominada Ley de Wagner (Musgrave, 1969; Bird, 1971). En esencia, el axioma sobre el que se sustenta esta ley se refiere a que la migración de la sociedad tradicional hacia una sociedad más industrializada y compleja, impulsa un efecto sustitución de cierta actividad privada por pública, con ocasión de asumir una serie de responsabilidades y servicios (transferencias de renta vía prestaciones) que el mercado ofrece de manera ineficiente o inequitativa y que solo se pueden corregir de manera colectiva (González-Páramo y Raymond Bara, 1988; Albi *et al.*, 2017). Su inmediata repercusión en el caso de las economías avanzadas se refiere a que el Estado supera su rol tradicional, proveyendo no solo determinados bienes públicos como educación o sanidad a costes inferiores (a veces muy inferiores e incluso gratuitos) respecto del valor de mercado, sino también mediante transferencias de renta (pensiones, prestaciones por desempleo, etc.), que introduzcan los objetivos de igualdad social y justicia social en las instituciones (Ashford y Gimeno, 1989), y permitan configurar un nivel mínimo de dignidad del individuo (Albi *et al.*, 2017), esto es, ocuparse de las «fuerzas sociales» (Luhmann y Vallespín, 1993), según esta teoría. En el caso de España, el tránsito del régimen dictatorial a la democracia en 1978 actuó como catalizador de trascendentes cambios sociales y de asunción de cobertura de importantes necesidades sociales por parte del Estado como antes nunca se había hecho. En este caso, un estado del bienestar descentralizado (Fusi y Palafox, 1997).

El corolario derivado de la asunción de estos servicios instiga un aumento de las necesidades de gasto público debido al desarrollo imprescindible de nuevas funciones diseñadas para satisfacer la demanda latente y nuevas necesidades (Luhmann y Vallespín, 1993; Jaén-García, 2004).

La naturaleza en la composición del gasto público y la distribución de participación en el mismo del ámbito público y privado depende de las circunstancias

económicas, sociales, culturales e históricas de cada país (López Casasnovas, 2009), respondiendo a las necesidades sociales de cada época (Esping-Andersen y Palier, 2010). Mientras que los países de rentas bajas centran sus servicios básicos en el abastecimiento suficiente de agua potable, red de alcantarillado, etc., los países de rentas altas orientan su gasto social a otros servicios, tales como educación, sanidad o protección social. Aunque es preciso tener en cuenta que no solo difiere el empleo de recursos públicos, sino también el presupuesto de los mismos, reflejado en la existencia de una notable brecha económica (Alonso, 2009; Pérez-García, 2011), e incluso digital (Alonso, 2009) entre países de rentas altas, medias y bajas.

En España, el gasto público fundamental es aplicado al trinomio compuesto por educación, sanidad y protección social, cuya configuración permite aproximarse al concepto de estado de bienestar, derivado del inicial «capitalismo de bienestar» (Esping-Andersen, 1990) y de la realización de la inclusión política (Luhmann y Vallespín, 1993). Si bien su nacimiento estaba vinculado a paliar el masivo desempleo dimanado de la Gran Depresión que aquejaba a las economías occidentales (Castells-Oliveres y Bosch-Roca, 1998), en la actualidad se incluyen aquellas «intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población» (Navarro, 2000), es decir, «las medidas adoptadas por el Estado para proteger a los ciudadanos contra aquellos riesgos frente a los cuales el mercado no ofrece una cobertura ni eficiente ni equitativa» (Conde-Ruiz y Ocaña-Orbis, 2007), incluyendo transferencias sociales (pensiones), intervenciones normativas (salud e higiene laboral, ambiental...) e intervenciones públicas encaminadas a producir empleo.

El trinomio citado se caracteriza en España por la universalización del derecho en su acceso, así como la gratuidad de su uso, con los matices pertinentes. En este sentido, basándonos en los últimos datos disponibles por funciones, en el año 2016 el gasto público general en España supuso el 42,2 por 100 del Producto Interior Bruto, donde más de la mitad de dicho gasto fue destinado a protección social como son las pensiones y prestaciones por desempleo (39,9 por 100), sanidad (14,3 por 100) y educación (9,5 por 100) (Eurostat, 2018). Junto a ello, la necesidad del diseño y puesta en marcha de un modelo de cobertura a las personas en situación de dependencia en España, hizo florecer el cuarto pilar del trinomio con la aprobación en 2007 de la denominada Ley de Dependencia, cuyo objetivo fue la provisión de servicios o ayuda económica a personas con discapacidad y en situación de dependencia.

El objetivo del presente trabajo consiste en analizar la actual interrelación intrínseca existente entre los pilares del bienestar sanitario y de dependencia, revelando la necesidad de su coordinación y/o integración y cómo este segundo pilar no es sino una prolongación del primero.

## **2. El nexo de unión entre sanidad y dependencia: la cronicidad**

Uno de los principales logros demográficos del ser humano durante el siglo xx ha sido el importantísimo incremento de la esperanza de vida, pasando en el caso de

España de una esperanza de vida de 34,8 años en 1900 a 83,1 años en 2017 (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Se trata de la segunda mayor de los países de la OCDE, después de Japón, y está tres puntos por encima de la media de los países de la OCDE-35, siendo esta de 80,6 en el año 2015 (OCDE, 2017).

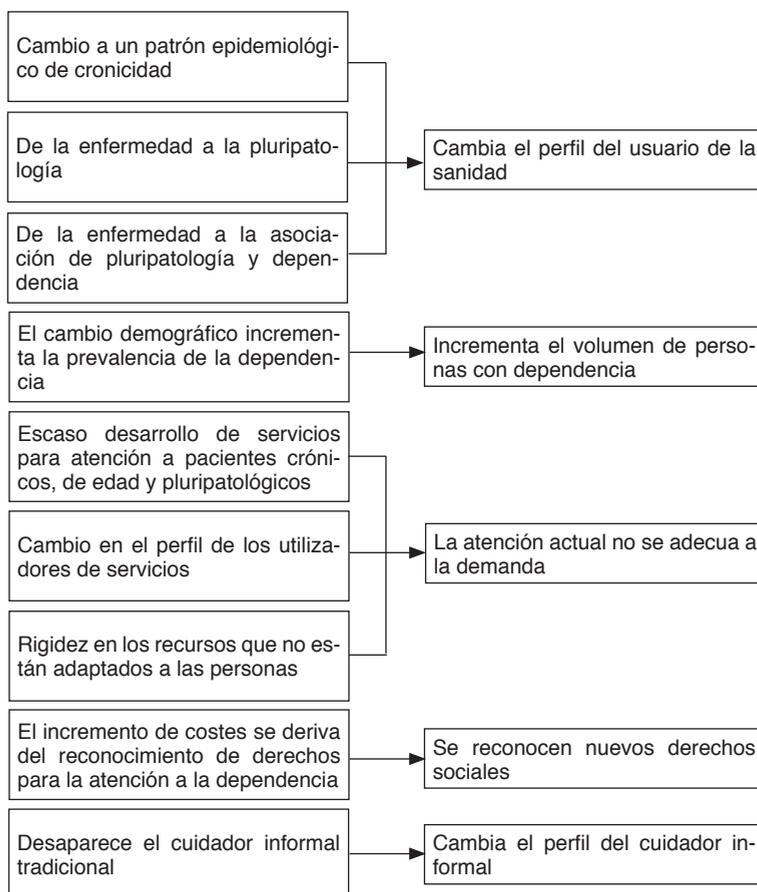
En este sentido, el estrato de población española con edad superior a 65 años adquiere un rol fundamental en la actualidad al tener un peso demográfico del 18,4 por 100 esperándose un incremento hasta alcanzar el 34,6 por 100 en 2066 (Abellán García *et al.*, 2017). En el ámbito de la UE-28, la tasa de dependencia de la población mayor (definido como la población con edad superior a 65 años en relación a la población con edad comprendida entre 15 y 64 años) se espera que se incremente del 27,8 por 100 al 50,1 por 100 durante el periodo mencionado anteriormente (Comisión Europea, 2015).

Con el aumento de la edad aparece de manera inherente el padecimiento de determinadas enfermedades, que si bien no tienen por qué resultar mortales en el corto plazo, generan en el ser humano una senda de erosión de su salud, continuada de cronicidad. A partir de los 60 años, las grandes cargas de la enfermedad sobrevienen debido a la pérdida de la visión, audición y movilidad, así como a las enfermedades crónicas como las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias, cáncer y demencia (Organización Mundial de la Salud, 2015). La cobertura de la salud universal es uno de los treinta objetivos del desarrollo sostenible de las economías establecidos por la Organización Mundial de la Salud hasta el 2030. Este objetivo concreto pretende que todos los individuos del planeta puedan acceder a un rango de servicios completos para satisfacer sus necesidades (servicios de prevención, de curación y cuidados paliativos), y además, que dichos servicios sean provistos con calidad y eviten la entrada de catastrofismo financiero de los hogares cuando tengan que ser financiados (Organización Mundial de la Salud, 2016).

El nuevo escenario dibujado por las enfermedades crónicas parte del conjunto de un cambio en el perfil de la demanda sociosanitaria de las personas de mayor edad en la sociedad. Antares Consulting (2010) lo sintetiza en el esquema presentado en la Figura 1, donde se muestran las causas que avalan la respuesta común que los países de rentas altas han tenido frente al reto del envejecimiento y a sus nuevas necesidades, entre ellas, dar cobertura a las enfermedades crónicas y sus características específicas.

En concreto, entre otros matices, se ha intentado que una vez que estas enfermedades hayan sido correctamente diagnosticadas, y su tratamiento se haya hecho efectivo, la disciplina sanitaria no termine de ver cumplida su misión hasta que se hayan prestado los cuidados paliativos necesarios, si estos hubieran sido requeridos.

**FIGURA 1**  
**ESQUEMA DE MODELO CAUSAL: CAMBIOS EN EL PERFIL**  
**DE LA DEMANDA SOCIOSANITARIA**

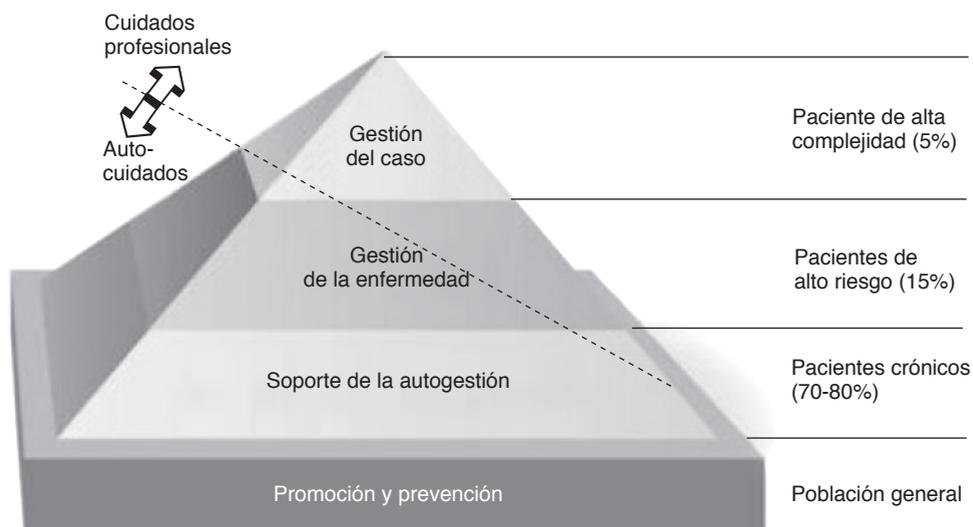


FUENTE: Antares Consulting (2010).

Una estrategia que se ha llevado a cabo con éxito en Reino Unido es la «estratificación» de pacientes crónicos basada en la Pirámide de Kaiser Permanente (Pines *et al.*, 2015), consistente en segmentar a los pacientes en función de distintos niveles de necesidades de atención sanitaria con el fin de que el facultativo gestione mejor la enfermedad crónica logrando evitar asistencias a urgencias y/o ingresos hospitalarios innecesarios, mejorando de este modo la eficiencia del sistema (Osakidetza, 2010).

Como se observa en la Figura 2, los pacientes son estratificados según su nivel de cronicidad, observándose que los pacientes de alta complejidad requieren una gestión completa del caso y el 100 por 100 de cuidados profesionales, mientras que los pacientes crónicos en estadios iniciales de la enfermedad pueden autocuidarse y

**FIGURA 2**  
**PIRÁMIDE DE KAISER PERMANENTE AMPLIADA**



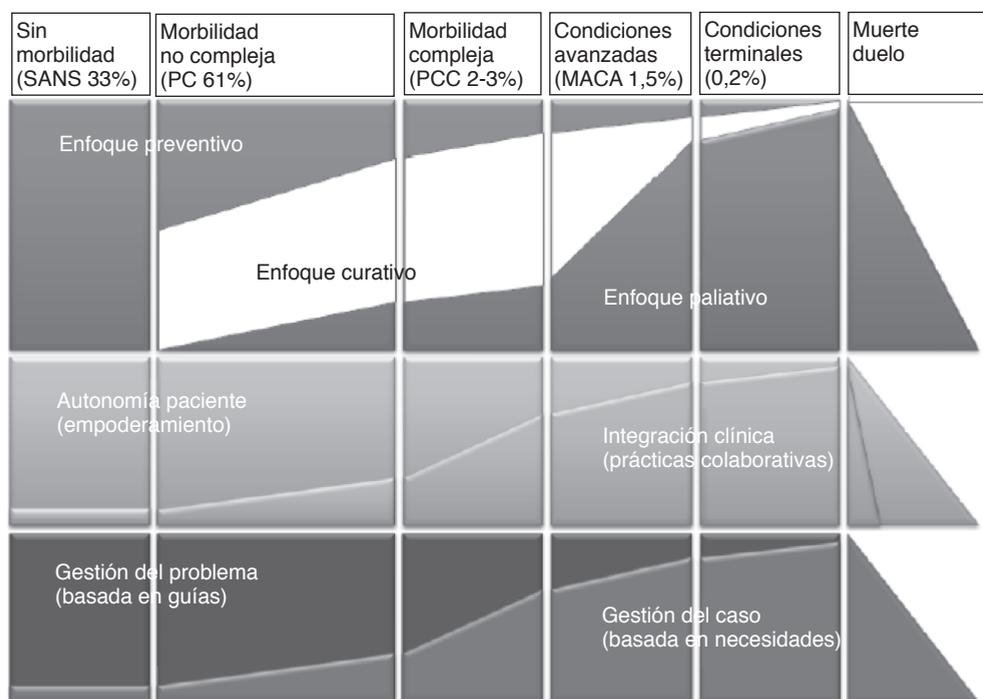
**FUENTE:** Osakidetza (2010).

es recomendable la ayuda y la orientación para la autogestión de la cronicidad. La principal meta de esta estrategia es la clasificación de los pacientes en el nivel correspondiente, y a partir de ahí, las implicaciones que se derivan de su situación para optimizar su atención.

En esta línea, Blay (2012) propone un modelo completo de atención integrado de cuidados para Cataluña en el que muestra la distribución de tipología de atención sanitaria (preventiva, curativa y paliativa) en función del tipo de morbilidad sufrida por los individuos, y cómo se reparte la atención al problema desde la óptica de gestión del problema vs. gestión del caso, representado en la Figura 3.

Este modelo se ha realizado a partir del análisis de la salud de la población catalana, y revela la distribución de la población según la situación de padecimiento de enfermedades crónicas: en este sentido, manifiesta que el 33 por 100 de la población no padece ninguna enfermedad, por lo que no precisa ningún tipo de cuidado (interviene la actividad sanitaria preventiva); un 61 por 100 padece algún tipo de comorbilidad no compleja, esto es, una o varias enfermedades de atención no compleja, donde intervienen los profesionales sanitarios en dos sentidos: por un lado intervención, y por otro, enseñanza a los pacientes de autogestión de tratamientos; un 2-3 por 100 de la población presenta algún tipo de morbilidad compleja, caracterizada por una fuerte intervención de profesionales sanitarios, igual que aquellos pacientes denominados complejos y enfermos avanzados, que representan un 1,5 por 100 de la población. Y por último, un 0,2 por 100 son enfermos terminales donde actúan los servicios paliativos en esencia (Blay, 2012).

**FIGURA 3**  
**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADO DE CUIDADOS**



↘ Puntos de inflexión en la biografía sociosanitaria    ↓ Transiciones paliativas

**FUENTE:** Blay (2012).

NOTA: SANS = Población sana; PC = Población con cronicidad (no compleja); PCC = Población con cronicidad compleja (comorbilidad compleja); MACA = Enfermos avanzados y población con cronicidad compleja avanzada.

Pese a la estratificación de pacientes en el sistema sanitario, en numerosas ocasiones las personas con enfermedades crónicas precisan una atención de cuidados que sobrepasa el alcance y la oferta de los servicios sanitarios. Fundamentalmente, se trata de la necesidad de apoyo para realizar tanto actividades básicas (aseo y cuidado personal, comer y beber, control de micción y defecación, vestirse, levantarse, acostarse, caminar, adquirir diversas posturas corporales, etc.) como actividades instrumentales de la vida diaria (ser capaz de usar adecuadamente el teléfono, preparación de las comidas, desempeño de actividades domésticas, realizar la compra, tomar la medicación, administración de las finanzas del hogar, etc.), precisando para su realización del inexorablemente apoyo de una tercera persona.

En este punto, aparece la necesidad de los cuidados de larga duración (CLD), definidos como el conjunto de prestaciones y servicios para atender las necesidades de las personas que no pueden realizar de manera autónoma las actividades de la vida diaria (Muir, 2017). Como respuesta a dicha necesidad y en plena decadencia de la

anterior fase álgida del ciclo económico español se diseña y aprueba el cuarto pilar del estado de bienestar para España (López Casanovas y del Pozo, 2010), la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, más conocida como la Ley de Dependencia. Esta Ley oferta un completo catálogo de prestaciones de servicios y económicas para atender dichas necesidades. Entre las prestaciones de servicios se recogen los servicios de atención residencial, centros de día/noche, ayuda a domicilio y teleasistencia. Por su lado, las prestaciones económicas se desagregan en prestación económica vinculada al servicio, prestación económica de asistencia personal y prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Cabe señalar que esta última prestación se diseñó para formalizar la situación de aquellas personas (familiares o amigos) que proveían cuidados informales.

El desarrollo e implementación de la Ley de Dependencia supone la ampliación de derechos sociales cimentados sobre el reconocimiento formal de una atención que se había realizado tradicionalmente a través del cuidado en el hogar de manera altruista por la familia o amigos, denominado cuidado informal (García-Calvente *et al.*, 2004; Antares Consulting, 2010) y que comienza a extinguirse como consecuencia de los nuevos cambios sociodemográficos en la sociedad española, tales como la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la reducción del tamaño y cambio en las estructuras familiares, aumento de las tasas de divorcio y reducción de las tasas de matrimonio, o los cambios en los patrones de migración rural-urbana e internacional (Mestheneos y Triantafillou, 2005; Antares Consulting, 2010).

Un breve análisis de los cuidados informales prestados en España permitirá situar al lector en contexto para comprender la carga familiar a la que nos referimos. En este sentido, nos focalizaremos en las personas que sufren discapacidad porque es uno de los colectivos en los que los cuidados se hacen más patentes e imprescindibles. Utilizamos la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 08) (Instituto Nacional de Estadística, 2008) que ofrece información sobre discapacidades, deficiencias y limitaciones, además de información socioeconómica de la población española con discapacidad. Para cuantificar las horas de cuidados informales hemos clasificado previamente a las personas con discapacidad en los distintos grados de dependencia recogidos por la Ley (grados I, II y III), ya que no se dispone de dicha información directamente. Ello se ha realizado mediante la valoración del nivel de ayuda precisada para realizar las actividades básicas y las actividades instrumentales de la vida diaria recogidas en el baremo de valoración (Boletín Oficial del Estado, 2011) y en la encuesta utilizada, siguiendo una metodología similar a otros estudios (Sosvilla-Rivero y Moral-Arce, 2011; Oliva *et al.*, 2011; del Pozo-Rubio *et al.*, 2017). En concreto, la puntuación final que categoriza la discapacidad en los grados de dependencia I, II o III, es el resultado de la suma ponderada de cada actividad básica de la vida diaria en la que precisa de apoyo el individuo y el peso que cada actividad tiene en el cómputo global y por el nivel de apoyo que requiere cada individuo. Cabe señalar que la ponderación de cada actividad que recoge el propio baremo está intrínsecamente relacionada con la edad de la persona.

En concreto, en la definición de la variable «grado de dependencia», la propia Ley de Dependencia transforma el criterio de morbilidad utilizado por Blay (2012) al número de veces que una persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. En este sentido, si necesita ayuda al menos una vez al día o de manera intermitente, se dice que el grado de dependencia es moderado o grado I; si la persona precisa ayuda dos o tres veces al día, pero no de manera permanente, el grado de dependencia es II o dependencia severa; por último, si la persona precisa esa ayuda de manera permanente, se define como gran dependencia o grado III.

Se han calculado dos estimaciones del número de horas semanales de cuidado informal que precisa el individuo antes de la puesta en funcionamiento de la Ley, y por tanto, previamente a recibir algún tipo de prestación. La primera recoge los resultados puros de la encuesta, mientras que la segunda limita a 16 el número máximo de horas diario de cuidado informal que la persona con discapacidad puede recibir, al considerar que el cuidador informal debe de disponer al menos de ocho horas diarias para descanso (Ortega-Ortega *et al.*, 2018; Peña-Longobardo y Oliva-Moreno, 2015).

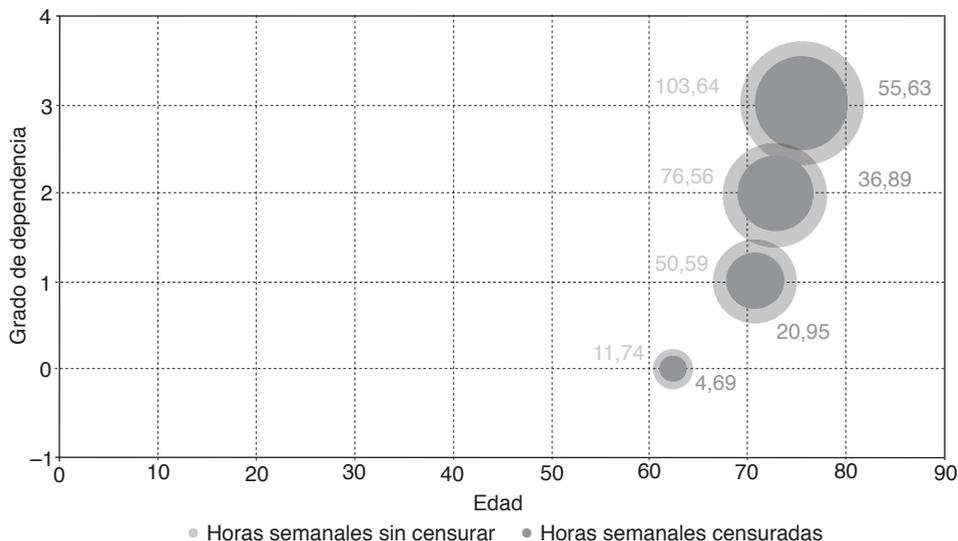
Como muestra el Gráfico 1, la media de edad según grado de dependencia es de 62,3 años (d.e. 19,00) para las personas con discapacidad pero sin dependencia (grado 0); 70,74 años (d.e. 18,00) con grado I; 72,95 años (d.e. 18,70) con grado II y para el grado III la media de edad es de 75,52 años (d.e. 20,03). Por tanto, se vislumbra cómo la dependencia concentra su severidad en edades superiores a los 65 años.

En esta misma línea, tal y como muestra el Gráfico 2, un 21,68 por 100 de las personas con discapacidad pero sin grado de dependencia recibe al menos una hora de cuidado informal; para las personas con grado I este porcentaje se incrementa hasta el 69,76 por 100; para las de grado II, hasta el 82,60 por 100; y para las de grado III, el 89,91 por 100 recibe, al menos, una hora diaria de cuidado informal.

Por tanto, como muestran los datos, el cuidado informal es muy relevante para la población con diversidad funcional. Sin embargo, este no es más que un ejemplo para comprender el coste de oportunidad que un familiar o amigo debiera de asumir para proporcionar la ayuda necesaria. Por ello, el reconocimiento formal de estas necesidades a través de la Ley de Dependencia, exhorta, a nuestro juicio, a un reconocimiento formal del Sistema de Dependencia dentro de la gestión del conjunto de servicios sanitarios y estratos de población atendidos por la actividad sanitaria. En otras palabras, la fusión íntegra y coordinada a nivel organizativo, de gestión y de información entre los distintos niveles del sistema de atención al enfermo (Figura 4).

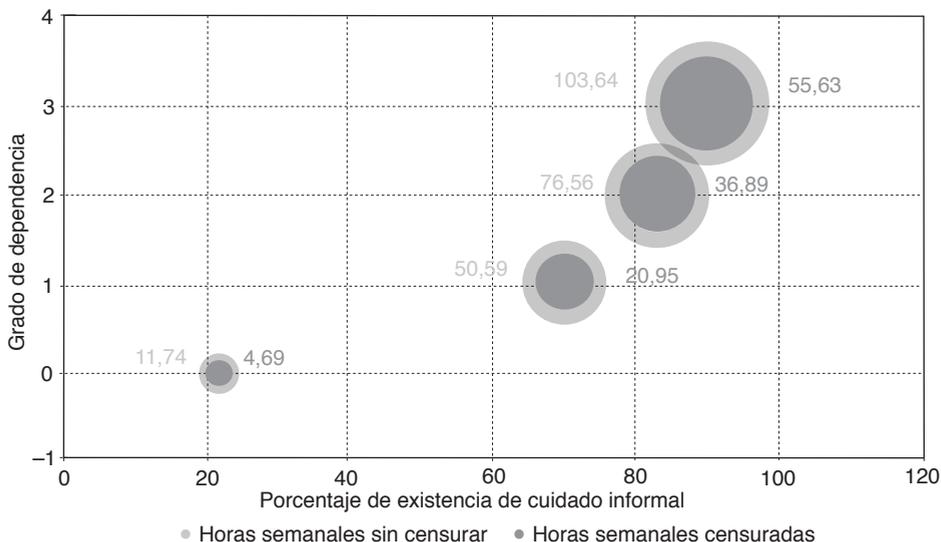
En la Figura 4 proponemos el reconocimiento de las personas con dependencia, mediante la introducción formal de un nuevo sistema de cuidados y atenciones que están intrínsecamente relacionados con la edad de los individuos, con su nivel de salud y que se encuentra obligatoriamente inmerso entre los cuidados sanitarios y los CLD. Consideramos que las personas con dependencia precisan, al menos, de la coordinación entre servicios como condición suficiente y necesaria para que su atención ostente un prisma completo de sus necesidades, evitando sesgos de valoración y dilataciones en los tiempos de reconocimiento de necesidad y actuación.

**GRÁFICO 1**  
**HORAS DE CUIDADO INFORMAL SEMANALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA Y EDAD MEDIA**



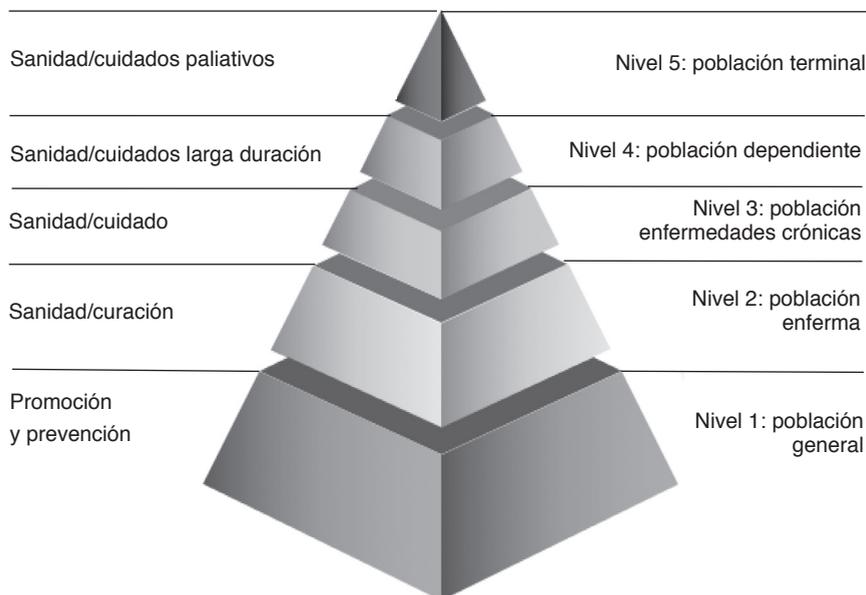
FUENTE: Elaboración propia a partir de EDAD 08.

**GRÁFICO 2**  
**PORCENTAJE DE EXISTENCIA DE CUIDADO INFORMAL Y HORAS DE CUIDADO INFORMAL SEMANALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA**



FUENTE: Elaboración propia a partir de EDAD 08.

**FIGURA 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE PREVENCIÓN, SANITARIOS, DE LARGA DURACIÓN Y PALIATIVOS SEGÚN ESTRATO DE POBLACIÓN**



FUENTE: Elaboración propia a partir de la Pirámide Kaiser Permanente Ampliada.

### 3. ¿Es necesaria la coordinación y/o integración entre sanidad y cuidados de larga duración?

El reconocimiento formal de atención social a las personas dependientes supuso un adelanto en nuestra sociedad del bienestar. Desde su implementación, cabe destacar la asistencia formal a más de un millón de personas, pese a las limitaciones y deficiencias de la Ley en su puesta en funcionamiento, como las largas listas de espera entre la solicitud y la puesta en efectivo de la ayuda concedida. En abril de 2013 (último dato conocido) el tiempo medio de concesión de prestaciones era de 219 días, con importantes disparidades intercomunitarias (Tribunal de Cuentas, 2013).

Según la información ofrecida por el Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del SAAD-IMSERSO (IMSERSO, 2018), a fecha de 1 de enero de 2018, el sistema contaba con un total de 1.264.951 personas con derecho a recibir prestación de dependencia según la Ley; de éstas, el 32,74 por 100 tenían un grado I de dependencia, el 37,61 por 100 un grado II y el 29,65 por 100 restante un grado III. En la misma fecha, había 954.831 personas recibiendo efectivamente un total de 1.178.011 prestaciones, lo que pone de manifiesto, por un lado, que de media cada persona recibe 1,24 prestaciones, y por otro lado, que más de 300.000 personas permanecen en lista de espera para recibir

una prestación. En términos de prestaciones, el 46,83 por 100 de las concesiones son prestaciones de servicios (16,62 por 100 corresponden a servicio de atención residencial, 9,62 por 100 a centros de día/noche y 20,59 por 100 a servicios de ayuda a domicilio) y el 53,17 por 100 restante prestaciones económicas (11,70 por 100 de prestación económica vinculada al servicio, 0,70 por 100 de prestación económica de asistencia personal y 40,76 por 100 de prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales). En relación a este último punto, no debemos olvidar que el legislador confirió inicialmente un claro carácter de preferencia a las prestaciones de servicios relegando a una situación de excepcionalidad las prestaciones económicas, en especial, a la prestación diseñada para el cuidado informal. Sin embargo, bien es cierto, como se observa, que una década después de la implementación de la Ley, cuatro de cada diez prestaciones de dependencia corresponden a la citada prestación económica para el cuidado informal.

Es importante destacar que de las personas que reciben prestación dos tercios son mujeres (65,5 por 100) mientras que el tercio restante son hombres; el 72,22 por 100 tiene una edad superior a 65 años, concentrándose más de la mitad de las mismas en el estrato de población de 80 años y superior (54,57 por 100). Esto muestra la acentuación del denominado envejecimiento del envejecimiento, cómo la población envejece más, y cómo el estrato de población más envejecido aglutina más problemas de salud y dependencia debido al propio hecho de envejecer.

Una de las características esenciales de las personas con dependencia es el tránsito continuado entre servicios sanitarios (atención primaria y especializada u hospitalaria) y los servicios sociales. Esto es, existe un importante segmento de población que comparte la necesidad de cuidados sanitarios y de cuidados de larga duración, entre otras cosas, debido a la avanzada edad de la población con dependencia y las comorbilidades existentes, como se ha comentado anteriormente. Sin embargo, cuando desde los servicios sociales se tiene que hacer uso de los sanitarios, en diversas ocasiones las necesidades apremian la atención en tiempo y forma: en este punto, se precisa información sociodemográfica para atender al individuo con la mayor garantía y calidad posibles. Por otro lado, cuando la dependencia es sobrevenida y los servicios de salud atienden a los pacientes, una vez que estos servicios han realizado su función, y su fase curativa y de control han sido llevadas a cabo, la siguiente fase se corresponde con la normalización e incorporación a la vida diaria, situación altamente complicada cuando las limitaciones asociadas a su enfermedad desarrollan una dependencia parcial o total en el individuo. Ello implica que los tiempos de trabajo y actuación sobre sus necesidades debieran de ser minimizados, por lo que una coordinación adecuada sobre su intervención sanitaria y atención de cuidados no solo es precisa, sino que de ella depende el éxito o el fracaso de las intervenciones en los pacientes y del sistema de bienestar.

Bengoa y Nuño (2008) desgranar detalladamente la relevancia de la conjunción de ambos términos «atención integrada» y «coordinación sociosanitaria», a partir de distintos modelos de atención analizados en la literatura. En primer lugar, el término atención integrada, pese a la falta aún de consenso en su interpretación, puede enten-

derse como el «conjunto de técnicas y modelos organizativos designados para crear conectividad, alineación y colaboración entre la atención sanitaria y social (y dentro de ellas), en los niveles de financiación, gestión y provisión» (Kodner y Kyriacou, 2000). Se trataría en cualquier caso de integración de tres ámbitos: integración de la planificación, integración de la gestión e integración de la prestación efectiva de servicios (Oliva, 2014; Jiménez-Martín *et al.*, 2011). En segundo lugar y de manera complementaria, la coordinación sociosanitaria es definida en España como «el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas mayores dependientes» (INSALUD-IMSERSO, 1995). En otras palabras, la coordinación puede entenderse como la relación entre organizaciones independientes y la integración como la fusión de esas organizaciones (Bengoa y Nuño, 2008). Partiendo de esto, Bengoa y Nuño (2008) funden los conceptos de atención integrada y coordinación sociosanitaria, donde ponen de manifiesto que los recursos sociales y sanitarios tienen por objeto ser ordenados de acuerdo a cumplir el objetivo de atender las necesidades sociosanitarias (ampliando el concepto de enfermedades crónicas) de los individuos. Sin embargo, existen múltiples combinaciones entre coordinación e integración: completa integración vs. completa coordinación; integración de la planificación (gestión y provisión coordinadas); integración de la planificación y de la gestión (provisión coordinada); integración de la planificación, la gestión y la provisión (en este último caso, cuando los perfiles de atención a pacientes lo permitan, según las necesidades; en los restantes, obligatoriamente provisión coordinada).

Tratando de dar respuesta a estas necesidades sociosanitarias, son varias las autoridades que ya han apostado por un tipo de atención sociosanitaria integrada. Dentro de la evidencia empírica destaca el trabajo de Beland y Hollander (2011), en el que se realiza una revisión sistemática internacional de los modelos de integración sanitaria y CLD para personas mayores frágiles. Destacan la existencia de dos tipos de modelos básicos de atención sanitaria integrada: un modelo comunitario o local sustentado en la coordinación entre asistencia sanitaria y social, centrado en la asistencia domiciliaria; y un modelo a mayor escala caracterizado por tener una autoridad administrativa única, un único presupuesto en el que se incluyen tanto servicios sanitarios como sociales (residenciales o domiciliarios), y cuya autoridad podía ser desde local hasta nacional, obviamente con mayor dificultad de implementación. Independientemente del modelo adoptado por cada país, Beland y Hollander (2011) destacan como factor clave del éxito la necesidad de coordinación efectiva entre servicios de distinta naturaleza.

En nuestro contexto nacional se están realizando importantes avances regionales en torno a la atención integrada destacando como líderes de dicho cambio las Comunidades Autónomas de Madrid, Andalucía, Cataluña, Castilla y León o País Vasco (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012); Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2013); Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris de la Generalitat de Catalunya (2012); Consejería de Salud de

la Junta de Andalucía (2012); Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León (2013); Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco (2010)). El Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS) se encarga de identificar y analizar experiencias de coordinación de los sectores social y sanitario en España y señala a la Comunidad Valenciana, Extremadura y Asturias como las comunidades más recientes en avanzar en esta línea a lo largo del año 2016. Según este Observatorio, la apuesta del resto de comunidades es poco apreciable (New Health Foundation, 2017). En este sentido, Andalucía se caracteriza por el desarrollo de un itinerario de atención compartida para personas con enfermedad grave crónica y sus familiares; la Comunidad de Madrid también se enmarca en la atención de pacientes con enfermedades crónicas; Castilla y León destaca por su impulso en pacientes crónicos pluripatológicos complejos y con enfermedades mentales; Cataluña ha implementado un modelo de atención integrada social y sanitaria fundada en la cronicidad con una gestión estable en la actualidad; y el País Vasco destaca entre el resto de regiones por sus estrategias de acción centradas en la ciudadanía, dando respuestas a las necesidades sociosanitarias individuales y colectivas (New Health Foundation, 2017). Sin embargo, la falta de consenso en los modelos de atención integrada entre regiones y su leve puesta en práctica, nos arrojan unos resultados débiles, fundamentalmente teóricos, dificultando la postulación de un modelo concreto a nivel nacional. Se trata de actuaciones más de forma que de fondo: si bien los diseños e intenciones son contundentes, los resultados obtenidos reflejan tímidos avances. En cualquier caso, el diseño de políticas sociosanitarias a partir del diseño de estrategias específicas de actuación desde los gobiernos estatal y comunitario no solo son procedentes, sino que su rapidez en diseño y formulación son precisadas por el segmento de población dependiente.

Tomaremos como ejemplo el caso de País Vasco, dado que su apuesta ha sido, junto con la catalana, la más visible, alcanzando un gran reconocimiento a nivel internacional según el OMIS. El País Vasco destaca por el encabezamiento pionero en políticas y estrategias de cronicidad (Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco, 2010). Como ejemplo, la elaboración de las cinco políticas y catorce proyectos estratégicos recogidos en el Cuadro 1 (Nuño-Solinís, 2016). Entre las conclusiones principales derivadas de la evaluación de la implementación de este paquete estratégico en plena crisis económica española, se han observado cambios importantes en la cultura de integración asistencial de gestores y clínicos, junto a una progresiva orientación de las organizaciones hacia el modelo de atención basado en la cronicidad. Destacan, como resultados relevantes, la reducción en utilización hospitalaria, readmisión de enfermos crónicos o la percepción de la coordinación social y sanitaria entre los pacientes. No obstante, resaltan que la resistencia o pasividad de grupos de interés importantes en el proceso de cambio fue una de las principales contrariedades halladas en su apuesta (desde el conjunto de decisores políticos hasta colectivos de trabajadores), lo que ha redundado en conseguir una integración con marcados tintes de debilidad (Urtaran-Laresgoiti *et al.*, 2018; Nuño-Solinís, 2016).

**CUADRO 1**  
**POLÍTICAS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE LA ESTRATEGIA**  
**DE CRONICIDAD EN EL PAÍS VASCO**

Visión poblacional	Prevención y promoción	Autonomía del paciente	Continuo de atención	Intervenciones personalizadas
1. Estratificación y <i>targeting</i> de la población 14. Innovación desde los profesionales clínicos	2. Intervenciones sobre los principales factores de riesgo	3. Autocuidado y educación al paciente: paciente experto 4. Apoyo a la adopción de las nuevas tecnologías por parte de las asociaciones de pacientes crónicos	5. Historia clínica unificada 6. Atención clínica integrada 7. Desarrollo de hospitales de subagudos 8. Competencias avanzadas de enfermería 9. Colaboración sociosanitaria 10. Financiación y contratación	11. OSAREAN: centro multicanal 12. Receta electrónica 13. Centro de investigación de cronicidad

FUENTE: Nuño-Solinís (2016).

Siguiendo esta última línea, Bengoa (2015) advierte de tres problemas relevantes que pueden frenar el proceso de transformación y adaptación del sector sociosanitario: en primer lugar, existe una visión individual y compartida por parte de muchos actores principales del sector sobre que un esquema de atención basado en gestión de agudos se configura como la mejor elección posible; en segundo lugar, una profunda modificación del sector hacia un nuevo objetivo es imposible si no se cuenta con la complicidad de los profesionales de la salud, puesto que se precisa inexorablemente aunar la excelencia clínica y la conducción de los procesos de gestión; por último, es necesario el liderazgo de esta transformación. En cualquier caso, el tránsito de los sistemas de salud hacia una optimización del cuidado a pacientes crónicos requiere cambios específicos en la práctica clínica diaria, educación y formación clínica, medidas de calidad, investigación clínica y diseño de políticas (Bierman y Tinetti, 2016).

Hay que señalar que pocos son los estudios que se han llevado a cabo para evaluar económicamente la atención integrada, y la comparativa entre los existentes es complicada debido a la falta de consenso en la definición y acotaciones de la «atención integrada» a nivel internacional (Desmedt *et al.*, 2016; Nolte y Pitchman, 2014). Pese a ello, los últimos estudios muestran un beneficioso impacto económico de los modelos de atención integrada en los pacientes crónicos reflejando a su vez grandes beneficios en la salud (Cronin *et al.*, 2017; Desmedt *et al.*, 2016). Si bien es cierto que, en futuras investigaciones, la atención integrada, ya sea entendida como una intervención que como tal ha de ser coste-efectiva o como una estrategia de gestión innovadora que engloba múltiples niveles, ha de ser evaluada a largo plazo tanto en términos económicos como de resultados en salud, con el objetivo de generar conclusiones apropiadas para la correcta toma de decisiones (Nolte y Pitchman, 2014).

Hasta el momento, la evidencia empírica nacional en el ámbito sanitario, ha vislumbrado que la integración entre servicios de atención primaria y hospitalaria es positiva, tal y como muestra la revisión sistemática llevada a cabo por Corral-Gudino *et al.* (2017), especialmente beneficiosa en los resultados observados con el autocuidado. Asimismo, un reciente trabajo de Costa-Font *et al.* (2016) muestra cómo el desarrollo de la Ley de Dependencia ha implicado una reducción significativa tanto en admisiones hospitalarias como en los días de estancia hospitalaria, especialmente en aquellas regiones que coordinan e integran sistemas de salud y bienestar social. En este sentido, un análisis del impacto económico podría complementar la información aportada para la toma de futuras decisiones políticas.

#### 4. Avances hacia el futuro

La atención a la cronicidad se postula como el camino marcado por la agenda médica, donde los avances tecnológicos y clínicos pretenden lograr el control de la enfermedad evitando la mortalidad y mejorando la calidad de vida de los individuos. Cinco son las enfermedades crónicas más comunes en el mundo según la Organización Mundial de la Salud: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, mentales o neurológicas, respiratorias y las osteoarticulares (American Cancer Society, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2015). Muchas de estas patologías, por el propio transcurso de la enfermedad, es probable que desemboquen en una situación de dependencia del individuo y de necesidad de ayuda para el desempeño de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, por lo que la sociedad ha de ser corresponsable del desarrollo de sistemas que permitan el acogimiento y la gestión integral de la enfermedad y la dependencia en un marco de bienestar. La Ley de Dependencia es un camino iniciado hacia el reconocimiento formal de la situación de dependencia sobrevenida por las distintas enfermedades que la generan.

Sin embargo, dada la joven maduración de la Ley de Dependencia, son escasos los trabajos de necesidades de integración o coordinación de estructuras sanitaria y social con datos reales, así como de evaluación de las exiguas iniciativas llevadas a cabo. Los cambios sociales producidos en las últimas décadas como el aumento de la esperanza de vida, la cronicidad de las enfermedades ante la mortalidad o la inminente desaparición de los cuidadores informales, suponen una llamada de atención, como mínimo, a la coordinación de los sistemas de asistencia sanitaria y de asistencia social: esto es, la conexión del cuidado sanitario del enfermo con las ayudas sociales al mismo y su cuidador como punto de partida, y su trascendencia para el resto de ámbitos implicados. Por ello, ambos sistemas deben inexorablemente ejercer una función complementaria e ir de la mano, compartiendo información relativa a la gestión del paciente.

Se ha observado que el tránsito de una situación de no dependencia a dependencia moderada supone un incremento en el gasto que oscila entre el 150 por 100 y el 400 por 100, en función de la edad de la persona, siendo el gasto de atención social el que

más claramente aumenta, entre un 500 por 100 y un 2.000 por 100 (Jiménez-Martín *et al.* 2011). En este sentido, si bien una de las características esenciales de la definición de dependencia es el «carácter permanente» de las limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el propio colectivo de trabajadores sociales que trabaja directamente con las personas dependientes ha observado, en un número importante de casos, que tras la puesta efectiva de la prestación, la situación socio-sanitaria de la persona ha mejorado, observándose una reducción de sus limitaciones y su dependencia, y en consecuencia, una potencial reducción del grado de dependencia. Son necesarios por tanto estudios enfocados en esta dirección, puesto que además de poder permitir una mejor planificación de recursos públicos (y privados) a lo largo del ciclo vital de las personas, contribuyen a retrasar y reducir la duración de las situaciones más severas de dependencia, que por otro lado, son las que mayores cantidades de recursos sanitarios consumen. Por tanto, una atención conjunta de servicios sanitarios y sociales podría hacer posible el ahorro de costes y mejorar de la eficiencia del sistema (Jiménez-Martín *et al.*, 2011).

Una propuesta muy discutida desde los inicios del diseño de la Ley se refiere a su financiación: si dicha Ley no debía haber sido sino una prolongación de las prestaciones recogidas por el catálogo de la Seguridad Social, y su financiación, la misma que la de esta. No parece lógico que un sistema de financiación separado y estanco de servicios sanitarios y sociales permita asignar de manera eficiente los recursos de ambos sistemas (Jiménez-Martín *et al.*, 2011). Por tanto, un sistema conjunto que considere sanidad y bienestar social como subsistemas, y que cuente con una financiación conjunta e integrada recogida en la correspondiente Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas en lugar de dotación en los Presupuestos Generales del Estado, permitiría que la integración fuera, cuanto menos, exhortativa.

En este sentido, un debate sobre la financiación pública del nuevo marco de dependencia sería relevante, pudiéndose proponer la creación de nuevas herramientas fiscales dada la actual insuficiencia financiera mostrada, ya sea mediante el afianzamiento de los copagos introducidos en la reforma legislativa de 2012 según capacidad económica, o mediante el fomento fiscal de sistemas de aseguramiento público, privado o mixto de la dependencia.

Los autores se unen indudablemente a la propuesta de la creación de una única área de política denominada «socio-sanitaria», que pudiera abarcar de manera integral la infraestructura de los servicios sanitarios y los servicios sociales y que permitiera reducir los tiempos de espera en cualquiera de los trámites burocráticos a realizar, no solo intervenciones sanitarias o recepción efectiva de prestaciones, sino también esperas de notificaciones, valoraciones, baremaciones o revisiones de grado y prestaciones. Tanto el personal que participa en todos los ámbitos inherentes al sistema socio-sanitario como las herramientas informáticas que recogen la información de las personas con dependencia son figuras clave. Sin embargo, la culminación con éxito de la integración de los sistemas sanitario y social no está exenta de importantes limitaciones y elevados riesgos, fundamentalmente de contenido y de proceso. Es por este motivo que consideramos, como garante del éxito de la conjunción de las

dos áreas citadas, un paso previo hacia una coordinación profunda y contundente de ambos sistemas. En primer lugar, avances en la coordinación de los ámbitos de planificación y gestión permitirían construir unos verdaderos y consolidados cimientos de la política sociosanitaria, donde una única autoridad se postularía como piedra angular de una posterior integración de actividad. Tras ello, dado que la integración de la prestación efectiva de la cartera de servicios solo se podría realizar con perfiles de atención y necesidad similares, y bajo criterios de idéntica naturaleza, una segregación de prestaciones que distinga entre las orientadas a la integración y las encaminadas a una coordinación máxima, permitiría consolidar el proceso de fusión de las dos áreas en una. Todo ello sin soslayar la figura de la persona dependiente como referencia.

En suma, se propone una perfecta coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, como paso previo a una futura integración completa a largo plazo de los sistemas sanitario y social, en el que se repartan competencias y responsabilidades, comenzando con una estructura jerárquica de seguimiento del paciente, siguiendo por el tratamiento clínico de la enfermedad, continuando con el mantenimiento y control de la cronicidad a nivel sanitario, e incluyendo el eslabón de la asistencia de la dependencia previa a los cuidados paliativos.

## Referencias bibliográficas

- [1] ABELLÁN GARCÍA, A.; AYALA GARCÍA, A. y PUJOL RODRÍGUEZ, R. (2017). «Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos». *Informes de Envejecimiento en Red*, 15.
- [2] ALBI, E.; GONZÁLEZ-PÁRAMO, J.; URBANOS, R. y ZUBIRI, I. (2017). *Economía Pública I*. Barcelona, Ariel, 4.ª ed.
- [3] ALDCROFT, D. H. (1997). *Historia económica europea, 1914-1980*. Barcelona, Crítica.
- [4] ALONSO, J. A. (2009). *Lecciones sobre economía mundial*. Madrid, Thomson Civitas.
- [5] AMERICAN CANCER SOCIETY (2018). «Managing cancer as a chronic illness». Disponible en [www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/when-cancer-doesnt-go-away.html](http://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/when-cancer-doesnt-go-away.html)
- [6] ANTARES CONSULTING (2010). «Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España». Disponible en [www.antares-consulting.com](http://www.antares-consulting.com).
- [7] ASHFORD, D. E. y GIMENO, B. (1989). *La aparición de los Estados de Bienestar*. Centro de Publicaciones, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- [8] BELAND, F. y HOLLANDER, M. J. (2011). «Integrated Models of Care Delivery for the Frail Elderly: International Perspectives». *Gaceta Sanitaria*, 25, 38-46.
- [9] BENGEOA RENTERÍA, R. (2015). «El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar». *Gaceta Sanitaria*, 29 (5), 323-325.
- [10] BENGEOA, R. y NUÑO, R. (2008). *Curar y cuidar. Innovación en la calidad y la gestión de las enfermedades crónicas. Una guía práctica para avanzar*.
- [11] BIERMAN, A. S. y TINETTI, M. E. (2016). «Precision medicine to precision care: managing multimorbidity». *The Lancet*, 388 (10061), 2721-2723.

- [12] BIRD, R. M. (1971). «Wagner's o Law'of Expanding State Activity». *Public Finance, Finances publiques*, 26 (1), 1-26.
- [13] BLAY, C. (2012). *Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC)*. Departamento de Salud de Cataluña.
- [14] BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2011). Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- [15] CASTELLS-OLIVERES, A. M. y BOSCH-ROCA, N. (1998). *El futuro del Estado del Bienestar: algunas líneas de reflexión*. Civitas.
- [16] COMISIÓN EUROPEA (2015). «The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)». *Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Economic Policy Committee (AWG)*, 3.
- [17] CONDE-RUIZ, J. I. y OCAÑA-ORBIS, C. (2007). «Análisis cuantitativo del estado de bienestar en Europa: Modelos y resultados». *Documento de Trabajo FEDEA*, 3, 03.
- [18] CONSEJERÍA DE SALUD DE ANDALUCÍA (2012). *Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas. 2012-2016*.
- [19] CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CASTILLA Y LEÓN (2013). *Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León*.
- [20] CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2013). *Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid*.
- [21] CORRAL-GUDINO, L.; CENGOTITA-BENGOA, M. B.; JORGE-SÁNCHEZ, R. y GARCÍA-APARICIO, J. (2017). «El paciente y su travesía entre la atención primaria y la hospitalaria. Revisión sistemática de ensayos clínicos para la implementación de herramientas para la integración en España». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40 (3), 443-459.
- [22] COSTA-FONT, J.; JIMÉNEZ-MARTÍNEZ, S. y VILAPLANA, C. (2016). «Does long-term care subsidisation reduce hospital admissions?». *CESifo Working Papers*, 6078.
- [23] CRONIN, J.; MURPHY, A. y SAVAGE, E. (2017). «Can chronic disease be managed through integrated care cost-effectively? Evidence from a systematic review». *Irish Journal of Medical Science*, 186, 827.
- [24] DEL POZO-RUBIO, R.; PARDO-GARCÍA, I. y ESCRIBANO-SOTOS, F. (2017). «El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012». *Gaceta Sanitaria*, 31 (1), 23-29.
- [25] DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DE PAÍS VASCO (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*.
- [26] DIRECCIÓ GENERAL DE REGULACIÓ, PLANIFICACIÓ I RECURSOS SANITARIS DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (2012). *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document conceptual*.
- [27] DESMEDT, M.; VERTRIES S.; HELLINGS, J.; BERGS, J.; DESSERS, E.; VANFRUNKELSVEN, P.; VRIJHOEF, H.; ANNEMANS, L.; VERHAEGHE, N. y PETROVIC, M. (2016). «Economic Impact of Integrated Care Models for Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review». *Value in Health*, 19 (6), 892-902.
- [28] ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

- [29] ESPING-ANDERSEN, G., y PALIER, B. (2010). *Los tres grandes retos del Estado del bienestar*. Grupo Planeta.
- [30] EUROSTAT (2018). *STATISTICS-Explained. Government expenditure by function*.
- [31] FUSI, J. P. y PALAFOX, J. (1997). *España: 1808-1996. El desafío de la modernidad*. Madrid, Espasa.
- [32] GARCÍA-CALVENTE, M. M.; MATEO-RODRÍGUEZ, I. y EGUIGUREN, A. P. (2004). «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad». *Gaceta Sanitaria*, 18 (4), 132-139.
- [33] GONZÁLEZ-PÁRAMO, J. y RAYMOND BARA, J. (1988). «¿Por qué el gasto público tiende a crecer?». *Papeles de Economía Española*, 37, 145-149.
- [34] IMSERSO (2018). «Datos sobre el estado de situación de la gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)». Disponible en <http://www.imserso-dependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>.
- [35] INSALUD-IMSERSO (1995). *Jornadas europeas sobre atención a las personas mayores dependientes. La respuesta socio-sanitaria*. Madrid.
- [36] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2018). *Demografía y sociedad. Estadísticas del censo continuo*.
- [37] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2008). *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*.
- [38] JAÉN-GARCÍA, M. (2004). *La ley de Wagner: un análisis sintético*. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales.
- [39] JIMÉNEZ-MARTÍN, S.; OLIVA, J.; VILAPLANA PRIETO, C.; HERRERA, E.; MUÑOZ, I. y MARTÍN, V. (2011). *Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio*. Madrid, Círculo de la Sanidad.
- [40] KODNER, D. L. y KYRIACOU, C. K. (2000). «Fully integrated care for frail elderly: two American models». *International Journal of Integrated Care*, 1.
- [41] LÓPEZ-CASANOVAS, G. y DEL POZO RUBIO, R. (2010). «La protección social de los problemas de dependencia en España». *Documentos de Trabajo Fundación CASER-CRES*, 1.
- [42] LÓPEZ CASANOVAS, G. (2009). «Análisis económico de la cobertura de la dependencia: algunas reflexiones sobre las causas y consecuencias de los déficits de la regulación actual». *Cuadernos Aragoneses de Economía*, 19 (2), 245-263.
- [43] LUHMANN, N. y VALLESPÍN, F. (1993). *Teoría política en el Estado de Bienestar*. Madrid, Alianza.
- [44] MESTHENEOS, E. y TRIANTAFILLOU, J. (2005). *Supporting family carers of older people in Europe-The Pan-European background report*. Siglo del Hombre Editores.
- [45] MINISTERIO DE SANIDAD. (2018). *El Sistema Público de Servicios Sociales. Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales 2015-2016*. Madrid.
- [46] MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- [47] NEW HEALTH FOUNDATION (2017). *Experiencias de atención integrada en España. Informe OMIS 2016*. Observatorio de Modelos Integrados en Salud.
- [48] MUIR, T. (2017). «Measuring social protection for long-term care». *OECD Health Working Papers*, 93.
- [49] MUSGRAVE, R. A. (1969). *Fiscal Systems*. New Haven and London: Yale University Press.

- [50] NAVARRO, V. (2000). *Globalización económica, poder político y Estado del bienestar*: Ariel.
- [51] NOLTE, E. y PITCHFORTH, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*. World Health Organization Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Summary 11.
- [52] NUÑO-SOLINÍS, R. (2016). «Desarrollo e implementación de la estrategia de cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas». *Gaceta Sanitaria*, 30, 106-110.
- [53] OCDE (2017). *Health at Glance*.
- [54] OLIVA, J. (2014). «Análisis y líneas de avance en tres dimensiones del sistema de autonomía personal y atención a la dependencia». *Revista de Actas de la Dependencia Fundación Caser*, 12.
- [55] OLIVA, J.; VILAPLANA, C. y OSUNA, R. (2011). «El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España». *Gaceta Sanitaria*, 25, 108-114.
- [56] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, World Health Organization.
- [57] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2016). *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals*: Geneva, World Health Organization.
- [58] ORTEGA-ORTEGA, M.; MONTERO-GRANADOS, R. y JIMÉNEZ-AGUILERA, J. D. (2018). «Differences in the economic valuation and determining factors of informal care over time: the case of blood cancer». *Gaceta Sanitaria*, 32 (5), 411-417.
- [59] OSAKIDETZA (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Eusko Jaurlaritz. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo.
- [60] PEÑA-LONGBARDO, L. M. y OLIVA-MORENO, J. (2015). «Economic valuation and determinants of informal care to people with Alzheimer's disease». *The European Journal of Health Economics*, 16 (5), 507-515.
- [61] PÉREZ-GARCÍA, F. (2011). *Crecimiento y competitividad: trayectoria y perspectivas de la economía española*. Madrid, Fundación BBVA.
- [62] PINES, J.; SELEVAN, J.; MCSTAY, F.; GEORGE, M. y MCCLELLAN, M. (2015). *Kaiser Permanente-California: a model for integrated care for the ill and injured*. The Brookings Institution.
- [63] SOSVILLA-RIVERO, S. y MORAL-ARCE, I. (2011). «Estimación de los beneficiarios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045». *Gaceta Sanitaria*, 25, 66-77.
- [64] TEDD DE LORCA, P. (1996). «De la primera a la segunda Restauración. El Sector Público y la modernización de la economía española, 1875-1975». *Ayer* (21), 15-49.
- [65] TRIBUNAL DE CUENTAS. (2013). *Informe de fiscalización 977 de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid, Tribunal de Cuentas.
- [66] URTARAN-LAREGOITI, M.; ÁLVAREZ-ROSETE, A. y NUÑO-SOLINÍS, R. (2018). «A system-wide transformation towards integrated care in the Basque Country: A realist evaluation». *International Journal of Health Coordination*, 21 (3), 98-0108.



# Mirando más allá de los servicios de atención sanitaria: el papel de la salud pública

Blanca Lumbreras  
Universidad Miguel Hernández, Alicante

## Resumen

*La salud pública tiene un papel prioritario en la mejora de la salud de la población, a través de los distintos aspectos que se presentan en este artículo y que van más allá de la actuación de los servicios asistenciales. En primer lugar, la salud global, aceptando que los problemas de salud son globales y que requieren acciones a nivel global, así como la necesidad de incorporar la investigación operacional en la toma de decisiones. En segundo lugar, los determinantes sociales y cómo afectan al binomio salud-enfermedad. Asimismo, el desarrollo e implementación de la estrategia Salud en Todas las Políticas y la reducción de la medicalización creciente de la sociedad.*

**Palabras clave:** atención sanitaria, salud pública, salud global, determinantes sociales, medicalización.

**Clasificación JEL:** I11, I18, I38.

## Abstract

*Public health has a priority role in improving the health of the population, through the different aspects presented in this article, that go beyond the performance of health care services. Firstly, global health, accepting that health problems are global and require actions at a global level, together with the need to incorporate operational research into decision-making. Secondly, the social determinants and how they affect the health-disease binomial. Also, the development and implementation of the strategy Health in All Policies, and the reduction of the increasing medicalization of society.*

**Keywords:** health care, public health, global health, social determinants, medicalization.

**JEL classification:** I11, I18, I38.

## 1. Introducción

Los cambios políticos y sociales que se han dado en las últimas décadas a nivel global, la generación de nuevo conocimiento en salud pública en múltiples disciplinas y las innovaciones en la práctica de la salud pública en los ámbitos sanitarios, otorgan un papel relevante a la salud pública en la mejora de la salud poblacional, más allá de la actuación de los servicios asistenciales.

Algunos de los aspectos de la salud pública que pueden incidir con más relevancia en su relación con la atención sanitaria son: la salud global y la gobernanza global en salud; los determinantes sociales y cómo afectan al binomio salud-enfermedad; aspectos relevantes del buen gobierno sanitario, como se describe en el artículo de Ildefonso Hernández en este monográfico; la estrategia Salud en Todas

las Políticas, y la medicalización creciente de la sociedad, entre otros. Aunque todos estos aspectos están interrelacionados entre sí, para una mayor claridad, en este artículo se expondrán de manera independiente.

Relacionados con todos ellos se encuentran la ética y la salud pública, que han aportado criterios para la consideración de cuestiones que afectan a la salud de la población, tales como es el dispendio en la investigación y el retorno social de la ciencia, la utilización inadecuada de los recursos sanitarios, o la participación del sector privado en acciones de promoción de salud en las que hay obvios conflictos de interés (Hernández-Aguado *et al.*, 2016). La ética, cuyas aplicaciones han estado hasta hace poco menos desarrolladas en el ámbito de la salud pública que en la asistencia sanitaria, está mostrando una gran utilidad en la consideración de las decisiones relativas a las intervenciones en salud pública. En particular, los nuevos marcos de ética en salud pública del siglo XXI aportan las claves para abordar los dilemas éticos planteados por la cuestión sobre quién tiene responsabilidad en la salud de las poblaciones, facilitando la toma de decisiones en aquellas intervenciones que deben armonizar las preferencias individuales y el interés comunitario (Nuffield Council on Bioethics, 2014).

## 2. La salud global

La salud pública y la salud internacional a lo largo del tiempo han realizado esfuerzos en combatir las enfermedades con perspectivas diversas que les han hecho poner el énfasis de su acción bien en problemas específicos de salud, con una mayor preferencia por las enfermedades transmisibles en el caso de la salud internacional, bien en los condicionantes de salud en el caso de la salud pública en los últimos decenios. La salud global, que deviene de ambas, surge a partir de la constatación de que algunos de los condicionantes claves de la salud son supranacionales y por tanto las soluciones deben ser de carácter global. La salud global abarca acciones que van desde la defensa del acceso universal a los servicios de salud a la modificación de la gobernanza global en ámbitos como el comercio, la propiedad intelectual o la cooperación, al objeto de mejorar la salud en términos absolutos a nivel global, así como favorecer la equidad en salud entre los países y entre toda la población en cada país. Uno de los aspectos relevantes de la salud global es que asume la visión más actual de la salud pública, incorporando la visión de los condicionantes sociales de la salud y la necesidad de incluir la salud y la equidad en salud en el conjunto de las políticas públicas y privadas (véase apartado 4) dirigidas a una mejor salud de las poblaciones.

La última revisión de la Carga Global de Enfermedad (*Global Burden of Disease*), publicada por Lancet, en sus análisis del periodo 1990-2010, muestra cómo los factores de riesgo de enfermedades han cambiado sustancialmente entre los años de estudio, con factores de riesgo que causan enfermedades transmisibles en niños a aquellos relacionados con enfermedades no transmisibles en adultos (Lim *et al.*, 2012).

Estos cambios se relacionan con el envejecimiento de la población, la disminución de la mortalidad en niños menores de cinco años y cambios en la exposición a factores de riesgo, asociados en muchas ocasiones a la pobreza y a la falta de infraestructuras y recursos sanitarios, así como a la ausencia de políticas públicas saludables en los países en vías de desarrollo, e influyen en las necesidades de salud a nivel global.

En este punto, es importante señalar la importancia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales. A finales de septiembre de 2015, después de un largo proceso, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que incorpora 17 ODS, estructurados en 169 metas (Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 25 septiembre de 2015). Estos objetivos se basan en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), fijados en el año 2000 y que debían cumplirse para el año 2015, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia, entre otras prioridades (Naciones Unidas, 2015). Los ODM tuvieron una vigencia de 15 años, y a pesar de que con su implementación se lograron grandes avances en materia de desarrollo y cuidado del medio ambiente, las desigualdades como problema se dan en prácticamente todos los países, viéndose además un aumento de las mismas. Existen todavía graves problemas de salud y áreas que muestran indicadores básicos sociales y de salud manifiestamente mejorables, así como desigualdades en salud entre países y dentro de los mismos que son injustas.

En este contexto, los ODS retoman aquellos ODM no alcanzados y para los que todavía hay carencias, y además añaden problemas o temáticas que en el año 2000 no fueron planteados. Los ODS entraron en vigor el 1 de enero de 2016, y su importancia radica en su estructura: la interrelación entre todos ellos y, en particular, cómo la mayoría tiene gran impacto en la salud, a la vez que la buena salud contribuye decisivamente al avance de varios de ellos. Asimismo, el marco temporal es también relevante, ya que los países cuentan con 15 años en los que deberán intensificar esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus condiciones, reducir la desigualdad y realizar acciones contra el cambio climático, con el objetivo de que todos los países los incorporen (Naciones Unidas, 2017).

La salud global concede una gran importancia a los servicios de salud, precisamente porque su universalización forma parte del objetivo 3 de los ODS como meta a alcanzar («Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades»). No obstante, señala como esencial introducir mejoras en la calidad del sistema sanitario que estén adaptadas a cada contexto particular y con anterioridad a la instauración de la cobertura sanitaria universal, para que ésta tenga los beneficios esperados. En caso contrario, la universalización podría tener otros efectos en la población como son la aparición de problemas relacionados con la seguridad del paciente, la infrutilización del cuidado basado en la evidencia, la sobreutilización de cuidado no apropiado, la inequidad, etc. (Berwick *et al.*, 2018). Además, y aunque actualmente existe una gran evidencia disponible acerca de las intervenciones sanitarias que son eficaces, apenas se tiene conocimiento acerca de cómo se deben

implementar dichas intervenciones para que alcancen una elevada eficacia independientemente del entorno, teniendo en cuenta la gran diversidad de sistemas de salud existentes en el mundo. Para alcanzar un adecuado estado de salud en todos los ámbitos, es necesario llevar a cabo investigación operacional, definida como la investigación sobre la implementación de políticas de salud; es decir, identificar intervenciones de eficacia demostrada y aplicarlas en cada contexto concreto (Peters *et al.*, 2014). Esta investigación se debería integrar en todos los procesos de toma de decisiones de políticas de salud y ser colaborativa entre los que forman parte de la formulación de políticas, la gestión de programas de salud y la investigación, así como los destinatarios de la investigación (es lo que se conoce como investigación acción-participativa) (Theobald *et al.*, 2018). Sin embargo, y a pesar de su importancia, este tipo de investigaciones apenas están desarrolladas, tanto por desconocimiento como por falta de financiación. Aspectos como por ejemplo la medicalización, que se discute más adelante en este capítulo, han sido evaluados exclusivamente en el contexto de países desarrollados, por lo que su análisis teniendo en cuenta los distintos entornos sanitarios debería incorporarse también a la agenda de salud global (Clark, 2014). En resumen, sin investigación sobre implementación de políticas, la introducción de intervenciones para mejorar la atención sanitaria puede derivar en un gasto excesivo de recursos que no se vea reflejado en la mejora de la salud de la población a la que van dirigidas.

La salud global reconoce que, además de los servicios de salud, una política sanitaria integral implica a muchos otros ámbitos ajenos a la salud y a muchos otros actores (instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil, organizaciones religiosas y académicas, entre otras) que participan activamente en el análisis y diseño de propuestas para responder de forma efectiva y eficiente a las necesidades de salud de la población. Desde distintos ámbitos se han visto movimientos a favor de transformar la salud pública en un movimiento social que apoye las acciones de salud colectiva en todos los niveles de la sociedad a nivel global. De hecho, en los últimos diez años ha habido un crecimiento exponencial de los recursos internacionales dedicados a la promoción de la salud, a través del esfuerzo conjunto de gobiernos, organismos internacionales, ONG y fundaciones filantrópicas. Como ejemplo de estas nuevas alianzas destacan: el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM); la Fundación Bill y Melinda Gates; la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI); la alianza Stop Tuberculosis; la alianza Roll Back Malaria y la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (GAIN).

No obstante, la proliferación de estas iniciativas también se ha traducido en preponderancias de unos programas de salud sobre otros, en función de los intereses de los donantes y no de las necesidades reales de las poblaciones afectadas, y en un marco organizativo más o menos vertical también en función de las preferencias de algunos donantes. Instituciones como la OMS y otras instituciones multilaterales juegan un papel de liderazgo en la definición de las prioridades en salud, aunque cada vez más, la gobernabilidad de la salud pública se está diluyendo entre estos

distintos actores implicados. Por un lado, las empresas privadas tienen un rol influyente en la gobernanza global, dado que las grandes empresas transnacionales tienen un gran poder económico que pueden utilizar para promover sus intereses en la toma de decisiones de las políticas públicas. Las fundaciones, por ejemplo, a través de sus contribuciones a iniciativas de salud global, mejoran la salud de muchos e inspiran a otros a realizar contribuciones económicas similares; sin embargo pueden influir en las políticas públicas marcando su propia agenda, que no siempre coincide con los intereses generales. Además del poder económico, hay otras estructuras con capacidad de influir a través de convicciones acerca de lo que es ético y socialmente aceptable, como son las organizaciones no gubernamentales internacionales, los medios de comunicación o las agrupaciones científicas.

Sobre la gobernanza global de la salud han surgido voces críticas acerca del papel que juega la OMS y la posible presencia de conflictos de interés que pueden influir en sus decisiones y agenda. Una de estas voces es Global Health Watch, que junto con otras organizaciones publica un informe de salud global alternativo (Rowson *et al.*, 2004).

En esta línea crítica, la revista *Lancet* publicó en el año 2014 un manifiesto sobre la gobernanza global en salud a través de la creación de la Comisión para la Gobernanza Global de la Salud (Ottersen *et al.*, 2014). Esta comisión está motivada por la convicción compartida de que el sistema actual de gobernanza global no protege adecuadamente la salud de la población. Además, este fracaso afecta desigualmente y es especialmente adverso para los más vulnerables, provocando desigualdades en salud.

En resumen, los problemas de salud tienen una dimensión global que está determinada por diversos factores: la aceptación de que los problemas de salud son globales independientemente de la existencia de fronteras y que algunas de sus causas más importantes requieren acciones a nivel global, lo que exige cooperación internacional; el papel de los distintos actores, como son los servicios de salud, ONG, empresas privadas y filántropos, que puede influir en la toma de decisiones públicas y deben considerarse en cualquier análisis sobre la salud global; y el hecho de que la globalización puede crear gradientes de poder e influencia en las políticas causando problemas de salud globales y creando inequidades sociales en salud. Asimismo, para lograr que las intervenciones en salud tengan resultados beneficiosos independientemente del entorno al que se dirigen, es imprescindible incorporar la investigación operacional en la toma de decisiones.

### **3. Los determinantes sociales de la salud**

A través del trabajo de investigadores como Sir Michael Marmot, se ha ampliado el conocimiento sobre las causas de los problemas de salud mostrando hasta qué punto diversos condicionantes sociales interrelacionados explican los gradientes de salud en las poblaciones. El marco de los condicionantes sociales de la salud

propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS dirigida por el profesor Marmot propone que la distribución de la salud y el bienestar son un desenlace (y en ocasiones a su vez causa) derivado de factores a nivel macro (las políticas, el contexto socioeconómico, la gobernanza o las normas y valores de la sociedad que han sido asumidos) que interactúan con los ejes que determinan la posición socioeconómica y con factores a nivel intermedio, junto con el servicio sanitario (circunstancias materiales, cohesión social, conductas, factores biológicos o factores psicosociales) (Marmot, 2008).

Los determinantes sociales de la salud repercuten directamente en esta; permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria); estructuran los comportamientos relacionados con la salud, e interactúan mutuamente en la generación de salud. En las últimas décadas, las crecientes disparidades de salud en los países desarrollados y entre países en vías de desarrollo y los países desarrollados se han asociado con estos factores sociales. Un análisis de los determinantes sociales de la salud puede ayudar a priorizar las intervenciones más necesarias, cumpliendo uno de los objetivos de la atención sanitaria como es la reducción de las desigualdades sanitarias a nivel regional, nacional e internacional.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud antes mencionada y creada en el año 2008 por la OMS, ha tenido repercusión en todos los niveles, desde la aparición de revistas científicas sobre ámbitos como la salud urbana, a las propias publicaciones de oficinas regionales de la OMS. Esta Comisión reconoce que las desigualdades sociales sesgan la distribución de la salud. Se llega a la conclusión que «las normas sociales, políticas y prácticas que toleran o promueven la injusta distribución y acceso al poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios crean desigualdades sistemáticas en las condiciones de vida». Asimismo, argumenta que las causas fundamentales de la inequidad en salud se centran en la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Las recomendaciones de la Comisión para actuar sobre los determinantes de la salud son: 1) mejorar las condiciones de vida; 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y 3) medir y analizar el problema y evaluar las intervenciones.

Como evaluación de los resultados obtenidos por la Comisión de Determinantes de la Salud, en el año 2013 se publicó el Informe sobre la Salud en Europa 2012, un estudio de las desigualdades en salud entre y dentro de los 53 países miembros de la Región Europea de la OMS, como ayuda al desarrollo del nuevo marco europeo de salud y bienestar denominado Health 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2013). Dicho documento evalúa datos entre 2009 y 2010, anteriores a las medidas de recorte en el gasto público sanitario llevado a cabo por diversos países europeos, por lo que no permite ver los efectos que ha tenido la crisis en la salud. En dicho informe se muestra que, aunque el nivel general de salud en toda la Región Europea de la OMS ha mejorado claramente, las estadísticas de salud europeas muestran desigualdades dentro de cada país y entre estos. Uno de los resultados de este informe muestra cómo la esperanza de vida se está incrementando en toda la región, aumentando en cinco años desde 1980 hasta llegar a 76 años en 2010. Sin embargo,

subsisten grandes desigualdades en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, entre países y entre grupos de población.

El Informe sobre la Salud en Europa 2012 se centra de modo particular en el bienestar, cuestión que forma parte integral de la nueva estrategia sanitaria europea – Salud 2020– adoptada en septiembre de 2012 por los 53 estados miembros de la Región Europea de la OMS. El informe destaca que el bienestar y la salud son conceptos interactivos y multidimensionales, con algunos determinantes comunes, como por ejemplo los sistemas de salud. Garantizar la calidad de vida no corresponde a un solo sector o servicio, sino que un concepto multidimensional con múltiples determinantes. Se requiere un enfoque que implique la totalidad de los gobiernos y a la sociedad. La evidencia sugiere que la equidad en salud se consigue en la medida en que los gobiernos nacionales aceptan la responsabilidad de proteger y promocionar los derechos humanos, incluyendo por ejemplo, el cuidado sanitario, el saneamiento y la potabilización del agua, la protección social y la educación. Asimismo, una sociedad civil dinámica y comprometida puede mejorar la relevancia y la aceptación de las acciones, abordando la mejora de la equidad en salud (Blas *et al.*, 2008).

Posteriormente, se han publicado dos nuevos Informes sobre la Salud en Europa (2015 y 2018). En el informe más reciente (Organización Mundial de la Salud, 2018), se muestra que el estado de la salud en Europa nunca ha estado mejor. Sin embargo, hay una realidad mejorable en las tendencias de los factores de riesgo para la salud y revela también una desigualdad persistente en la región y entre hombres y mujeres.

El sistema sanitario es también en sí mismo un determinante social de la salud, influenciado por e influenciando el efecto de otros determinantes sociales. El género, la educación, la ocupación, el nivel de ingresos, la etnicidad y el lugar de residencia están fuertemente relacionados con el acceso y beneficios del sistema sanitario. La Comisión de Determinantes de la Salud indica que la financiación de los sistemas sanitarios debe basarse en los impuestos generales, ya que la evidencia disponible se inclina a favor de la financiación pública como el mejor camino para reducir la inequidad. Por otro lado, los sistemas sanitarios muestran unos mejores resultados en salud cuando se basan en el desarrollo de la atención primaria y en una adecuada derivación a otros niveles de salud (Gwatkin *et al.*, 2005), ya que están estratégicamente posicionados para evaluar los determinantes sociales de la salud y abordar a nivel comunitario la prevención primaria, lo que permitirá ahorrar costes, reducir la demanda y mejorar los resultados en salud (Allen *et al.*, 2018).

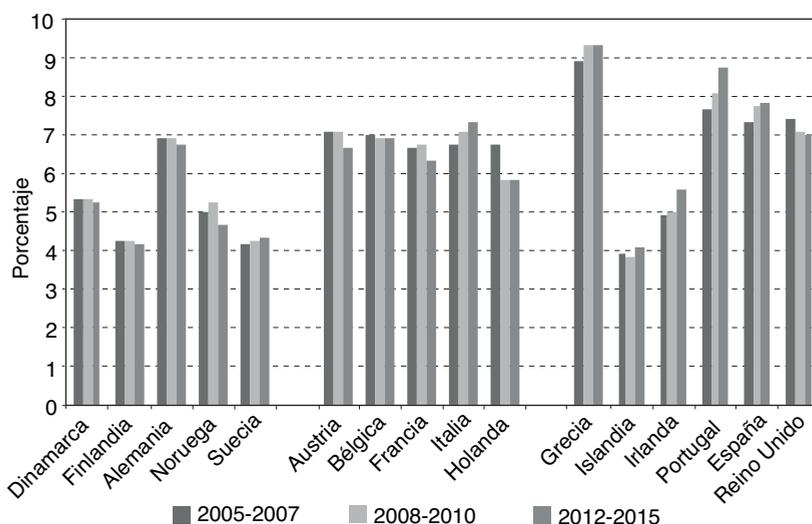
Sucesos como la crisis económica del año 2008, tienen un impacto negativo tanto en los determinantes sociales de la población como en el propio sistema sanitario. Recientemente se ha publicado un análisis de las tendencias en los determinantes de la salud infantil (pobreza infantil, privación material) y los resultados perinatales (bajo peso al nacer y mortalidad infantil e inversión escolar en edades de 0 a 5 años) en países europeos entre los años 2005 y 2015, de acuerdo al nivel de austeridad impuesto por los gobiernos durante la época de crisis económica (Rajmil *et al.*, 2018). La agrupación de los países fue la siguiente: a) nivel de austeridad alto: Dinamarca,

Finlandia, Alemania, Noruega y Suecia; *b*) nivel de austeridad intermedio: Austria, Bélgica, Francia, Italia y Holanda, y *c*) nivel de austeridad bajo: Grecia, Islandia, Irlanda, Portugal, España y Reino Unido. En el Gráfico 1 se puede comprobar cómo aquellos países con mayor nivel de austeridad muestran peores resultados, sobre todo en el último periodo de estudio, tanto en los determinantes sociales como en los resultados en salud. Países donde se han implementado las medidas de austeridad más severas, han experimentado peores resultados en salud, como un mayor porcentaje de niños con bajo peso al nacer, y también ha aumentado la deprivación material, empeorando el impacto negativo que ya de por sí tiene la crisis económica. La conclusión del estudio es la urgente necesidad de proteger grupos vulnerables de la población como son los niños, del impacto de la austeridad.

### GRÁFICO 1

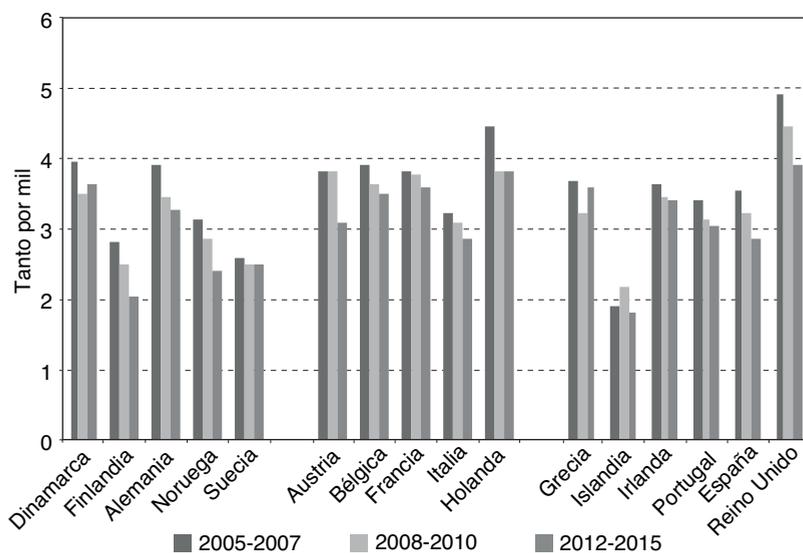
**TENDENCIAS EN LOS RESULTADOS PERINATALES (GRÁFICOS 1A Y 1B) Y EN LOS DETERMINANTES DE LA SALUD INFANTIL (GRÁFICOS 1C, 1D Y 1E) EN PAÍSES EUROPEOS DE ACUERDO AL NIVEL DE AUSTRIDAD IMPUESTO POR LOS GOBIERNOS DURANTE LA ÉPOCA DE CRISIS ECONÓMICA (2005-2015)**

#### GRÁFICO 1A BAJO PESO AL NACER



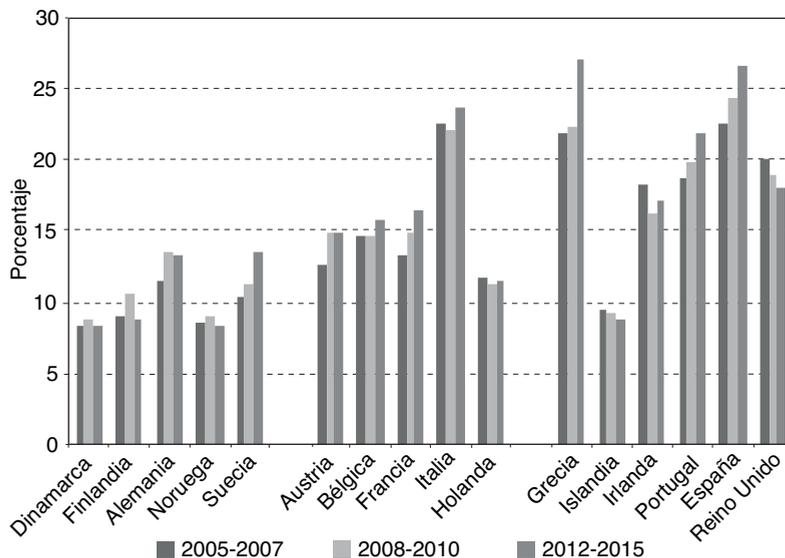
FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de RAJMIL *et al.*, 2018.

**GRÁFICO 1B**  
**MORTALIDAD INFANTIL**



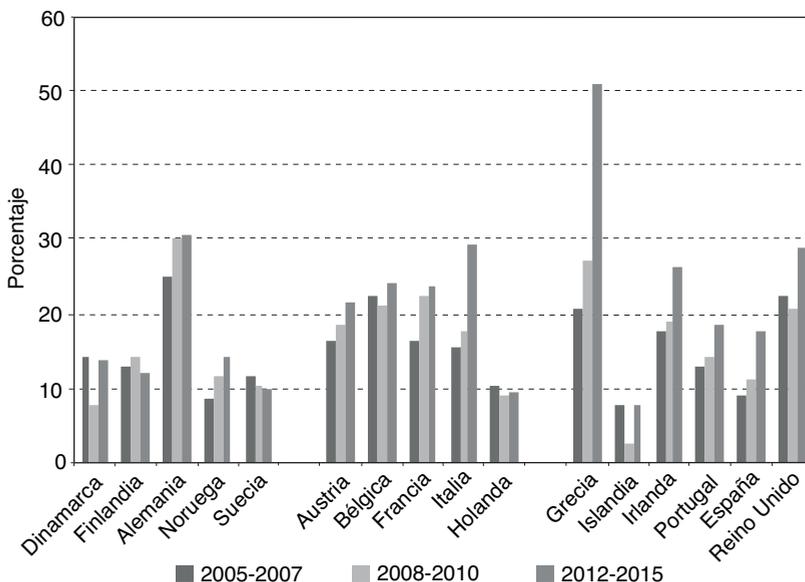
FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de RAJMIL *et al.*, 2018.

**GRÁFICO 1C**  
**POBREZA INFANTIL**



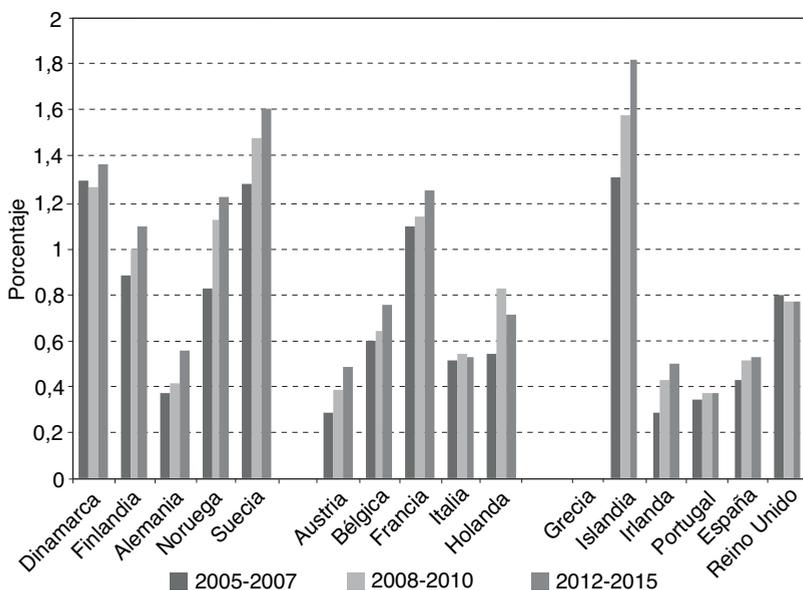
FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de RAJMIL *et al.*, 2018.

**GRÁFICO 1D**  
**DEPRIVACIÓN MATERIAL**



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de RAJMIL *et al.*, 2018.

**GRÁFICO 1E**  
**INVERSIÓN ESCOLAR**



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de RAJMIL *et al.*, 2018.

NOTA: Resultados perinatales (datos de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Family Database (<http://www.oecd.org/els/family/database.htm>):

- *Bajo peso al nacer*: definido como el número de nacidos vivos pesando menos de 2500 gramos dividido por el número total de nacidos vivos.
- *Mortalidad infantil*: muertes de niños menores a 1 año por 1000 nacidos vivos.

*Determinantes sociales de salud infantil:*

- *Pobreza infantil*: porcentaje de niños viviendo en hogares con ingresos inferiores al 60 por 100 de la mediana (datos de EU-Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC) (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/micro-data/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>)).
- *Tasa de privación material severa*: proporción de niños menores de 18 años viviendo en familias con nivel primario de educación que no pueden permitirse pagar al menos cuatro de los nueve artículos considerados básicos, como tener atrasos en el pago de la hipoteca o del alquiler, facturas de servicios públicos, plazos de compra a plazos u otros pagos de préstamos; no poder pagar una semana de vacaciones anuales fuera de casa; no poder pagar una comida con carne, pollo, pescado (o equivalente vegetariano) cada dos días, etc. (datos de EU-Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC)).
- *Inversión escolar*: porcentaje anual del producto interno bruto (PIB) de cada país (datos de OECD).

En resumen, y como objetivos futuros para mejorar la salud y el bienestar de la población es necesario reducir la inequidad en salud y asegurar el mantenimiento de sistemas de salud centrados en la persona.

### *Género y salud*

La salud de las mujeres y los hombres es diferente: a pesar de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, viven menos años con buena salud (Krieger, 2003). También la salud es desigual entre hombres y mujeres, ya que existen determinantes sociales que establecen diferencias evitables (Borrel *et al.*, 2004): la desigualdad según el género y según el nivel socioeconómico son dos aspectos que deberían evaluarse al mismo tiempo. La menor esperanza de vida de los hombres proviene tanto de diferencias biológicas en la susceptibilidad a la enfermedad como de distintos patrones de comportamiento en relación a los riesgos para la salud (Bird *et al.*, 1999). La peor percepción que tienen las mujeres de su estado de salud refleja una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades físicas y mentales.

De acuerdo a los datos obtenidos en las Encuestas Nacionales de Salud que se han realizado en los últimos años en España (2001-2014), podemos observar las diferencias entre hombres y mujeres y según estado socioeconómico en la percepción que tiene la población acerca del estado de su salud. En el Gráfico 2 se analiza la diferencia entre el porcentaje de hombres y el de mujeres que valoran su estado de salud como positivo en los últimos 12 meses de acuerdo a su estado socioeconómico (la clase I es la clase más favorecida y la clase VI la más desfavorecida). Se puede comprobar como hay un mayor porcentaje de hombres que valoran su estado de salud como positivo que las mujeres (las diferencias en el porcentaje de las valoraciones entre hombres y mujeres son positivas). Aunque la tendencia en la diferencia entre

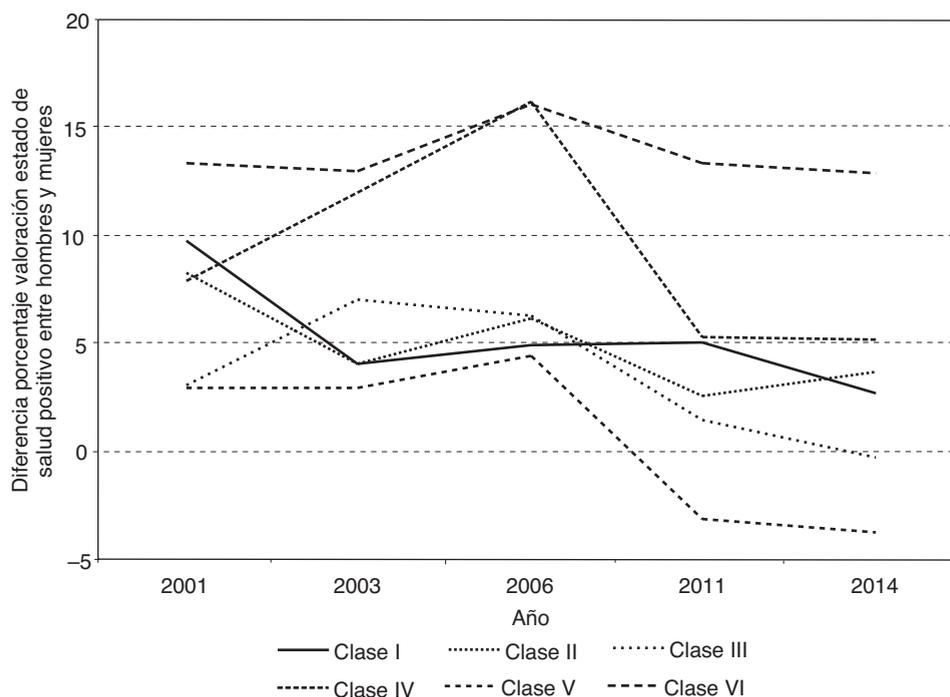
hombres y mujeres en España ha disminuido en los últimos años, esta diferencia es todavía muy elevada en las clases sociales más desfavorecidas. Estas diferencias reflejan las relaciones de género.

Las mujeres españolas reciben, por lo general, una peor asistencia que los hombres, tanto en la etapa del diagnóstico como durante el tratamiento, sin olvidar que han sido tradicionalmente marginadas en los ensayos clínicos. Esto deriva de un planteamiento equivocado de igualdad o diferencia entre hombres y mujeres, lo que genera un comportamiento desigual en la atención sanitaria y/o en la investigación, conllevando a diagnósticos erróneos, sobre o infra prescripción de pruebas diagnósticas, fármacos, etc.

Evaluando también los datos de la Encuesta Nacional de Salud (años 2001-2014), se pueden observar las diferencias en el consumo referido de medicamentos en las últimas dos semanas entre mujeres y hombres según estado socioeconómico (Gráfico 3). Se puede comprobar cómo las mujeres refieren consumir más medicamentos que los hombres (las diferencias en el consumo referido entre mujeres y hombres

**GRÁFICO 2**

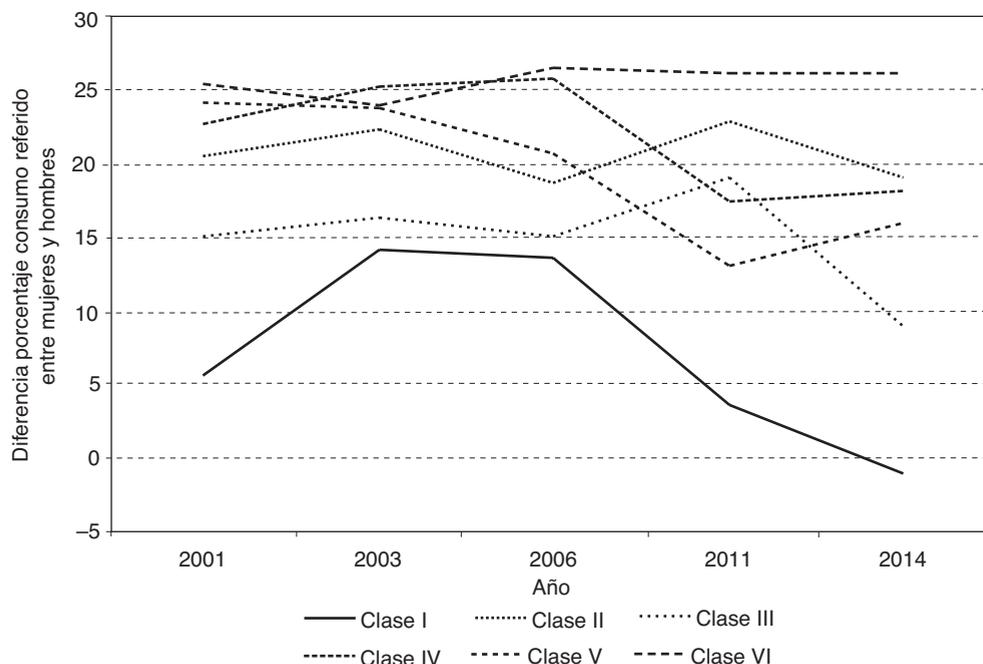
**DIFERENCIA ENTRE EL PORCENTAJE DE HOMBRES Y EL DE MUJERES QUE VALORAN SU ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES COMO POSITIVO, SEGÚN CLASE SOCIAL (2001-2014)**



**FUENTE:** Elaboración propia a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Salud, 2001-2014, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

NOTA: La Clase I es la más favorecida y la Clase VI la más desfavorecida.

**GRÁFICO 3**  
**DIFERENCIA EN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS REFERIDO EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS DE LAS MUJERES FRENTE A LOS HOMBRES SEGÚN CLASE SOCIAL (2001-2014)**



**FUENTE:** Elaboración propia a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Salud, 2001-2014, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

**NOTA:** La Clase I es la más favorecida y la Clase VI la más desfavorecida.

son positivas). Las diferencias en el consumo referido entre mujeres y hombres en España han disminuido en los últimos años, excepto en las clases sociales más desfavorecidas, donde de acuerdo a los datos del año 2014 ha aumentado.

Por otro lado, hasta la fecha, no se ha puesto el suficiente énfasis en la interacción del género en la financiación en salud. La cobertura de salud universal enfatiza la equidad en los servicios; algunos grupos tienen mayores necesidades en salud y menor capacidad de financiación que otros. Esto implica que las necesidades de grupos vulnerables, como mujeres embarazadas, niños y enfermos crónicos, deberían recibir más atención que otros (Witter *et al.*, 2017).

En resumen, las desigualdades por género en el ámbito de poder, recursos, normas y valores, y el modo de actuación de las organizaciones, daña la salud de millones de mujeres. El interés por la equidad en género está aumentando en la agenda de la Unión Europea y en la de sus países miembros, y las políticas para avanzar hacia una mayor igualdad están siendo implementadas en todos los niveles. No obstante, y aunque la posición de la mujer ha mejorado sustancialmente en las últimas década-

das en muchos países, todavía queda mucho por recorrer (Marmot *et al.*, 2008). Por ejemplo, y de acuerdo a los resultados mostrados en el World Economic Forum's Global Gender Gap Report 2017, se estima que hasta dentro de 217 años no se cerrará la brecha del género en el lugar de trabajo a nivel global (World Economic Forum, 2017).

#### **4. Salud en Todas las Políticas**

La mejora en la salud de la población, no debe reducirse a mejoras del sistema de salud, sino que deben involucrarse todos los sectores de la sociedad. Salud en Todas las Políticas (STP) es un enfoque de la salud pública que, reconociendo que la salud puede verse influida por las decisiones adoptadas en sectores distintos del sanitario, evalúa de manera sistemática las implicaciones que tienen todas las decisiones políticas en la salud, busca sinergias y evita impactos negativos sobre la salud, con el objeto de mejorar la salud de la población y la equidad en salud (Conferencia de Helsinki, 2013).

El concepto de STP se basa en los principios de la promoción de la salud desarrollados inicialmente en la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978) y en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), desarrollados posteriormente en la Declaración de Adelaida del 2010 sobre Salud en Todas las Políticas. Estos principios fueron reforzados en la Declaración Política de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud del año 2011, la Declaración Política de la Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles del año 2011, y el Documento final aprobado en Río+20 («El futuro que queremos») del año 2012. También están reflejados en muchos otros marcos, estrategias y resoluciones de la OMS, y contribuyen a la formulación de los objetivos de desarrollo post 2015.

Las razones para implementar la STP son numerosas. La primera de ellas es la evidencia de que se pueden obtener grandes beneficios en salud de políticas no sanitarias, dada la relación entre los determinantes sociales y la salud. La segunda razón se relaciona con la necesidad de una población sana como recurso esencial para el crecimiento y desarrollo socioeconómico. De esta manera, una política que tenga consecuencias negativas para la salud y el bienestar de la población impactará en la economía a través de la pérdida de productividad y del incremento de los costes del sistema sanitario. Las políticas exclusivas sobre los determinantes de la salud no son neutrales en términos de su efectividad en los distintos grupos sociales, beneficiándose menos los grupos desfavorecidos. Por eso, un enfoque en los determinantes de las desigualdades en salud asegura la mejora de la equidad en salud.

Algunos ejemplos de la implementación de esta estrategia a nivel global es el Proyecto de Ciudades Sostenibles, creado tras la Carta de Aalborg (1994) en la 1ª Conferencia Europea de Ciudades y Pueblos Sostenibles, y los Compromisos de Aalborg en Río (2004), y que se ha visto relanzado tras la 8ª Conferencia Europea de

Ciudades y Pueblos Sostenibles, celebrada en Bilbao en abril de 2016. A nivel europeo, la Unión Europea ha utilizado la implementación de la Evaluación del Impacto Sanitario (EIS) como una herramienta para identificar los vínculos entre la salud y otras políticas sectoriales. Destaca la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Helsinki, del año 2013, con la declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. A nivel nacional, en Canadá y Australia se han dirigido a poblaciones específicas como los niños/as o a comunidades concretas (comunidades de bajos ingresos, escuelas, lugares de trabajo).

En España, el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de 2010 tuvo como objeto contribuir al avance de la incorporación del principio «Salud en todas las Políticas» en la salud pública. A pesar de estos avances, no hay en España una tradición asentada de políticas intersectoriales. Algún ejemplo positivo es la política de seguridad vial, donde las acciones intersectoriales han generado efectos beneficiosos para la salud o la Estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención (NAOS). No obstante, el principal avance ha sido la aprobación de la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre), en la que se establece que las administraciones públicas y los agentes privados estarán sujetos al principio de Salud en Todas las Políticas e introduce la Evaluación de Impacto en Salud en aquellas políticas que puedan afectar a la misma.

Otro ejemplo se encuentra en las políticas de mejora del medio ambiente. Así, se estimaron los beneficios para la salud y económicos de la mejora de la calidad del aire en 57 municipios del área metropolitana de Barcelona (Pérez *et al.*, 2009). Los resultados del impacto en salud mostraron que los beneficios anuales de reducir la exposición media a PM10<sup>1</sup> se estimaban en 3.500 muertes menos (representando en media un aumento de la esperanza de vida de 14 meses), 1.800 ingresos hospitalarios menos por causas cardiorrespiratorias, 5.100 casos menos de bronquitis crónicas en adultos, 31.100 casos menos de bronquitis agudas en niños y 54.000 crisis asmáticas menos en niños y adultos. Los beneficios económicos totales se estimaron en una media de 6.400 millones de euros por año.

## 5. Medicalización

En los países desarrollados, y una vez que se ha garantizado el acceso a las necesidades básicas, ha aparecido una tendencia creciente a incluir dentro del ámbito sanitario situaciones que hasta la fecha eran ajenas al mismo. Un ejemplo ilustrativo se encuentra en la Asociación Americana de Psiquiatría, que tal y como denunció Lancet en el año 2012, incluía los sentimientos de duelo después de la muerte de un ser querido con duración superior a dos semanas como depresión y no como una reacción normal de duelo (Kleinman *et al.*, 2012). Este proceso se ha denomina-

---

<sup>1</sup> Partículas sólidas o líquidas de polvo, hollín, partículas metálicas o polen dispersas en la atmósfera y cuyo diámetro varía entre 2,5 y 10 micrómetros.

do «promoción de enfermedades» (*disease mongering* en inglés), que se refiere al esfuerzo que realizarían las compañías farmacéuticas por llamar la atención sobre condiciones o enfermedades frecuentemente inofensivas con objeto de incrementar la venta de medicamentos mediante campañas publicitarias, visitadores médicos, estudios que intentan medicalizar cualquier dolencia, etc. (Moynihan *et al.*, 2008).

Este hecho hace que el médico prescriba fármacos que el paciente no necesita, por lo que van a ser ineficaces cuando no perjudiciales, o solicite nuevas pruebas diagnósticas, originando nuevas consultas y nuevas intervenciones sanitarias, con el consiguiente aumento de coste y la posible presencia de efectos adversos. La Comisión Europea en su informe de 10 de diciembre de 2008 titulado Fortalecimiento de la farmacovigilancia para reducir los efectos adversos de los medicamentos, señala que en el conjunto de la Unión Europea, el 5 por 100 de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas a medicamentos, siendo la quinta causa de muerte en hospitales. Este mismo informe estima que en la UE, 197.000 muertes al año se deben a reacciones adversas a medicamentos (RAM) y que el coste total de estas RAM, para la sociedad, es de 79.000 millones de euros. Desde hace ya tiempo y desde distintos ámbitos de la medicina se está incidiendo en el control del uso excesivo de intervenciones clínicas por ejemplo, de las pruebas diagnósticas (Lumbreras *et al.*, 2008). Choosing Wisely Australia® (una iniciativa que permite a los clínicos, consumidores e interesados en cuidado de la salud, iniciar conversaciones sobre exámenes, tratamientos y procedimientos innecesarios) y las Recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence, NICE, «do not do» (guías en las que además de lo que hay que hacer, se describe lo que hay que dejar de hacer o no hacer nunca), son solo dos de las muchas iniciativas que se han puesto en marcha para reducir este problema.

Siguiendo estas recomendaciones, en España y desde el año 2013, el Ministerio de Sanidad, junto con casi 50 sociedades científicas ha consensuado un catálogo de acciones clínicas que no deben llevarse a cabo, lo que supone un avance en el principio *primum non nocere*. Es desde luego un primer paso que va en consonancia con la evidencia que indica que por ejemplo, alrededor del 40 por 100 de las pruebas de imagen que se realizan son innecesarias (Vilar *et al.*, 2018), si bien cabría que las administraciones sanitarias excluyesen de las prestaciones financiadas aquellas que no han demostrado beneficio alguno y aplicasen lo establecido en la Ley general de Salud Pública sobre la suspensión de acciones preventivas que no cumplan los objetivos para los que fueron diseñadas. Independientemente del abordaje desde la política sanitaria, también cabe plantearse cómo implantar este conocimiento en la práctica clínica. Sin embargo, todavía no se han diseñado las estrategias necesarias para conseguirlo (Berwick *et al.*, 2017).

La responsabilidad de este hecho es compartida por la sociedad, los profesionales sanitarios, los medios de comunicación y la industria farmacéutica. En relación a la sociedad, se tiende a considerar que el sistema sanitario es el que debe garantizar los cuidados, perdiendo la capacidad del autocuidado y aumentando el consumo de recursos. Los medios de comunicación representan otra importante fuente de infor-

mación sanitaria modulando las creencias y las expectativas de la sociedad. Se ha evidenciado la relación directa entre la aparición de una noticia médica en los medios y el uso de los servicios sanitarios por dicho motivo. También las instituciones políticas tienen la responsabilidad de gestionar la cartera de servicios e instaurar los instrumentos necesarios para limitar este tipo de efectos. Los profesionales sanitarios son los principales agentes de la medicalización, ya que tienen la capacidad de determinar qué diagnósticos se establecen y qué intervenciones se llevan a cabo. La sociedad, los medios de comunicación, etc., pueden fomentar la medicalización, pero son los profesionales sanitarios quienes finalmente la llevan a cabo. Por último, las industrias farmacéuticas tienen un papel principal en fomentar el uso, a través de la sociedad, los medios de comunicación, las instituciones políticas y los propios profesionales sanitarios, de una intervención farmacéutica o diagnóstica concreta. Cada vez que se genera una enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento o un procedimiento diagnóstico nuevo.

La prevención cuaternaria previene la medicalización, disminuyendo la actividad médica innecesaria. Su objetivo es identificar pacientes con riesgo de sufrir procedimientos médicos excesivos, que conllevarían más daños que beneficios y ofrecerles alternativas aceptables (Albert *et al.*, 2017). Para ello, entre las distintas intervenciones a llevar a cabo están aumentar el conocimiento de la población, de manera que puedan tomar decisiones sobre su propia salud al estar realmente informados, evitar confundir factores de riesgo con patologías, y suspender la difusión a través de los medios de comunicación u otros canales de intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudoso beneficio.

## 6. Conclusiones/recomendaciones

1. La mejora de la respuesta social a los problemas de salud debe ser abordada desde una perspectiva global, considerando que los problemas de salud más importantes tienen una dimensión global.
2. Para la universalización de la atención sanitaria es necesario implementar intervenciones que mejoren el sistema sanitario hasta alcanzar unos estándares de calidad basados en la evidencia disponible. Para ello, es esencial el desarrollo de la investigación operacional que evalúa la eficacia de las intervenciones en función de las características de cada sistema sanitario.
3. En el análisis de las prioridades en salud es fundamental una evaluación de los determinantes sociales, lo que conllevará a que las políticas de salud contribuyan a la reducción de las desigualdades sociales en salud.
4. El sistema sanitario es por sí mismo un determinante social que influye asimismo en otros determinantes. La reducción de la inequidad y la mejora de los resultados en salud pasa por la financiación pública del servicio sanitario y el desarrollo de la atención primaria.
5. La implementación del enfoque de Salud en Todas las Políticas contribuye

a la mejora de la salud de la población a través del reconocimiento de que la salud puede verse influida por las decisiones adoptadas en sectores distintos al sanitario.

6. La introducción de la prevención cuaternaria en la práctica sanitaria es una acción de salud pública que contribuye a la disminución de la medicalización mejorando la salud de la población.

## Referencias bibliográficas

- [1] ALBER K.; KUEHLEIN T.; SCHEDLBAUER A. y SCHAFFER S. (2017). «Medical overuse and quaternary prevention in primary care—A qualitative study with general practitioners». *BMC Fam Pract*, 18, 99.
- [2] ALLEN L. (2018). «Leveraging primary care to address social determinants». *Health*, 3, e466.
- [3] ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS (Lancet Public) (2015). Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de septiembre de 2015; A/RES/70/1.
- [4] BLAS E.; GILSON L.; KELLY M.P.; LABONTÉ R.; LAPITAN J.; MUNTANER C.; OSTLIN P.; POPAY J.; SADANA R.; SEN G.; SCHRECKER T. y VAGHRI, Z. (2008). «Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do?». *Lancet*, 372, 1684-9.
- [5] BERWICK D. (2017). «Avoiding overuse—the next quality frontier». *Lancet*, 390, 102-104.
- [6] BERWICK, D. M.; KELLEY E.; KRUK M. E.; NISHTAR, S. y PATE, M. A. (2018). «Three global health-care quality reports in 2018». *Lancet*, 392, 194-195.
- [7] BIRD, C. E. y RIEKER, P. P. (1999). «Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health». *Soc. Sci. Med.*, 48, 745-755.
- [8] BORRELL, C.; GARCÍA-CALVENTE, M. M.; MARTÍ-BOSCÁ, J. V. y GRUPO DE GÉNERO Y SALUD PÚBLICA DE SESPAS (2004). «La salud pública desde la perspectiva de género y clase social». *Gac. Sanit*, 18, suppl. 1, 2-6.
- [9] CLARK, J. (2014). «Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized?». *Glob. Health Action*, 7, 23998.
- [10] CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, HELSINKI, FINLANDIA (2013). La declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas. Recuperado en octubre 2018 de <https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prePromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>.
- [11] CSDH, W. (2008). «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health». In: *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.
- [12] GWATKIN, D. R.; WAGSTA, A. y YAZBECK, A. S. (eds.) (2005). *Reaching the poor with health, nutrition, and population services*. Washington, DC: World Bank.
- [13] HERNÁNDEZ AGUADO, I. y LUMBRERAS, B. (2016). «Public-Private Partnerships: Role of Corporate Sponsorship in Public Health». En D. H. Barrett, L. H. Ortman, A. Dawson, C. Sáenz, A. Reis y G. Bolan (eds.), *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe*. New York, Springer Open, 80-83.

- [14] KLEIMANN, A. (2012) «Culture, bereavement, and psychiatry». *Lancet*, 379, 608-9.
- [15] KRIEGER, N. (2003). «Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter?». *Int. J. Epidemiol.*, 32, 652-657.
- [16] Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *BOE* n.º 240, 5 de octubre de 2011: 104593-626.
- [17] LIM, S. S.; VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; DANAEI, G.; SHIBUYA K. y ADAIR-ROHANI, H. *et al.* (2012). «A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010». *Lancet*, 380, 2224-60.
- [18] LUMBRERAS, B. y HERNÁNDEZ-AGUADO I. (2008). «El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control». *Gac. Sanit.*, 22, suppl. 1, 216-22.
- [19] MARMOT, M.; FRIEL, S.; BELL, R.; HOUWELING, T. A.; TAYLOR, S. y COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. (2008). «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health». *Lancet*, 372, 1661-9.
- [20] MOYNIHAN, R.; DORAN, E. y HENRY, D. (2008). «Disease Mongering Is Now Part of the Global Health Debate». *PLoS Med*, 5, 106.
- [21] NACIONES UNIDAS (2015). «Objetivos de desarrollo del milenio informe de 2015». Recuperado en octubre 2018 de [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf).
- [22] NACIONES UNIDAS (2017). «Objetivos de Desarrollo Sostenible». Recuperado en octubre 2018 de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/18/S1700334\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/18/S1700334_es.pdf).
- [23] NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS (2007). «Public health: ethical issues». London, Nuffield Council on Bioethics. Recuperado en noviembre 2018 de <http://nuffield-bioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Public-health-ethical-issues.pdf>.
- [24] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL EUROPEA (2012). *The European health report 2012: charting the way to well-being*.
- [25] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL EUROPEA (2018). «More than numbers—evidence for all». Recuperado en diciembre 2018 de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1).
- [26] OTTERSEN, O. P.; DASGUPTA J. y BLOUIN, C. *et al.* (2014). «The political origins of health inequity: prospects for change». *Lancet*, 383, 630-67.
- [27] PÉREZ, L.; SUNYER, J. y KÜNZLI N. (2009). «Estimating the health and economic benefits associated with reducing air pollution in the Barcelona metropolitan area (Spain)». *Gac Sanit.*, 23, 287-94.
- [28] PETERS, D. H.; TRAN, N. T. y ADAM, T. (2013). *Investigación sobre la implementación de políticas de salud: guía práctica. Alianza para la investigación en Políticas y Sistemas de Salud*. Organización Mundial de la Salud.
- [29] RAJMIL, L.; TAYLOR-ROBINSON, D.; GUNNLAUGSSON, G.; HJERN, A. y SPENCER, N. (2018). «Trends in social determinants of child health and perinatal outcomes in European countries 2005-2015 by level of austerity imposed by governments: a repeat cross-sectional analysis of routinely available data». *BMJ Open*, 8, e022932.
- [30] ROWSON, M.; McCOY, D.; GUPTA, A. y DE NEGRI, A. (2004). «The Global Health Watch». *PLoS Med*, 1, e3.

- [31] THEOBALD, S.; BRANDES, N.; GYAPONG, M.; EL-SAHARTY, S.; PROCTOR, E.; DIAZ, T.; WANJI, S.; ELLOKER, S.; RAVEN, J.; ELSEY, H.; BHARAL, S.; PELLETIER, D. y PETERS, D. H. (2018). «Implementation research: new imperatives and opportunities in global health». *Lancet*, S0140-6736, 32205-0.
- [32] VILAR-PALOP, J.; HERNÁNDEZ-AGUADO, I.; PASTOR-VALERO, M.; VILAR, J.; GONZÁLEZ-ÁLVAREZ, I. y LUMBRERAS, B. (2018) «Appropriate use of medical imaging in two Spanish public hospitals: a cross-sectional analysis». *BMJ Open*, 16, e019535.
- [33] WORLD ECONOMIC FORUM (2017). «The global gender pay gap report 2017». Recuperado en octubre 2018 de <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017>.
- [34] WITTER, S.; GOVENDER, V.; RAVINDRAN, T. K. S. y YATES, R. (2017) «Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender». *Health Policy Plan*, 32, v4-v12.

# Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes

Ildefonso Hernández Aguado  
Universidad Miguel Hernández y Ciberesp

## **Resumen**

*España carece de una acción política sostenida y estratégica para mejorar la salud de la población más allá del mantenimiento de los servicios sanitarios. El buen gobierno es un requisito para mejorar la política de salud y el diseño del Sistema Nacional de Salud. En este artículo se seleccionan cinco áreas relacionadas con el buen gobierno: priorización, política de salud integral, liderazgo, agencia nacional de salud y entorno cultural e intelectual. Tras analizar las propuestas de diversos autores e instituciones, se seleccionan las acciones que, de acuerdo al contexto actual, podrían implantarse a fin de avanzar en la agenda del buen gobierno.*

**Palabras clave:** buen gobierno, salud, salud pública.

**Clasificación JEL:** H110, I180.

## **Abstract**

*Spain lacks a sustained and strategic political action to improve the health of the population beyond health services. Good governance is a prerequisite for changing the health policy and the design of the National Health System in the right direction. In this article five areas related to good governance are selected: prioritization, comprehensive health policy, leadership, national health agency, and cultural and intellectual environment. After analysing the available proposals, the actions that according to the current context could be implemented in order to advance the agenda of good governance are examined.*

**Keywords:** governance, health, public health.

**JEL classification:** H11, I180.

## **1. Introducción**

La salud está ausente del discurso político al más alto nivel en España. No es fácil saber los motivos de esta omisión que es casi una actitud secular de los máximos responsables políticos. Quizá el buen estado de salud de la población y el relativo buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud puede ser parte de la explicación. El Atlas de la salud poblacional en las regiones de la Unión Europea muestra que España ocupa un lugar muy destacado cuando se describen los resultados en salud tanto si se examinan indicadores compuestos o individuales (Santana *et al.*, 2017). Igualmente, los índices sobre la calidad del funcionamiento de los servicios sanitarios sitúan a España entre los países privilegiados. Esta magnífica posición se repite con escasa variación si se emplean aproximaciones metodológicas distintas en la construcción de índices sobre la calidad y el acceso a los servicios sanitarios. Por

ejemplo, una reciente publicación de la revista *Lancet* que analiza más de 190 países, otorga a España una puntuación muy alta, si bien inferior a un análisis previo (GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators 2017). Si lo que se revisa son los indicadores individuales sobre resultados en salud o sobre calidad de la atención sanitaria y cobertura (OCDE, 2017), España sigue destacando entre los países privilegiados del mundo, especialmente por su esperanza de vida al nacer y a los 65 años, con tan solo algunas cuestiones que merecen mencionarse en la vertiente negativa tales como la alta frecuencia de diabetes o de depresión y el bajo peso al nacimiento con un cambio negativo, de este último indicador, muy pronunciado desde 1990. Lo mismo ocurre con los indicadores individuales de calidad de atención sanitaria y cobertura, que son positivos, aunque en este caso se detecta un espacio notorio de mejora. Este cuadro tan positivo resulta paradójico, al menos aparentemente, si atendemos al análisis de las causas de los problemas de salud que sitúan a España en un lugar mucho menos favorable y en algún caso claramente desfavorable. El Atlas antes mencionado construye un índice sobre determinantes de salud que comprende: condiciones económicas, protección social y seguridad; educación; cambio demográfico; estilo de vida y conductas relacionadas con la salud; contaminación; condiciones medioambientales (vivienda, saneamiento); seguridad vial; recursos y gasto sanitario; y, funcionamiento del sistema de salud. En este caso, España ocupa una posición intermedia baja en la Unión Europea. Lo mismo ocurre si atendemos a los distintos factores de riesgo y conductas relacionadas con la salud, pues en muy pocos casos España muestra una buena situación. Algunos medios de comunicación expresan la paradoja apuntando a estas conductas relacionadas con la salud: «They drink, they smoke, so why are the Spanish living so long?» (*The Times*, 2018); o, directamente sugieren posibles explicaciones: «Fruit, veg and family life—Why Spaniards are living longer» (*The Guardian*, 2018). No es infrecuente comprobar esta paradoja, por ejemplo, hay encuestas de salud en comunidades autónomas en España que han mostrado un perfil de riesgo cardiovascular muy alto que sin embargo no se traducen en morbilidad y mortalidad asociada a medio plazo. En la interpretación de estos datos, debe considerarse que el conocimiento disponible indicó hace ya algún tiempo que las variables conocidas del riesgo cardiovascular explican solo parte del riesgo, por ejemplo, en los países del sur de Europa personas con igual perfil de riesgo que otras en el centro o norte de Europa muestran menor frecuencia de enfermedad (Van del Hoogen *et al.*, 2000). No debemos olvidar por otra parte el alcance de nuestra ignorancia en predecir enfermedad.

Paradojas aparte, y con cierta cautela, se puede decir que algunos indicadores tales como el bajo nivel educativo, el bajo peso al nacer o la alta frecuencia de obesidad infantil en España se pueden asociar a perspectivas de salud negativas en el futuro. Esto también ocurre con otros condicionantes sociales en los que España muestra un perfil preocupante, tal como la pobreza infantil que deja marcas indelebles y que a largo plazo dañan a salud (Rajmil *et al.*, 2018). El hecho de que España sea líder europeo en esperanza de vida o que partamos de una situación relativamente favorable en cuanto a los servicios sanitarios no debería ser pretexto para que la salud

no ocupe una posición relevante en la agenda política pues hay motivos sobrados para ello, tal como más abajo se explica. Por lo que respecta a la política de salud, puede afirmarse que en España no es identificable una acción política sostenida y estratégica para mejorar la salud de la población más allá de los servicios sanitarios. Aunque es cierto que se han aprovechado las escasas ventanas de oportunidad política para introducir algún cambio decisivo, no hay una inercia positiva que permita esperar que la administración sanitaria, ya sea estatal o autonómica, vaya tejiendo un armazón de normas y actuaciones con vocación de futuro sobre las que avanzar de forma sostenida y perseverante en la protección de la salud. La ley estatal y las autonómicas de salud pública, las leyes de prevención del tabaquismo o el reciente proyecto de ley andaluz para la promoción de una vida saludable son iniciativas tan alentadoras como aisladas. A las leyes de prevención del tabaquismo les ha faltado continuidad, tanto mediante nuevas normas como en actuaciones de refuerzo e inspección y, como consecuencia, estamos en situación de riesgo ante los frecuentes incumplimientos. Las leyes de salud pública han carecido de desarrollo y cumplimiento por cuestiones de mal gobierno. El hecho de que España no cuente con una verdadera política de salud frustra las posibilidades de ganar salud y de contribuir a la sostenibilidad de los servicios sanitarios.

Por lo que respecta al Sistema Nacional de Salud, hay una coincidencia generalizada en que es un buen servicio público pero que afronta graves problemas de sostenibilidad. Vicente Ortún lo dice con claridad: «España tiene un buen sistema sanitario, pero con mal pronóstico salvo que se enderecen algunas tendencias» (Ortún, 2009). Sobre la política y la gestión de los cuidados sanitarios se han realizado innumerables estudios y propuestas. De hecho, se cuenta con análisis suficientemente exhaustivos tanto de sus defectos como de las posibles soluciones como para que fuera más sencillo propiciar cambios en la buena dirección, más aún cuando muchas de las propuestas se han mostrado efectivas en diversos países.

Usualmente se pone todo el foco en los servicios sanitarios asistenciales mientras hay un olvido sistemático de la política de salud y de las actuaciones en salud pública. Pero esa atención casi exclusiva a los servicios asistenciales y sus avatares no ha servido para enderezar sus problemas reiteradamente descritos. Ambas cuestiones, el desinterés por una política de salud digna de tal nombre y la inacción sobre el Sistema Nacional de Salud son consecuencia, entre otros, del mal gobierno y de la baja calidad del diseño institucional. Así se deduce de la mayoría de las propuestas publicadas para mejorar la respuesta social a los retos relacionados con la salud. Proposiciones que avisan de que los importantes problemas de fondo del Sistema Nacional de Salud superan las capacidades actuales de mera administración-gestión, por buena que sea localmente, y que el buen gobierno es una condición previa e indispensable (Freire, 2011). A principios de siglo, al referirse a la generación de políticas públicas saludables, Joan Subirats indicaba que la calidad institucional estaba entre los retos clave de futuro: «España se encuentra en esa, particularmente comprometida, transición entre dos siglos, sin un Estado bien rodado, bien preparado para lo que se avecina y sin una sociedad civil bien enraizada, capaz de asumir

responsabilidades y estructurar mecanismos de vigilancia y control sobre un espacio público muy frágil. Es ahora cuando nuestro hándicap histórico de instituciones públicas usadas con fines privados y actores sociales débiles, dependientes y con pocos recursos autónomos, puede pasar factura de forma grave» (Subirats, 2001). Desde entonces son muchos los autores que coinciden en que el buen gobierno y la calidad institucional son un paso ineludible para lograr que la respuesta de la sociedad española a los retos de salud sea de alta calidad y sostenible. José Ramón Repullo en su minucioso análisis sobre la sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas termina escribiendo: «El Sistema Nacional de Salud es sostenible; depende de nosotros, y el futuro no está escrito. Corresponde a la generación de españoles políticamente activos de hoy, el garantizar que legaremos a nuestros hijos y nietos una sanidad pública extensa, amplia, eficiente y de calidad. Y a un coste asumible por la economía. Para ello se requieren reformas estructurales; buen gobierno es la clave para desbloquear esta trayectoria. Y la clara conciencia de que la cohesión y el capital social de los españoles está inevitablemente vinculado a cómo resolvamos este desafío de hacer sostenible nuestro Sistema Nacional de Salud: una adecuada protección de la salud es condición necesaria, aunque no suficiente para construir sociedades decentes. Esto es lo que en la segunda década del siglo XXI nos estamos jugando» (Repullo, 2012a).

En este artículo revisaremos las propuestas de los distintos autores que se han ocupado del asunto, aunque circunscribiendo el enfoque al nivel macro, es decir a los problemas de carácter sistémico de la política de salud. En segundo lugar, abordaré las acciones que cabría considerar para avanzar en la implantación de las medidas propuestas que más consenso aglutinan. En ambos casos adoptaré una perspectiva integral en la que asumo que la gobernanza de los sistemas sanitarios es una parte más de la política de salud. No se pretende obviar aquí que el buen gobierno en salud es una parte más de la calidad de gobierno general tal como más arriba señalaba Subirats, es más, se tiene muy en cuenta lo apuntado por Meneu y Ortún al respecto: «Parece ya ingenuo pretender disociar las peripecias del gobierno sanitario del buen gobierno general de lo público. La caracterización del gobierno –sanitario y no sanitario– en España, el análisis de su impacto en las políticas, la gestión de las organizaciones y las prácticas institucionales, permiten elaborar una agenda tan ambiciosa como factible de las tareas pendientes que los profesionales –en sentido muy amplio– y los responsables sociales debemos acometer con el apoyo ciudadano» (Meneu y Ortún, 2014). Por ello lo que se pretende es identificar una agenda de propuestas convenientes y examinar qué acciones podrían implantarse para desarrollar esa agenda.

## **2. Las propuestas para la mejora del buen gobierno y la calidad institucional**

El documento «Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance» de la Asociación de Economía de la Salud (AES) contiene abundantes propuestas

acerca de del buen gobierno de la sanidad producto del trabajo de numerosos autores y colaboradores con amplia experiencia previa (AES, 2014). Remito al lector interesado a ese excelente trabajo para la explicación del concepto de buen gobierno y sus principios generales que se describen acompañados de referencias bibliográficas oportunas. El cuarto y último capítulo del documento de AES se dedica en exclusiva al buen gobierno de la sanidad. Su primera propuesta se dedica al procedimiento de priorización de políticas sanitarias señalando la necesidad de que sea más participativo y transparente para lo que se pueden usar ejemplos como el del Mandato del gobierno británico a su National Health Service. Esta recomendación sobre necesidad de priorizar y de hacerlo con metodología adecuada, pues un modelo no priorizado no es sostenible, concita un amplio consenso. El que carezcamos de estimaciones adecuadas y comparables de los efectos sanitarios, económicos y sociales de muchas intervenciones (Meneu, 2016), justifica aún más que se acepte que la priorización y la gobernanza son un todo indisoluble (Callejón, 2017). De hecho, parte del buen gobierno descansa en el papel de la medición para la priorización y para la rendición de cuentas.

### *2.1. Priorización en la política de salud*

Centrándonos en priorización, hay suficientes ideas bien trabajadas en el ámbito circunscrito de los sistemas de salud que están listas para ser aplicadas si se alcanzan las condiciones del entorno político y social para ello (Peiró, 2011) (Del Llano, 2018). Menos trabajados están los procedimientos para la priorización de la política de salud, por ello es oportuno acudir a las buenas prácticas desarrolladas en algunos países como Canadá (González López-Valcárcel, 2018). Al respecto, la experiencia sueca merece atención porque prueba que es posible priorizar áreas estratégicas de ganancia en salud, cuantificar las ganancias esperadas valorando su coste oportunidad y monitorizar el funcionamiento de la política de salud establecida (Linell, 2013). Todo ello se hizo por acuerdo unánime del Parlamento sueco y se plasmó en una ley de salud pública, que indicaba las prioridades y las políticas necesarias. La priorización sueca se basa en los condicionantes de salud y tiene por objetivo nuclear crear las condiciones en la sociedad para una buena salud en términos de igualdad para toda la población. Cuando aquí en España se reunió a expertos en distintos ámbitos para establecer procedimientos de priorización en salud, las prioridades expresadas espontáneamente se acercan a las establecidas en Suecia (Hernández-Aguado, 2016). Lo mismo ocurre con las prioridades expresadas por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS, 2015). Esta observación va en la línea de lo apuntado por Ortún «la medición correcta de los valores y preferencias sociales también se puede hacer –sin ciencia–, por medio de la participación responsable de la ciudadanía: todos nosotros, no solo el segmento de beneficiarios, cuando se trata de establecer prioridades para la asignación de recursos financiados con fondos públicos» (Ortún, 2018). La participación, muy nombrada como

requisito para el buen gobierno, se considera esencial en el futuro de la priorización al igual que también se considera imprescindible atender al entorno ideológico como determinantes del establecimiento de la agenda política y por tanto de la priorización en relación a la atribución de responsabilidad al Estado, el mercado, la familia o el individuo, como también al entorno social en lo referente a los sistemas de valores y creencias más allá de la política (Kickbusch, 2013).

En resumen, el establecimiento de una estrategia nacional de salud basada en las prioridades y necesidades nacionales es un indicador básico incluido en el conjunto de instrumentos de gobernanza de los sistemas de salud y debe integrar cualquier agenda de buen gobierno (World Health Organization, 2008).

## *2.2. Una política integral de salud*

Un segundo ingrediente destacado de los documentos revisados sobre buen gobierno es la necesidad de un abordaje exhaustivo a los problemas de salud, diseñando una política integral. Cada día hay una mayor percepción sobre el papel que juega la salud en alcanzar otras metas sociales benefactoras. Al mismo tiempo la salud es considerada como resultado de las relaciones complejas y dinámicas generadas por numerosos condicionantes en diferentes niveles de gobierno. Los sistemas de salud por sí mismos no pueden resolver de una forma completa y sustancial las causas multidimensionales y sistémicas que están en el origen de los principales problemas de salud (Kickbusch, 2013). La iniciativa de Finlandia sobre Salud en Todas las Políticas, producto de su dilatada trayectoria en implantar políticas saludables para abordar sus problemas de salud más graves, contribuyó a poner de nuevo en la agenda política la necesidad de pensar en políticas de salud y no solo en políticas de servicios sanitarios (Leppo, 2013). Aunque los orígenes de las propuestas sobre políticas saludables son antiguos, la iniciativa formal se puede datar a la Carta de Ottawa. Desde entonces, la salud pública persevera en idear nuevas aproximaciones, denominaciones más atractivas o nuevas estrategias para situar la política de salud en la agenda política, al fin y al cabo, una de las aspiraciones casi seculares de la salud pública, que se desprende de su meta esencial, es garantizar las condiciones en las que las personas puedan tener buena salud. Por lo general, los países con alta calidad democrática y reconocidos por su buen gobierno suele ser aquellos que disponen de una política de salud explícita y bien articulada. En España, la Ley General de Salud Pública supuso un paso en esa dirección, dispuso la elaboración de una estrategia estatal de salud pública que debe ser evaluada periódicamente. Lamentablemente esta ley ya fue cercenada antes de ser remitida al Parlamento y, peor aún, sus disposiciones siguen sin cumplirse siete años después de la promulgación, algo no inusual en España (Hernández-Aguado, 2014) (Meneu, 2009). El documento de AES antes mencionado recomienda que se llegue a un pacto sobre la salud apoyado en el desarrollo de Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011), que integrara la prevención, la protección y la promoción de la Salud en todas las políticas públicas (AES, 2014).

En ello coinciden Repullo y Freire, cuando indican en sus recomendaciones de buen gobierno que la Ley General de Salud Pública debe emplearse para asumir el reto de la regulación y gestión de programas de salud pública, y su articulación con las políticas europeas e internacionales, así como invertir los recursos necesarios en la creación y la dotación técnica de la Autoridad Sanitaria Estatal (Repullo, 2016). Igualmente, las propuestas de Oliva *et al.* para las reformas del Sistema Nacional de Salud consideran que la salud pública, a fin de garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, debe trascender en su alcance el ámbito sanitario e identificar y actuar sobre los condicionantes de la salud tales como la atención social, la educación, el mercado laboral, el urbanismo o las políticas, entre otras, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales y de salud (Oliva, 2013). También Cabases cree que la salud pública es una línea básica del buen gobierno de los servicios de salud y entiende que la salud debe ser el hilo conductor del sistema, revitalizando la salud pública e impulsando la prevención, la protección y la promoción de la salud, haciendo de la buena salud, y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de todas las políticas públicas (Cabases Hita, 2013). Como en otros asuntos, Ortún sintetiza la cuestión con claridad en el título de un comentario en Gaceta Sanitaria: «A la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)» proponiéndolo como lema de la necesaria conciliación entre las acciones individuales y las colectivas sobre la salud (Ortún, 2007).

Sería desafortunado que se considerase la necesidad de una política de salud integral como una cuestión complementaria para facilitar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, cuando lo lógico es que esta fuera una cuestión previa e imprescindible. Esta perspectiva es si cabe más necesaria en la situación actual derivada de la globalización que ha cambiado el equilibrio de poder entre los estados y los mercados y se necesita una adaptación institucional. Se requiere un conjunto de políticas sinérgicas que impliquen a un amplio rango de actores para tratar los problemas de salud pública emergentes y actuales; es más, un país individualmente no tiene la capacidad ni los instrumentos adecuados para resolver adecuadamente los problemas multidimensionales que suponen los retos actuales de salud. En esta línea de salud en todas las políticas se habla de enfoques del conjunto del gobierno y del conjunto de la sociedad, «*whole-of-government and whole-of-society approaches*» y se considera que es necesario cambiar las principales prácticas institucionales reuniendo diversos actores, redes y coaliciones, incluyendo el gobierno, la comunidad y representantes empresariales. Con ello se pretende establecer políticas sinérgicas implicando a un amplio rango de actores para tratar los problemas de salud pública emergentes y actuales. Son los países anglófonos los que más han desarrollado esta visión acuñando denominaciones como «*joined-up government*» en Reino Unido, «*horizontal government*» o «*horizontal management*» en Canadá, «*integrated government*» en Nueva Zelanda, «*networked government*» en Estados Unidos y «*whole of government*» en Australia y Escocia (Kickbusch, 2013). Este asunto subyacía también en la intención del informe sobre la medición del progreso social y funcionamiento económico comisionado por Nicolás Sarkozy (Stiglitz, 2009).

La idea de acuñar denominaciones atractivas e incluso diseñar procedimientos para facilitar las acciones sinérgicas de los gobiernos es plausible si bien debe considerarse con precaución la noción más o menos implícita de gobernanza compartida por la que a veces se pretende invitar a la mesa de toma de decisiones a los diversos actores, cuando hay asimetrías de poder obvias. Este enfoque no debería obviar que algunos actores interesados ya están actuando en política desde hace tiempo, en el caso de la salud pública ya se han descrito modelos de gobernanza con la participación de la industria que ha desembocado en la captura de la política de salud y un freno a la regulación (Miller, 2010). Por otra parte, y tal como describe Subirats, aunque haya una amplia pluralidad de actores en política de salud con aparente capacidad de influir en el proceso de elaboración de políticas, no debe olvidarse la clara desigualdad que hay en el escenario público (Subirats, 2001). La amplia disponibilidad de recursos de las empresas relacionadas con la salud, causa un déficit democrático, no solo por su actuación directa sino porque logran que la mayor parte de actores esté alineado con sus intereses. En cualquier caso, no cabe duda de que hay que encontrar soluciones para un entorno social y económico en el que la distribución del poder ha cambiado sustancialmente y en el que el papel de las corporaciones transnacionales como determinantes de la salud es creciente y de gran magnitud (Hastings, 2012) (Moodie, 2013).

En España, el reto al que nos enfrentamos estriba en cambiar radicalmente la actual inacción y desgobierno o lo que es una política de salud convertida en una serie inconexa de propuestas de gabinete. Como han descrito Repullo e Infante, en el Ministerio de Sanidad sucede lo que se ha denominado «gabinetización» de la política: «es decir, al peso cada vez mayor de los gabinetes del Ministro, los Secretarios Generales y los Subsecretarios (incluido el gabinete de prensa) en el diseño y el control de las políticas en detrimento de las unidades de técnicas de línea (es decir, de las Direcciones Generales) con el riesgo de subjetivismo y arbitrariedad que ello a menudo implica» (Repullo, 2013). Esto es posiblemente consecuencia de algunos de los vicios políticos exacerbados desde la transición, en palabras de Meneu y Ortún: «Entre estos destacan la vinculación “natural” de su dirección a la voluntad de la articulación política triunfante, sin que ello suponga necesariamente cambios en las políticas sanitarias, pero sí relevos en los directivos en función de sus lealtades y confianzas, y la consiguiente “despolitización” (que no “despartisanización”) de la acción política, con crecientes componentes de “bandería” y enfrentamiento espectacular» (Meneu y Ortún, 2011).

Es esperable que las prioridades de salud que puedan establecerse en España se aproximen a las de algunos países de la Unión Europea más arriba citadas y también tengan bastante que ver con las recomendaciones emitidas por la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009). De hecho, las propuestas de políticas de salud del informe de AES, si exceptuamos la timidez en el uso de la regulación, van en esa dirección (AES, 2014). Por ello no hay duda de que es urgente acordar una política de salud integral que establezca metas y estrategias apropiadas

de acuerdo a los problemas y retos de la salud y guiada por los principios generales de buen gobierno.

### 2.3. Liderazgo

El camino hacia un buen gobierno de la salud que abarque las características indispensable requiere liderazgo, se trata de alcanzar los atributos que son específicos del buen gobierno que AES enumera citando a la Comisión de Buen Gobierno Sanitario del Consejo de Europa (AES 2014): rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, seguridad, y dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos; y en aspectos éticos: una cultura de integridad, códigos de conducta, atención a los conflictos de intereses y prevención del fraude y la corrupción. Ese liderazgo puede englobar la función de rectoría (*stewardship*), que busca reactivar el liderazgo de los ministerios de salud y su capacidad de establecer y desarrollar estrategias que orienten al sector y sistema sanitario hacia ganancias de salud, y también puede incluir la función de gobernanza, como aquella que persigue restaurar mecanismos y herramientas de regulación, jerarquía, organización o incentivos para hacer posible la implementación de las políticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe de salud del mundo en el año 2000, asume que la rectoría en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno y además de definir la visión y la dirección de la política de salud, como antes se menciona, debe ejercer influencia por medio de la reglamentación y la defensa de la causa (OMS, 2000). Ya en ese año, la OMS consideraba que era una miopía rectora de los ministerios de salud el hecho haber perdido de vista del objetivo de la política de salud dirigida al conjunto de la población y el no reconocer que todo el gobierno debe tener función rectora en salud. Igualmente recomendaba que las autoridades en salud entablasen coaliciones con otros actores para la defensa de la salud y para facilitar los cambios sin basarse únicamente en la regulación. La rectoría, es considerada por Repullo e Infante como la adecuada combinación de legislación adecuada, información transparente, normas técnicas oportunas y fondos complementarios de asignación finalista y condicionada que influyeran en el comportamiento de los distintos actores (Repullo, 2013), lo que desde luego sería un buen comienzo en estos momentos. Entre las magníficas recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, se incluye la siguiente: fortalecer, si cabe, el papel que corresponde al Consejero de Sanidad y al Departamento de dirección política, orientación estratégica y fijación de objetivos generales para el gobierno del conjunto de la sanidad pública vasca, diferenciando este rol del que está delegado en el Consejo de Administración de Osakidetza/SVS, en sus órganos directivos y en organizaciones (comarcas, hospitales, etc.) (Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, 2012). Creemos que el liderazgo, junto con los ingredientes mencionados sobre rectoría, son esenciales para un buen gobierno y para favorecer decisiones políticas saludables.

En cuestiones relativas a las decisiones de políticas públicas, Subirats y Dente analizan el conocimiento hasta ahora disponible contrastando los diversos enfoques (Dente, 2014a). Del contraste de posiciones de diversos autores que describen, interesa destacar que mientras unos asumen que el poder político está bastante distribuido en las democracias modernas en lugar de estar concentrado, otros señalan que no solo importa saber quién influye en las decisiones, también cabe revisar las formas sutiles de actuación como por ejemplo aquellas destinadas a impedir que determinadas cuestiones entren en el proceso decisional. De hecho, muchas «no decisiones» son «decisiones de no decidir» en línea con la definición de *policy* que propone Dye: «todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer». En política de salud la inacción es habitual, ahora mismo es patente que hay un problema con el juego (las apuestas o similares) en España y sin embargo, ni hay liderazgo político desde la administración para dar respuesta, ni iniciativas concretas más allá de las que han propuesto dos grupos parlamentarios.

Lukes afirma que el mayor poder consiste en la capacidad de modelar las preferencias de los individuos, de modo que sean inducidos a apoyar elecciones que en realidad van contra sus intereses (Dente, 2014b). Callejón *et al.* resaltan que para que una sociedad se desarrolle, es necesario que sus instituciones hagan individualmente atractivo lo que sea socialmente conveniente (Callejón, 2018). Pero también señalan que las preferencias son lábiles. Es por ello que es imprescindible la intervención de los poderes democráticamente elegidos para debatir sobre las preferencias en la esfera pública. La autoridad sanitaria debe entrar en la arena pública para la defensa de la salud de la población, se trata de facilitar la adopción de políticas de salud, de comunicar las políticas y las líneas estratégicas a la ciudadanía, de rendir cuentas sobre sus efectos. Se trata también de promover el debate parlamentario con la idea de mostrar la integralidad a todo el gobierno y la sociedad de la política de salud, tal como sugieren Repullo y Freire, propiciar debates tipo «estado sanitario de la nación/comunidad autónoma» como una excelente palanca para interesar y fomentar políticas multisectoriales y gubernamentales saludables (Repullo, 2016). La actual agenda de intervenciones de las personas con máxima responsabilidad política de España o de sus comunidades autónomas no se acerca a la función de rectoría, de liderazgo que deberían asumir. Un liderazgo que además debería perfilar las decisiones sobre qué diseño institucional debe tener el Ministerio de Sanidad.

#### 2.4. Agencia Nacional de Salud

Si hay algo en el diseño institucional sobre el que hay casi unanimidad es sobre la perentoria necesidad de una agencia de alto nivel técnico de salud capaz de evaluar políticas y tecnologías. En la prensa especializada se ha llegado a hablar de «clamor por un *Hispanice*» (Barbado, 2014). Se le denomina *Hispanice* a la semejanza deseada con la agencia británica National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Hay motivos para usar el NICE como referencia, pues ha sido descrito como ejemplo de buen gobierno. Por ejemplo, el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud que propone TAPIC (transparencia, rendición de cuentas, participación, integridad y capacidad) como marco de buen gobierno, menciona de forma reiterada en su publicación el papel favorable del NICE en el refuerzo de la gobernanza de los sistemas de salud (Greer, 2016). Por su parte, la segunda recomendación de Repullo y Freire para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud a nivel macro es la siguiente: «Creación de la Agencia del Sistema Nacional de Salud con nuevos instrumentos de coordinación operativa: fondos de cohesión, de compensación y de inversión; evaluación de tecnologías y medicamentos (Hispa-NICE); y aplicación de criterio de transparencia reforzada y comparación abierta en todos los sistemas de información de comunidades autónomas, centros y servicios» (Repullo, 2016). Cabe subrayar que los borradores de la Ley General de Salud Pública habían diseñado una agencia que reuniese las capacidades de todo el estado de forma articulada y eficiente para poner lo mejor del país al servicio del conjunto, es decir, de la comunidad autónoma que lo necesitase y del Gobierno de España, así como para actuar a nivel internacional de forma competitiva dadas las capacidades técnicas y científicas disponibles. Las resistencias del Ministerio de Economía opuesto en esos momentos –2010– a cualquier nueva agencia, junto a las del propio Ministerio de Sanidad obligaron a que lo que era un capítulo completo quedase en un solo artículo de la ley que establece la creación del Centro Estatal de Salud Pública con un alcance, en principio, limitado y pendiente del cumplimiento de la ley.

Las agencias no son una panacea y pueden ser vulnerables a la captura por actores interesados, incluso se ha esgrimido que las acusaciones de captura son una forma deliberada de tratar de que no haya agencias. El NICE, tal como indica el antes citado del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud, es un ejemplo de buen gobierno que ha afrontado las posibilidades de captura demostrando, como se evidencia en la obra de Carpenter y Moss sobre prevención de captura regulatoria, que es posible proteger las agencias de la captura (Carpenter, 2014).

No hay duda de que una agencia de salud requiere una alta reputación de competencia y eficacia técnica tanto dentro como fuera del gobierno. La cuestión es qué tipo de agencia es necesaria, cuáles son sus funciones, que diseño institucional se articula para garantizar su independencia y, finalmente, como se consigue que sea social y políticamente deseable. Una propuesta que cuenta con bastante consenso es la de AES: «Crear una agencia u observatorio de evaluación de servicios sanitarios y políticas de salud cuyos rasgos distintivos sean la imparcialidad, el rigor científico, la participación y la transparencia. Para asegurar su independencia, los recursos de dicha agencia dependerían de los Presupuestos Generales del Estado y rendiría cuentas directamente al Parlamento, quien aseguraría su existencia durante un tiempo suficientemente prolongado para evaluar su utilidad social» (AES, 2014). Sin embargo, si consideramos la incardinación de la salud y su papel central dentro de las metas generales de bienestar social y de acuerdo al principio de salud en todas las políticas la posibilidad de un instituto nacional para la mejora del bienestar,

asumiendo las características anteriores, podría ser una opción apropiada (González López-Valcárcel, 2010).

### 2.5. *El entorno cultural e intelectual*

El entorno intelectual y cultural tienen influencia decisiva en la viabilidad de las acciones para mejorar el buen gobierno. Por ejemplo, un entorno público en el que faltan posiciones autorizadas y acreditadas en materia de salud facilita la captura de políticas, da lugar a aparente equivalencia entre las diversas posiciones y propuestas que facilita los objetivos de agentes interesados. De ahí que algunos actores con influencia en la política de salud prefieran la ausencia de agencias técnico-científicas y de voces autorizadas. La emisión de recomendaciones científica y socialmente fundamentadas en salud pública es precisamente uno de los papeles que debe cumplir una agencia de salud. Tal como describe Cuellar, acerca de la actuación de los *Centers for Disease Control and Prevention* en diversos problemas de salud a lo largo de su historia, la alta reputación científica y técnica en la sociedad estadounidense contribuyó a evitar la captura de políticas (Cuellar, 2014). A propósito, vale la pena recordar que, en ausencia de agencias científico-técnicas en salud, hay organizaciones de la sociedad civil que pueden emular el papel. Eso es lo que en cierta forma hizo el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo para favorecer la legislación de prevención del tabaquismo pasivo en España (Hernández-Aguado, 2013).

La percepción de los riesgos de mal gobierno es escasa, el entorno social no lo favorece. Muchos de los actores interesados en la política de salud no perciben los conflictos y los potenciales problemas éticos cuando participan en actuaciones relacionadas con la salud. Puede ser que en ocasiones se sea consciente de las contradicciones, pero la impresión es que lo que ocurre es producto del curso natural de los acontecimientos. Por ejemplo, de la misma forma que un médico interno residente no percibe nada inusual cuando en su primera semana de trabajo se celebra una cena de bienvenida financiada por una industria relacionada con la salud, una asociación padres y madres de familia no encuentra inconveniente alguno en adherirse a una campaña de promoción de salud infantil auspiciada por una empresa que comercializa productos insalubres. El proceso y fracaso en la legislación sobre la protección de menores ante el consumo de bebidas alcohólicas, sustituyéndolo por la autorregulación ilustra bien el asunto (Hernández-Aguado, 2018). La Ministra de Sanidad en 2011 presidió la firma de un gran acuerdo social para lograr el «consumo cero» de alcohol entre los menores de edad. A la firma pudieron asociaciones de padres y madres, jóvenes, educadores, ONG, sociedades científicas, productores de bebidas alcohólicas, cerveceros, distribuidores, hosteleros, y medios de comunicación entre otros. El acuerdo tenía por primer objetivo evitar toda comunicación, información, publicidad o promoción comercial que relacione el consumo de bebidas alcohólicas con el éxito social o sexual, con la mejora del rendimiento físico o que induzca al consumo de alcohol por parte menores de edad. Mientras se firmaba el acuerdo unas

latas de cerveza incluían la imagen de jugadores de la selección española de fútbol. La siguiente ministra celebró un acuerdo similar con los fabricantes de bebidas espirituosas al tiempo que usaba la ley de presupuestos para facilitar la publicidad de bebidas alcohólicas de graduación inferior a 20 grados donde no se podía vender y consumir. El proceso ha concluido por el momento con la concesión de la Cruz Blanca de la Orden al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas a la Federación Española de Bebidas Espirituosas por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2016 (Hernández-Aguado, 2018). Esta baja capacidad para detectar riesgos de mal gobierno también puede percibirse en altos cargos cuando las propuestas de actores interesados son atractivas, que es lo habitual cuando se plantean colaboraciones público privadas para la promoción de la salud (Hernández-Aguado, 2016). Incluso, en los ámbitos científicos la percepción sobre estas colaboraciones puede ser positiva por la influencia que comentarios y editoriales pueden tener en el entorno científico y que pueden ser producto de captura científica (Zaragoza Gaynor, 2016) (Hernández-Aguado, 2016).

El que la respuesta social a los problemas de salud sea preferentemente de carácter biomédico es en parte consecuencia de cierta captura del entorno por parte de agentes interesados. Hay que recordar que prácticamente toda la prensa especializada en sanidad está financiada por agentes interesados y en sus páginas raramente tienen espacio intervenciones de salud que no sean patentadas. La capacidad de influencia en la esfera pública de las industrias relacionadas con la salud es alta como corroboran las palabras de un responsable de relaciones institucionales de una importante compañía farmacéutica recogidas en el informe sobre el *lobby* en España: «Una característica de la industria es la calidad y cantidad de información y recursos de que dispone. Una multinacional de cierta magnitud tiene información detallada y puntual sobre todos los procesos de su interés (tanto científicos como de capacidad de prospección, conocimiento de procesos internacionales comparados, funcionamiento de la administración y personas clave, etc.), que está a mucha distancia de la que tienen las administraciones. Esta información le otorga a la industria una enorme capacidad de adelanto a los acontecimientos. En comparación, las administraciones tienen escasos recursos y una información desordenada, de baja calidad, casi grotesca. En estas condiciones la capacidad de influencia indirecta es alta porque se domina el entorno científico, intelectual, formativo, político, etc. y en consecuencia la influencia directa se ejerce solo en casos imprescindibles. La necesidad de influir directamente en la toma de decisiones viene determinada por la ausencia de un campo de juego limpio, de una regulación clara y previsible. Por ello, si es necesario, se ejerce presión con toda la intensidad y en todos los niveles del gobierno al alcance» (Villoria Mendieta, 2014). En ese mismo informe se detallan los actores que juegan un papel relevante en la política de salud y las estrategias de influencia empleadas.

La influencia de la prensa en la esfera pública y en el resto de actores es esencial, ya antes hemos descrito la denominada gabinetización de la política de salud en España más pendiente del dossier de prensa que de cualquier objetivo, aunque este estuviese en el programa del partido que sustenta el gobierno. Según Charron

*et al.*, tres factores explicarían las diferencias de calidad de gobierno entre países: una gestión pública profesional con una separación estricta entre las carreras de políticos y funcionarios; una descentralización y autonomía en la gestión de los recursos humanos; y, transparencia, entendida como el acceso a la información pública (sin publicidad ni ocultando los malos resultados), y libertad de prensa. La propiedad actual de los medios de comunicación dificulta el acceso a información veraz e influye en la agenda pública condicionando así la agenda política. Un asunto crucial es la definición del problema que da lugar o desencadena la política. Definir un problema no es la simple descripción de una situación que no nos gusta y que se desea cambiar (Subirats, 2000). En el proceso de formulación de políticas la batalla por definir de una determinada forma los problemas es clave porque es la forma en la que se organizan y se da sentido a los asuntos, es decir, se seleccionan algunos aspectos de la realidad y se destacan para promover una determinada definición del problema, una interpretación causal, una evaluación moral y una recomendación de solución determinada (Entman, 2009). Los medios y los actores que puedan influir en el establecimiento de la agenda mediática y el *framing* (definición) influyen en el contexto cognitivo, no solo dando relevancia a unos problemas y silenciando otros sino definiendo el problema en sí de forma que se anticipa un tipo de solución. En nuestro entorno, los medios generales también contribuyen a anticipar soluciones biomédicas a los problemas de salud, y han contribuido, por ejemplo, a enmarcar las propuestas de regulación para proteger a los menores del alcohol como un atentado a la libre elección. Por último, y respecto al entorno intelectual, es preciso señalar la necesidad de abordar la producción y difusión del conocimiento. La distorsión de la ciencia alcanza niveles preocupantes y contribuye a perfilar percepciones en la esfera pública no favorables a algunas políticas de salud tanto directamente como con la ayuda de los medios de comunicación. La atención al entorno intelectual y cultural es necesaria para cualquier estrategia de buen gobierno y exige a los responsables políticos y a las administraciones trabajar sobre cómo influir y sobre qué definiciones emplear en promocionar sus actuaciones.

### 3. Avanzando en la agenda de buen gobierno

Las acciones para avanzar en la agenda de buen gobierno son, en general, de carácter transversal. Las que a continuación se exponen no son de carácter integral o amplio, son tan solo propuestas concretas que pretenden contribuir a crear un entorno favorable a las decisiones sobre buen gobierno.

La primera, mencionada con mucha frecuencia, es la formación. En la agenda de organismos e instituciones no gubernamentales relacionados con la salud podrían incluirse acciones de influencia al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para que el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud incluya en todos los programas de formación de los futuros especialistas contenidos sustantivos de buen gobierno (transparencia, independencia, imparcialidad, conflictos de

intereses, etc.). Igualmente cabe influir en las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas para que la formación en buen gobierno sea un mérito destacado en el acceso a los puestos de trabajo. De forma sinérgica debe proponerse un encuentro de entidades de formación de postgrado en ciencias de la salud para que, si es posible en alianza, se preparen currículos de formación en buen gobierno. También es relevante la formación de los funcionarios e incluso más importante aún de los altos cargos de las consejerías, por lo que debe procederse de forma similar a lo más arriba expuesto.

Para que estas acciones de influencia se refuercen, las organizaciones civiles interesadas podrían identificar algún responsable sanitario de alguna comunidad autónoma proclive al buen gobierno y que desee llevar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una propuesta de buen gobierno en línea con lo antes planteado.

La aparente intención actual sobre el desarrollo de la Ley General de Salud Pública debe aprovecharse para que aquellos artículos que requieren reglamento, este sea lo más exigente posible en las cuestiones de buen gobierno. Esto ocurre por ejemplo con el artículo 11 sobre colaboración en salud pública e imparcialidad en las actuaciones sanitarias cuyo reglamento podría ser ambicioso asumiendo que muchas recomendaciones influyen en la salud pública y reglar los requisitos de imparcialidad y declaración de interés que afectasen a muchas comisiones de expertos, guías de actuación, etc. El Título II de la Ley sobre la planificación y coordinación de la salud pública es otro ejemplo entre otros muchos de la norma que deben desarrollarse y que, en este caso, podría permitir la redacción de una política de salud integral.

Organizaciones interesadas pueden instar al Ministerio o a las consejerías para establecer normas (órdenes, decretos u otros) que afecten a las recomendaciones sobre salud y sobre atención sanitaria, como son las guías clínicas, para incrementar su imparcialidad y que estableciesen que la colaboración de la administración con otros agentes se guiará por los principios de buen gobierno con exigencias claras al respecto. Esto podría hacerse con la participación de las sociedades científicas, colegios profesionales y otros actores.

Sobre la cuestión de una agencia independiente y dadas las barreras bien descritas por Abellán y Martínez, es preciso centrarse de momento en el diseño, en definir una metodología clara y transparente que incluya la participación de todos los agentes implicados y que describe su diseño institucional de acuerdo al contexto político español (Abellán Perpiñán, 2016). Es preciso que más allá de las recomendaciones pasemos propuestas articuladas, es decir, a ofrecer un documento con un diseño listo para el uso que puede ser presentado y discutido pergeñando un ámbito apropiado. Organizaciones tan activas como por ejemplo AES podrían, más allá de ofrecer opiniones razonadas y recomendaciones solventes, ofrecer documentos de gobierno listos para uso indicando quién, qué y cómo deben hacerse las cosas.

El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo hizo funciones de agencia para estimular la legislación preventiva. SESPAS, que es una organización que reúne 12 sociedades científicas del ámbito de la salud pública y la administración sanitaria, y otras organizaciones deben articular organismos similares tanto para promover el

buen gobierno, el Comité Nacional de Buen Gobierno Sanitario, como para acciones concretas de política de salud (nutrición saludable, salud y cambio climático, etc.). La función de estos organismos es influir en el entorno mediático y político y propiciar documentos de base para estimular políticas favorables al buen gobierno y a la salud. Por ejemplo, una de las tareas del Comité Nacional de Buen Gobierno Sanitario consistiría en redactar una propuesta formal de Agencia Nacional de Salud.

Es cierto que muchas de estas acciones requieren del voluntarismo, pero el hecho de que gocemos de una alta esperanza de vida con calidad puede favorecer la participación de jubilados activos cada vez más numerosos y con mayor capacidad.

Algo similar cabría hacer para propiciar la implantación de algunas de las propuestas, tales como la priorización, el liderazgo o el entorno intelectual y cultural. Varias de las acciones nombradas van en esa dirección y podrían adaptarse. El adelgazamiento de las administraciones hace que de momento no sean esperables cambios notables en estas áreas. No cabe más que trabajar desde la sociedad civil para configurar instituciones y acciones en paralelo como las antes mencionadas para que paulatinamente influyan para el cambio. El reto pasa por lograr que haya actores sociales sólidos, independientes y con recursos autónomos. Para ello son necesarias obras y no solo razones.

## Referencias bibliográficas

- [1] ABELLÁN PERPIÑÁN, J. M. y MARTÍNEZ PÉREZ, J. E. (2016). «Cómo articular la cooperación en red de los recursos sobre conocimiento y evaluación en salud y servicios sanitarios en España. ¿Hacia un HispaNICE?». *Gaceta Sanitaria*, 30, Supl. 1, 14-8.
- [2] ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). (2014). «Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance». *AES*, 113-130. Recuperado en noviembre 2018 de [http://www.aes.es/Publicaciones/SNS\\_version\\_completa.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf).
- [3] BARBADO, J. (2014). «Los directivos del sector se unen al clamor por un ‘Hispanice’». *Redacción Médica*, 17 de febrero. Recuperado en noviembre 2018 de <https://www.redaccionmedica.com/noticia/los-directivos-del-sector-se-unen-al-clamor-por-un-hispanice-9350>.
- [4] CABASÉS HITA, J. M. (2013). «El buen gobierno de los servicios de salud». *Derecho y Salud*, 23, 33-51.
- [5] CALLEJÓN, M.; CAMPILLO, C. y ORTÚN, V. (2018). «Deciding on public programs. Prioritisation and governance: an inseparable whole». En J. del Llano y S. Peiró (dirs.), *Prioritising or muddling through*. Madrid, Springer Healthcare, 1-22. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.fgcasal.org/publicaciones/Prioritising-Health-Services-or-Muddling-Through.pdf>.
- [6] CARPENTER, D. y MOSS, D. (eds.) (2014). «Preventing Regulatory Capture: Special Interest Influence and How to Limit It». *The Tobin Project*. New York, Cambridge University Press. Recuperado en noviembre 2018 de <https://tobinproject.org/sites/tobinproject.org/files/assets/Introduction%20from%20Preventing%20Regulatory%20Capture.pdf>.

- [7] CHARRON, N.; DIJKSTRA, L. y LAPUENTE, V. (2015). «Mapping the regional divide in Europe: a measure for assessing quality of government in 206 European regions». *Social Indicators Research*, 122, 315-346.
- [8] COMISIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. (2009). «Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud». Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado en noviembre 2018 de [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/).
- [9] CUÉLLAR, M. F. (2014). «Coalitions, Autonomy & Regulatory Bargains in Public Health Law». En D. Carpenter y D. A. Moss (eds.), «Preventing Regulatory Capture: Special Interest Influence and How to Limit It». *The Tobin Project*. Nueva York, Cambridge University Press, 326-62. Recuperado en noviembre 2018 de <https://tobinproject.org/sites/tobinproject.org/files/assets/Introduction%20from%20Preventing%20Regulatory%20Capture.pdf>.
- [10] DEL LLANO, J. y PEIRÓ, S. (dirs.). «Prioritising or muddling through». 23-35. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.fgcasal.org/publicaciones/Prioritising-Health-Services-or-Muddling-Through.pdf>.
- [11] DENTE, B. y SUBIRATS, J. (2014a). *Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. Barcelona, Planeta, 15-33.
- [12] DENTE, B. y SUBIRATS, J. (2014b). *Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas*. Barcelona, Planeta, 29.
- [13] DYE, T. R. (1987). *Understanding Public Policy*. Chicago, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- [14] ENTMAN, R. M.; MATTHES, J. y PELLICANO, L. (2009). «Nature, Sources, and Effects of News Framing». En K. Wahl-Jorgensen y T. Hanitzsch (eds.), *The Handbook of Journalism Studies*. New York, Routledge, 175-190.
- [15] GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017). «Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015». *Lancet*, 390,231-266.
- [16] GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2018). «Prioritisation in Public Health: Aims, Methods, Problems and Practical Experiences». En J. del Llano y S. Peiró (dirs.), *Prioritising or muddling through*, 23-35. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.fgcasal.org/publicaciones/Prioritising-Health-Services-or-Muddling-Through.pdf>.
- [17] GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y ORTÚN, V. (2010). «Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 497-9.
- [18] CONSEJO ASESOR SOBRE EL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD PÚBLICA VASCA. (2011). *Recomendaciones*. Consejería de Salud y Consumo. [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil\\_buengobierno/es\\_cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cbil_buengobierno/es_cbil/adjuntos/Buengobiernomarzo.pdf).
- [19] GREER, S. L.; WISMAR, M. y FIGUERAS, J. (eds.) (2016). *Strengthening Health System Governance. Better policies stronger performance*. Maidenhead (UK), McGraw Hill, Open University Press.
- [20] HASTINGS, G. (2012). «Why corporate power is a public health priority». *British Medical Journal*, 345:e5124.

- [21] HERNÁNDEZ-AGUADO, I. (2013). «The tobacco ban in Spain: how it happened, a vision from inside the government». *Journal Epidemiology and Community Health*, 67, 542-3.
- [22] HERNÁNDEZ-AGUADO, I. (2014). «El gobierno de las crisis de salud pública». *El Mundo*, 14/10/2014. Recuperado en noviembre 2018 en <https://www.elmundo.es/salud/2014/10/14/543c2c78ca47410e258b456f.html>.
- [23] HERNÁNDEZ AGUADO, I. (coord.) (2016). *Definición de prioridades en las políticas de salud*. Barcelona, Fundación Dr. Antonio Esteve, 36.
- [24] HERNÁNDEZ-AGUADO, I. y ZARAGOZA, G. A. (2016). «Support of public-private partnerships in health promotion and conflicts of interest». *British Medical Journal Open*, 18, 6, 4, e009342
- [25] HERNÁNDEZ AGUADO, I. y VILLALBÍ, J. R. (2018). «Public-private interaction with the alcohol industry and failures in the regulation of alcohol in Spain». En UK Health Forum (eds.), *Public health and the food and drinks industry: The governance and ethics of interaction. Lessons from research, policy and practice*. London, UKHF, 96-101. Recuperado en noviembre 2018 de <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/ukhf-casebook-jan18.pdf>.
- [26] KICKBUSCH, I. y BEHRENDT, T. (2013). *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Recuperado en noviembre 2018 de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf).
- [27] LEPOO, K.; OLLILA, E.; PEÑA, S.; WISMAR, M. y COOK, S. (2013). *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health. Recuperado en noviembre 2018 en [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf).
- [28] LEY 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid, Boletín Oficial del Estado, Miércoles 5 de octubre de 2011:104593- 626. Recuperado en noviembre 2018 en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>.
- [29] LINELL, A.; RICHARDSON, M. X. y WAMALA, S. (2013). «The Swedish national public health policy report 2010». *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 10, 3-56.
- [30] MENEU, R. (2009). «Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora». En V. Ortún V. (dir.), *El buen gobierno sanitario*. Madrid, Springer Healthcare Communications, 24.
- [31] MENEU, R. y ORTÚN, V. (2011). «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis». *Gaceta Sanitaria*, 25, 4, 333-338. Recuperado en noviembre 2018 en <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/GacSanit2011.pdf>.
- [32] MENEU, R. (2016). «Para priorizar es prioritario. Notas para deliberar sobre el establecimiento de prioridades en políticas de salud». En I. Hernández Aguado (coord.), *Definición de prioridades en las políticas de salud*. Barcelona, Fundación Dr. Antonio Esteve, 36, 3-9. Recuperado en noviembre 2018 de <https://www.esteve.org/capitulos/documento-completo-11/>.
- [33] MENEU, R. y ORTÚN, V. (2014). «Del buen gobierno y nuestras instituciones». *Economía y Salud. Boletín Informativo*, 80. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=21&idN=1312>.

- [34] MILLER, D. y HERKINS, C. (2010). «Corporate strategy, corporate capture: Food and alcohol industry lobbying and public health». *Critical Social Policy*, 30, 564-589.
- [35] MOODIE, R.; STUCKLER, D. y MONTEIRO, C. *et al.* (2013). «Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries». *Lancet*, 381, 9867, 670-679.
- [36] OECD. (2017). *Health at a Glance*. OECD Indicators. Paris, OECD.
- [37] OLIVA, J.; PEIRÓ S. y PUIG-JUNOY, J. (2013). «Sistema Nacional de Salud y propuesta de reformas: más allá del ruido y la furia». *Derecho y Salud*, 23, 6-18. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any%202013/DyS%202013%20Oliva.pdf>.
- [38] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, OMS. Recuperado en noviembre 2018 en [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42357/WHR\\_2000\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42357/WHR_2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- [39] ORTÚN, V. (2007). «A la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)». *Gaceta Sanitaria*, 21, 6, 486-489. Recuperado en noviembre 2018 en [https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/32222/Ortun\\_GacetaSanitaria\\_salu.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/32222/Ortun_GacetaSanitaria_salu.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- [40] ORTÚN-RUBIO, V. (2009). «Introducción». En V. ORTÚN-RUBIO, M. CALLEJÓN, J. COLOMER, J. GERVA S y R. MENEU R. *et al.* (eds.), *El buen gobierno sanitario*. Madrid, Springer.
- [41] ORTÚN, V. (2018). «Priorizar o salir del paso». En *Prioridades y políticas sanitarias*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 48, 29-40.
- [42] PEIRÓ, V.; ARTELLS, J. J. y MENEU, R. (2011). «Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud». *Gaceta Sanitaria*, 2, 95-105. Recuperado en noviembre 2018 de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90003170&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=138&ty=56&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v25n02a90003170pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90003170&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=56&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v25n02a90003170pdf001.pdf).
- [43] RAJMIL, L.; TAYLOR-ROBINSON, D.; GUNNLAUGSSON, G.; HJERN, A. y SPENCER, N. (2018). «Trends in social determinants of child health and perinatal outcomes in European countries 2005-2015 by level of austerity imposed by governments: a repeat cross-sectional analysis of routinely available data». *BMJ Open*, 8, e022932.
- [44] REPULLO LABRADOR, J. R. (2012a). «La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas». En M. A. Presno Linera (coord.), *Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables*. Oviedo, Procura n.º 2, Procuradora General del Principado de Asturias, Universidad de Oviedo. Recuperado en noviembre 2018 de <https://presnolinera.files.wordpress.com/2013/09/crisis-econoc3b3mica-y-atencic3b3n-a-las-personas-y-grupos-vulnerables.pdf>.
- [45] REPULLO LABRADOR, J. R. e INFANTE CAMPOS, A. (2013). «La cohesión del SNS y su sostenibilidad: en el aniversario de una Ley que buscó de forma tardía e insuficiente gobernar un sistema descentralizado». *Derecho y Salud*, 23 (extraordinario), 83-95. Recuperado en noviembre 2018 de <https://www.ajs.es/revista-derecho-y-salud/la-cohesion-del-sns-y-su-sostenibilidad-en-el-aniversario-de-una-ley-que-busco-de-forma-tardia-e-ins>.

- [46] REPULLO, J. R. y FREIRE, J. M. (2016). «Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud». *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 3-8.
- [47] SANTANA, P. *et al.* (2017). *Atlas of population health in European Union regions*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- [48] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS) (2015). *Posicionamiento SESPAS en el año electoral 2015: Protege tu salud con tu voto*. Barcelona, SESPAS. Recuperado en noviembre 2018 de <http://sespas.es/wp-content/uploads/2017/01/SESPAS-Elecciones-2015.pdf.pdf>.
- [49] STIGLITZ, J. E.; SEN, A. y FITOUSSI, J.-P. (2009). «*Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*».
- [50] SUBIRATS, J. (2001). «El análisis de las políticas públicas». *Gaceta Sanitaria*, 15, 259-64. Recuperado en octubre 2018 de <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911101715579>.
- [51] THE GUARDIAN (2018). «Fruit, veg and family life—why Spaniards are living longer». *The Guardian*, 19 de octubre. Recuperado en octubre 2018 de <https://www.theguardian.com/world/2018/oct/19/spaniards-living-longer-researchers-credit-diet-lifestyle-fruit-veg-family-life>.
- [52] THE TIMES (2018). «They drink, they smoke, so why are the Spanish living so long?». *The Times*, 20 de octubre. Recuperado en octubre 2018 de <https://www.thetimes.co.uk/article/they-drink-they-smoke-so-why-are-the-spanish-living-so-long-tg7jzm0tb>.
- [53] VAN DEN HOOGEN, P. C.; FESKENS, E. J.; NAGELKERKE, N. J.; MENOTTI, A.; NISSINEN, A. y KROMHOUT, D. (2000). «The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. Seven Countries Study Research Group». *New England Journal of Medicine*, 342, 1-8.
- [54] VILLORIA MENDIETA, M. (dir.) (2014). *Una evaluación del lobby en España: análisis y propuestas*. Madrid, Transparency International España. [https://webantigua.transparencia.org/es/estudio\\_lobby/spain\\_lobbying\\_esp\\_final.pdf](https://webantigua.transparencia.org/es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf).
- [55] WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *Health Systems Governance: Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening*. Geneva: WHO.
- [56] ZARAGOZA GAYNOR, G.; HERNÁNDEZ-AGUADO, I. y PARKER L. A. (2016). «Colaboraciones público-privadas en salud pública: ¿parte de la solución o parte del problema?». *Gestión Clínica Sanitaria*, 18, 3, 75-7. Recuperado en noviembre 2018 de <http://www.iiss.es/gcs/gestion63.pdf>.

# Crisis económica y salud: lecciones aprendidas y recomendaciones para el futuro\*

Juan Oliva  
Luz María Peña-Longobardo  
Universidad de Castilla-La Mancha

Beatriz González López-Valcárcel  
Patricia Barber Pérez  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Néboa Zozaya González  
Fundación Weber

## **Resumen**

*La reciente crisis económica vivida en España, pese al sufrimiento y pérdida de bienestar ocasionadas, no parece haber afectado de una manera severa, al menos a corto plazo, a la mortalidad y la salud autopercibida de la población general. No obstante, sí se ha producido un impacto negativo sobre la salud mental, especialmente entre los varones. Asimismo, hay grupos vulnerables de población cuya salud ha empeorado durante este periodo, intensificándose las desigualdades sociales en la misma. Dada la alarmante evolución observada en los indicadores sociales de desigualdad de rentas y tasas de pobreza y riesgo de exclusión social, conviene ser cautos con los resultados identificados en el corto plazo y vigilantes sobre la evolución de la salud de la población en el medio y largo plazo, a la vez que se extraen las conclusiones oportunas sobre las políticas e intervenciones a implementar en futuras situaciones de crisis.*

**Palabras clave:** crisis, salud, España.

**Clasificación JEL:** I1, I180.

## **Abstract**

*Even though the considerable loss of welfare caused by the recent economic crisis occurred in Spain, it does not seem to have affected heavily, at least in the short term, in terms of mortality and self-perceived health of the general population. However, there has been a negative impact on mental health, especially among men. Likewise, there are several vulnerable population groups whose health has worsened during this period, intensifying social inequalities in health. Given such disturbing evolution observed in the social indicators of income inequality and poverty rates as well as risk of social exclusion, caution is needed when interpreting the results obtained in the*

---

\* Este trabajo se ha elaborado a partir de un texto previo sobre el mismo tema encargado a los autores por el Ministerio de Sanidad. Deseamos agradecer el apoyo y la ayuda recibidos por Mercedes Alfaro y Rosa María Urbanos. Asimismo, agradecemos los comentarios recibidos por parte de Jordi Alonso, Enrique Bernal, José María Labeaga, Soledad Márquez, Fernando Rodríguez Artalejo, Marc Sáez y María Luisa Vázquez. Los errores y omisiones son responsabilidad exclusiva de los autores.

*short term and attention should be paid on the population's health evolution in the medium and long term. At the same time, it is necessary to draw the appropriate conclusions so that the policies and interventions could be implemented in future crises.*

**Keywords:** crisis, health, Spain.

**JEL classification:** I1, I180.

## 1. Introducción

La crisis financiera desencadenada en Estados Unidos a finales de 2007 y transmitida a otros países, devino en una crisis económica a gran escala que estalló con virulencia inusitada en el año 2008. Crisis en tres actos bien diferenciados: crisis financiera y pérdida de confianza en el sistema, parálisis acentuada del crédito y crisis de las deudas soberanas. Llegados a este punto, el discurso de refundar el capitalismo ya había sido olvidado y la respuesta de los gobiernos europeos en esta fase fue una fuerte restricción de las cuentas públicas bajo el auspicio de la austeridad. La crisis se caracterizó también por su asimetría, tanto a nivel mundial como europeo, donde algunos países, como España, se vieron especialmente comprometidos.

La crisis ha afectado de manera intensa a la economía y la sociedad española y ha generado un enorme sufrimiento a la población, empobreciendo a muchas familias y sumiéndolas en la inseguridad. Aunque oficialmente dejáramos atrás la crisis en términos macroeconómicos en el año 2014, el nivel de PIB del año 2007 no se superó hasta 2016 y el máximo de 2008 no se volvió a alcanzar hasta el primer trimestre de 2017, junto a una herencia adquirida de una deuda pública cercana al 100 por 100 del PIB. A nivel social, vistos los indicadores actuales (verano de 2018) de desigualdad en renta y el porcentaje de población en riesgo de pobreza o de exclusión social, es mucho más discutible afirmar que la crisis ha quedado atrás. Así pues, la crisis no solo ha dejado cicatrices a la sociedad, sino que la recuperación económica no ha restaurado los niveles iniciales de muchos indicadores sociales, por lo que sus efectos podrían prolongarse durante años.

La salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades. Desde la perspectiva individual, aunque disfrutar de una buena salud no es condición suficiente para alcanzar o mantener un alto grado de bienestar, en términos generales, es condición necesaria, como lo muestran distintos estudios sobre felicidad y satisfacción con la vida realizados en las últimas décadas (Graham, 2008). En este contexto cabe preguntarse cuál ha sido el efecto de la crisis sobre la salud de las personas que residen en España. Aunque puede resultar de interés explorar los efectos de la crisis sobre la sanidad y la utilización de servicios sanitarios, y esta línea es la que más abunda en los medios de comunicación y en el imaginario colectivo, el foco de este artículo se dirige al resultado final, esto es, la salud de la población, y no a los *inputs* intermedios –sanidad, gasto público.

El trabajo se articula de la siguiente manera. Tras esta breve introducción, revisaremos los diferentes tipos de efectos y mecanismos de acción de las crisis

económicas sobre la salud y el papel de las políticas públicas, identificando qué grupos de población han sido señalados como más vulnerables en crisis anteriores, así como las dificultades metodológicas más relevantes para identificar los efectos de las crisis y el conocimiento acumulado de situaciones precedentes. A continuación, se lleva a cabo una revisión de la literatura generada en España o sobre España en relación a los efectos que ha tenido la crisis sobre la mortalidad, salud autopercebida, salud mental y problemas de salud en grupos seleccionados. Finalmente, el artículo se cierra con las conclusiones obtenidas de los apartados previos y con una serie de recomendaciones dirigidas a los responsables públicos sobre políticas en salud.

## **2. ¿Qué sabemos acerca de los mecanismos y efectos de las crisis económicas del pasado sobre la salud?**

### *2.1. Mecanismos, efectos y poblaciones más afectadas*

Las crisis económicas suponen riesgos para la salud de la población, alterando los recursos disponibles para la ejecución de políticas públicas (incluyendo las sanitarias, pero no únicamente), destruyendo empleo, reduciendo las rentas familiares y generando migraciones masivas. No obstante, no hay leyes universales sobre las reacciones de la salud ante las crisis, dado que dependen del contexto institucional, cultural y social y de la intensidad, duración y velocidad de la caída, así como de los tipos de respuestas públicas y sociales. Por tanto, los efectos de las crisis dependen en gran medida de las políticas de protección social, de la red de seguridad del Estado del Bienestar y de la vertebración de las redes sociales y familiares. De este modo, las crisis que han tenido lugar en los mismos años han afectado de manera dispar a distintos países en función de los elementos señalados.

Los efectos de corto plazo de las crisis sobre la salud se pueden producir por tres vías, muy relacionadas entre sí: las migraciones, el empobrecimiento y el desempleo. Las migraciones masivas son la respuesta a la pobreza y al empobrecimiento causado en múltiples ocasiones por las crisis económicas. El efecto renta de las crisis depende del nivel de partida y de llegada y de la velocidad del cambio. Las relaciones entre renta y salud, bidireccionales y no lineales, cambian a lo largo de la vida de las personas, pero los niños pobres son particularmente vulnerables. La pérdida de renta de las familias y su rápido empobrecimiento durante las crisis se encuentran entre las causas de mayor relevancia. En la mayoría de las ocasiones, las caídas de renta son consecuencia de la pérdida del empleo y la imposibilidad de encontrar otro trabajo. Cuando se cae por debajo de cierto umbral crítico de recursos familiares, ello puede derivar en un deterioro de la salud, incluso a corto plazo. Una de las consecuencias inmediatas del empobrecimiento es el cambio de pautas de alimentación, que, dada la estructura de precios relativos de los alimentos, puede llevar, paradójicamente, a la obesidad de las familias empobrecidas del primer mundo (Drewnowski y Specter, 2004). La pobreza y la falta de educación son «causas» de la obesidad, y la calidad

de la dieta está muy relacionada con el nivel socioeconómico (Darmon y Drewnowski, 2008).

Por otro lado, el sector público tiene un papel fundamental en las crisis, no solo por las políticas, sanitarias o no, que afectan directa o indirectamente a la salud, sino también por su capacidad para distribuir en el tiempo sus efectos económicos –planes de inversión, déficit corriente para afrontar las políticas sociales y redistributivas. Así pues, la propia política económica tiene la capacidad de agudizar o aminorar el empeoramiento de la salud si retrasa o acelera la salida de la crisis. Además de los efectos más visibles a corto plazo, como la reducción general de los presupuestos públicos, un efecto indirecto de las crisis es que la salud pierde prioridad para los gobiernos y visibilidad para las poblaciones, ante los problemas económicos más acuciantes. Se reducen los presupuestos de salud y de asistencia sanitaria, y se demoran los planes de inversión, incluyendo los de capital humano. Junto a ello, ante la urgencia de la crisis, se corre el riesgo de perder la atención a la intersectorialidad, a la «salud en todas las políticas» y a la prevención y los programas de largo plazo.

Las experiencias de crisis anteriores nos enseñan que algunas políticas han amortiguado y acortado los efectos adversos de las crisis económicas. En efecto, las redes sociales individuales y el mantenimiento de las políticas sociales actúan como factores protectores de la salud en esos periodos (Rivadeneira-Sicilia *et al.*, 2014). Además, los programas y políticas laborales activas que mantienen y reintegran trabajadores al mercado podrían mitigar los efectos adversos del desempleo sobre la salud que se producen durante las recesiones económicas (Stuckler *et al.*, 2009a). Según la corriente dominante durante esta crisis en la literatura biomédica, las políticas del bienestar y el mantenimiento del gasto social podrían ser potentes antídotos contra los efectos adversos de la recesión mientras que, por el contrario, las políticas restrictivas del gasto público y el objetivo de control del déficit serían nocivos para la salud. Este mensaje se ha plasmado en una frase de alto impacto mediático: «*La austeridad mata*» (Stuckler y Basu, 2013). Una palabra (austeridad) que tradicionalmente tenía connotaciones positivas, queda denostada y adquiere un tono peyorativo dominante en esos años (Segura, 2014). Pero la base empírica del «austericidio» es con frecuencia endeble, porque infiere resultados generales del análisis de entornos concretos (por ejemplo, comparando Grecia, Portugal y España con Islandia; Karanikolos *et al.*, 2013) donde la crisis no había hecho más que empezar (Stuckler *et al.*, 2009a) y los gobiernos apenas habían empezado a definir sus reacciones de restricción o mantenimiento del gasto. Pero ni los datos ni los métodos de esos estudios carecen de problemas. Aunque a veces los autores previenen de la dificultad para estimar relaciones causa-efecto con datos ecológicos (Baumbach y Gulis, 2014), lo cierto es que en muchas ocasiones concluyen como si dichas relaciones hubieran sido identificadas en el curso de sus trabajos.

Por tanto, en cualquier caso, el análisis de las políticas públicas durante, y como reacción a, las situaciones de crisis económicas ha de considerar las distintas dimensiones del bienestar social, e ir más allá de las intervenciones en el sistema sanitario

que, si bien son las más visibles<sup>1</sup>, no necesariamente han de coincidir con las de mayor impacto sobre la salud. Algunas de las lecciones sobre políticas extraídas de las crisis de los años 90 del siglo pasado se basan precisamente en plantear simultáneamente políticas macroeconómicas y atención a los mercados junto a medidas de protección social a los más vulnerables (Stiglitz, 1999).

Otro punto a considerar es identificar a qué grupos de población afectan más las crisis económicas. Una crisis económica como la vivida en España, que no desplomó el PIB pero lo redujo significativamente, y que contrajo sensiblemente el gasto sanitario público y las políticas sociales, puede no notarse a corto plazo en los indicadores de salud de la población general, pero sí en determinados grupos vulnerables: niños, ancianos, pobres, desempleados e inmigrantes. La infancia merece interés especial, porque las consecuencias de las privaciones en la infancia se harán notar a lo largo de toda la vida. La pobreza se transmite entre generaciones (Case y Paxson, 2002) y la mala salud desempeña un papel importante en esa transmisión. Así, los niños de familias pobres pueden contraer enfermedades crónicas que reducen su capital humano en la edad adulta. La baja renta de los padres puede afectar a la educación y la salud de sus hijos y condicionar su salud, renta y bienestar futuros.

En este sentido, la educación es un factor clave para explicar los efectos a largo plazo de las crisis económicas sobre la población. La conexión causal entre educación y salud está bien establecida, y es bidireccional (Cutler *et al.*, 2008, Groot y Maassen van den Brink, 2007, Groosman y Kaestner, 1997). Los beneficios de la educación sobre la salud constituyen uno de sus denominados «beneficios no monetarios». Los niños que gozan de buena salud tienen mejor rendimiento escolar y de adultos serán por ello más sanos, ya que acumulan habilidades cognitivas para procesar información sobre la producción de salud. Además, los niños más sanos son objeto de una inversión educativa más intensa por las expectativas de rendimiento a largo plazo y tendrán mejores oportunidades laborales por esta doble vía: mejor salud y más educación. Así, mejores oportunidades laborales se asocian a una mayor renta futura, lo cual también se asocia positivamente con la salud en edades medias y avanzadas de la vida. Por tanto, existe un círculo virtuoso entre buena salud en edad infantil y bienestar presente y futuro de la persona. Y, al contrario, padecer una mala salud puede derivar en un incremento considerable del riesgo de pobreza. Estos argumentos no son puramente teóricos. Existen pruebas empíricas bien fundamentadas de que la obligatoriedad de la educación hasta cierta edad en las legislaciones europeas ha tenido efectos beneficiosos sobre la salud (Cutler *et al.*, 2008). Si, como efecto de la crisis, se pierden años de escolarización y aumenta el fracaso escolar, se

---

<sup>1</sup> Las crisis imponen restricciones presupuestarias exógenas a la sanidad y a las políticas sociales, lo que conlleva una reasignación de recursos. Según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto sanitario público no se ajustó inmediatamente tras la llegada de la crisis. De hecho, creció entre los años 2007 y 2010 desde 64.216 a 75.118 millones de euros. Llegado ese momento, los ajustes presupuestarios le hicieron caer hasta los 66.799 millones en el año 2014, para después volver a crecer hasta los 71.036 millones en el año 2015 (último año disponible en el momento de redactar estas líneas).

acabará pagando la factura, a la larga, en términos de salud perdida y de un menor bienestar social.

Otros grupos que han de monitorizarse por ser potencialmente vulnerables son los ancianos, los desempleados y los inmigrantes. Cada uno de ellos está en riesgo por motivos diferentes que le son propios, pero tienen en común la posibilidad de desatención o pérdida de prioridad. La población mayor es la que acumula una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que su estado de salud es más delicado y podría verse comprometido en mayor medida a consecuencia de cambios en sus condiciones de vida y determinantes de la salud, así como por la evolución de ciertas políticas públicas (pensiones, servicios sociales) afectadas por las crisis económicas. Por su parte, los desempleados están continuamente expuestos a sufrir de una manera más intensa los efectos de las crisis. El desempleo se ha asociado con un aumento de la mortalidad general, las muertes por suicidio y con diversos problemas de salud (Bambra *et al.*, 2009; Brenner, 1979a; Brenner, 1979b; Brenner, 2005), aunque también se ha asociado empíricamente con la reducción de la mortalidad general y por causas específicas (enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico y laborales), e incluso con mejoras de salud en distintos países y periodos de tiempo (Ruhm, 2000; Tom *et al.*, 2007; Neumayer, 2004; Gerdtham y Ruhm, 2006, Jin *et al.*, 1995). Esta disparidad de resultados es consecuencia, en parte, de las diferencias metodológicas encontradas en los estudios y, también en parte, de la realidad. Por un lado, el desempleo influye negativamente en la renta, de manera más o menos intensa dependiendo de la generosidad de las prestaciones económicas públicas del país (en cuantía y duración). El empobrecimiento derivado empeora la dieta, las condiciones de vida y la salud mental. Pero, por otra parte, el desempleo reduce el coste de oportunidad del tiempo y el estrés del trabajo, permite dormir más y dedicar tiempo al autocuidado de la salud. Además, reduce la exposición a accidentes laborales y de tráfico. A nivel contextual, el descenso de la producción industrial reduce la contaminación, afectando positivamente a la salud de la población residente en el área. Así pues, el efecto neto del desempleo sobre la salud dependerá de la resultante de esos vectores contrapuestos. El efecto de esas dos fuerzas de signo contrario marca el resultado final de la asociación entre desempleo y mortalidad, que varía de unas crisis a otras (Jin *et al.*, 1995). En el apartado 2.3 se comparan resultados de estudios de diferentes años, con métodos estadísticos diferentes y resultados no coincidentes. Finalmente, los inmigrantes, aun cuando en el momento de llegada al país suelen disfrutar de un mejor estado de salud (efecto «inmigrante sano»), son más vulnerables a desarrollar peores estados de salud debido a su exposición a peores condiciones de vida y de trabajo, una situación laboral más precaria e incierta. Estos problemas son mucho mayores en el caso de inmigrantes en situación irregular, a lo que se les añaden los problemas de acceso a los servicios sanitarios, hecho que provoca un efecto mayor de las consecuencias económicas de la crisis sobre este subgrupo de población (Vázquez *et al.*, 2014).

## 2.2. Problemas metodológicos: diseños y datos

Como se deduce de lo expuesto, no es fácil cuantificar los efectos de la crisis económica sobre la salud. A los problemas generales de establecer con rigor los fenómenos de causación, se añaden otros problemas específicos relacionados con la cronología de la crisis y con las medidas de su intensidad. En los modelos causales, la causa es el fenómeno desencadenante y responsable de los efectos. Los estudios empíricos crisis/salud son de dos tipos: (i) aquellos para los que el tiempo es el *proxy* esencial de la crisis, donde se asocia determinados periodos temporales a las diferentes etapas pre-crisis, crisis, poscrisis, utilizando datos agregados; (ii) aquellos que cuantifican la causa (por ejemplo, porcentaje de desempleados, caída del PIB o del gasto público social) y estiman relaciones causa-efecto. Estos últimos pueden utilizar microdatos de individuos, familias, empresas, etc. o datos agregados para grupos de población, áreas geográficas o países.

Los estudios del primer tipo ajustan tendencias, estiman series temporales interrumpidas o segmentadas, realizan análisis *jointpoint* para detectar momentos de cambio de tendencia; en último término se basan en un diseño antes/después, atribuyendo en último término toda la variación del resultado (mortalidad, salud, utilización sanitaria) a la causa (crisis económica) cuyo *proxy* es el tiempo cronológico. Obviamente, ignoran las otras posibles causas coadyuvantes y contemporáneas a la crisis. Una dificultad añadida de los estudios donde el tiempo es el *proxy* esencial de la crisis económica es la decisión sobre la cronología de la crisis. Aunque los modelos econométricos de series temporales son capaces de estimar los retardos distribuidos en el tiempo como consecuencia de una intervención o causa instantánea en forma de impulso o escalón, la crisis económica no es un terremoto que ocurra en un instante, sino una secuencia continuada de malas noticias económicas que recorren la fase baja del ciclo. Es decir, no hay un antes y un después de la crisis económica (Librero *et al.*, 2013). Por eso, algunos estudios han de hacer pruebas de robustez y análisis de sensibilidad para datar la propia crisis (Tapia Granados y Ionides, 2017). No obstante, en casos concretos, sí existe una fecha identificable para determinadas medidas reactivas a la crisis, como el cambio de los copagos de medicamentos, lo cual permite emplear con mayor garantía este tipo de modelos antes/después en situaciones concretas.

Los estudios del segundo tipo son más ambiciosos porque intentan asociar y atribuir efectos a causas. Pueden emplear datos temporales, transversales o de panel, con distinto nivel de agregación, desde microdatos hasta datos para países enteros. Los estudios empíricos de causa-efecto con series temporales agregadas se han utilizado ya desde antes de la reciente crisis para demostrar que las recesiones (mayores tasas de desempleo) no son necesariamente malas para la salud, pues la mortalidad puede reducirse durante la fase baja del ciclo económico (en el caso de EE. UU.) (Ruhm, 2000). Ese mismo autor, sin embargo, con datos más recientes (hasta 2010) y una metodología similar, concluye que ya las recesiones «no son lo que eran» y no es tan clara la relación procíclica con la mortalidad (Ruhm, 2015). Un paso más consiste en

emplear datos longitudinales o paneles donde varios países, que se consideran comparables, se analizan a lo largo del tiempo, asociándose variables macroeconómicas explicativas con tasas de mortalidad por diversas causas, a la vez que se controla por variables demográficas y de contexto (Gerdtham y Ruhm, 2006).

Como hemos apuntado, los estudios difieren en los datos que emplean, tanto en el diseño como en la metodología estadística que aplican. La solidez de los resultados es muy variable. Los estudios observacionales, con datos transversales o cortes transversales repetidos, o bien con datos longitudinales (panel) tienen una limitación intrínseca de diseño, pero no es factible diseñar experimentos con la crisis como variable exógena de interés y solo en casos muy especiales se ha podido contar con datos cuasi experimentales en contexto de experimentos naturales. Los microdatos desagregados permiten estimar mejor las relaciones causa-efecto que los agregados, pues estos están sujetos al sesgo ecológico y, al fin y al cabo, las relaciones de causalidad (por ejemplo, entre desempleo y salud) se producen a nivel individual.

Aunque se están empleando datos de registros administrativos e historias clínicas individuales cada vez con mayor frecuencia, muchas veces la fuente se basa en muestras aleatorias representativas de grupos de población, que arrastran inevitables errores de muestreo. En muchos de los estudios, los datos proceden de encuestas, con los consiguientes problemas de valores perdidos no distribuidos aleatoriamente, sesgos de respuesta y de recuerdo, así como en subjetividad en medidas esenciales (peso, talla, comportamientos relacionados con la salud, etc.). Otro problema frecuente en las encuestas es la discontinuidad de algunas preguntas y el cambio de definiciones de una a otra edición. Además, hay sesgos claros en cuanto a la muestra empleada, puesto que habitualmente excluyen población institucionalizada, y dejan fuera a las «colas» de la población. Por ello, difícilmente podemos suponer que son encuestas representativas, por ejemplo, de la gente que vive en la calle, o de las personas que residen irregularmente en el país.

Por otra parte, una cosa es construir un modelo teórico sobre los mecanismos y procesos por los que las crisis económicas pueden acabar afectando a la salud, directa e indirectamente, a corto y a largo plazo, y otra tarea es cuantificar cada uno de los efectos implicados. Ello es extremadamente complejo y requiere métodos rigurosos, indicadores adecuados y distancia temporal (es decir, que haya transcurrido un tiempo suficiente para que los efectos de largo plazo se lleguen a apreciar). En cualquier caso, los efectos de la crisis económica sobre la salud tardan más en empezarse a percibirse que los efectos sobre la renta y el bienestar económico de las familias y que los efectos sobre los servicios sanitarios.

### *2.3. ¿Qué sabemos a partir de la experiencia de crisis anteriores?*

Las crisis anteriores en distintos países han sido analizadas en numerosas publicaciones y los resultados son sorprendentemente contradictorios, e incluso contraintuitivos en algunos casos (Márquez-Calderón, 2012). La idea general para explicar

estas aparentes contradicciones es que no hay una «crisis económica estándar». El contexto importa y la intensidad y duración de la crisis también. Además, los resultados de los estudios están condicionados por las dificultades metodológicas que hemos expuesto en el apartado anterior.

Teniendo esto en cuenta, podemos señalar que en los países de rentas medias y bajas, las crisis económicas suelen tener mayor impacto porque afectan intensamente a los grupos de población más vulnerables. Los efectos se producen por el impacto simultáneo de la caída de la capacidad adquisitiva y de la pérdida de acceso a los servicios de salud, bien sea porque al perder el empleo se pierden también los derechos a la atención sanitaria, o bien porque los programas públicos de salud reducen su gasto. Así, por ejemplo, en México, la crisis de 1996 podría haber aumentado la mortalidad de niños (0-4 años) y de mayores de 60 años entre un 5 y un 7 por 100. De hecho, se ha estimado que unos 7.000 niños y unos 20.000 mayores habrían muerto como consecuencia de aquella crisis (Cutler *et al.*, 2000). Otro ejemplo es el caso de la crisis de 1997 de los «Dragones del Sudeste Asiático», la cual tuvo consecuencias trágicas para la salud de los grupos vulnerables, particularmente de los niños y de los más pobres (Tangcharoensathien *et al.*, 2000; Waters *et al.*, 2003). Indicadores como la incidencia de bajo peso al nacer y de los niños en edad escolar o la incidencia de malaria, sarampión y diarreas infantiles reflejan el efecto de la crisis, la cual se ha dejado notar incluso en las tasas ajustadas de mortalidad de Corea del Sur (Khang *et al.*, 2005).

Un caso bien estudiado es el de Rusia. A raíz de la desintegración del régimen soviético y de la posterior puesta en marcha de estrategias de «terapia de choque» hacia el capitalismo, muchos de los países europeos del bloque oriental sufrieron un aumento considerable de la mortalidad. Entre 1990 y 1994, la mortalidad estandarizada por edad aumentó un 30 por 100 en Rusia y la esperanza de vida de los varones cayó de 64 a 58 años (la de las mujeres, de 74 a 71). Más del 75 por 100 de la caída de la esperanza de vida se debió a los aumentos de mortalidad de varones en edad laboral, sobre todo por causas externas y por enfermedad cardiovascular (Notzon *et al.*, 1998; Walberg *et al.*, 1998; Shkolnikov *et al.*, 2001). Sin embargo, no es fácil establecer las causas, porque ocurrieron simultáneamente la desintegración institucional, la crisis económica, y los problemas de drogadicción, alcoholismo, malnutrición y deterioro del sistema de salud (Leon *et al.*, 2007; Leon *et al.*, 1997; Martin, 2002). La rápida privatización de las empresas, con el consiguiente aumento del desempleo, es una de las causas que se arguyen (Stuckler *et al.*, 2009b), aunque esta justificación ya había sido objeto de intenso debate previo (Martin, 2002). Como contrapunto a Rusia, su vecina Finlandia sufrió una severa recesión en esos mismos años con un aumento del desempleo del 2 al 18 por 100, el cual, sin embargo, no tuvo efectos adversos sobre la salud, más bien al contrario. Durante la crisis disminuyó el consumo de alcohol, con efectos favorables sobre la mortalidad, disminuyeron los suicidios (Hintikka *et al.*, 1999) y los intentos de suicidio (Ostamo y Lonnqvist, 2001) y se redujo el gradiente socioeconómico de la mortalidad (Valkonen *et al.*, 2000). Las prestaciones del estado del bienestar en Finlandia amortiguaron los efectos de la crisis, mientras que la desintegración institucional en Rusia los agravó.

Estados Unidos es el país donde más estudios se han realizado en este campo. Durante la Gran Depresión, entre 1929 y 1933, el producto interior bruto en EE. UU. cayó alrededor del 40 por 100 y el consumo per cápita un 30 por 100. El desempleo industrial subió del 7,9 al 26,1 por 100. Sin embargo, un efecto tangible a corto plazo fue el aumento de suicidios. La tasa de suicidios de varones blancos aumentó a inicios de los años treinta en los tramos de edad 45 y 74 años (MacMahon *et al.*, 1963). La salud de los desempleados fue empeorando a lo largo de la recesión, no solo por el efecto renta, sino también por el sesgo de selección, a medida que los trabajadores de salud más frágiles iban siendo despedidos (Murray, 2007). Así, algunos estudios de la época (Sydenstricker, 1934) señalan que hubo mayor mortalidad en familias con sustentador principal sin empleo o trabajando a tiempo parcial, así como mayor incidencia de enfermedades en familias que experimentaron descensos en sus niveles de ingresos durante la recesión. Otros trabajos posteriores han continuado analizando la relación entre el cambio en el ciclo económico y la evolución de la salud de la población en este país, si bien los cambios en el ciclo han tenido intensidad y virulencia muy inferior en comparación con los casos presentados previamente. En los años setenta, varios estudios con datos temporales concluían que el desempleo tenía efectos negativos sobre la mortalidad (salvo por accidentes) y sobre la salud (Brenner, 1979a, Brenner, 1979b). Pero en los últimos años, aplicando métodos estadísticos de panel más sofisticados que controlan por efectos fijos del Estado (o la provincia) invariantes en el tiempo, diversos investigadores concluyen que se da la relación opuesta: la salud mejora en tiempos de crisis económica y empeora en años de bonanza. Deaton y Paxson (2001) concluyen que los aumentos de renta en épocas alcistas del ciclo hacen aumentar la mortalidad, por empeorar los estilos de vida. Por su parte, Ruhm (2005), basándose en un análisis con datos agregados para los diferentes estados de EE. UU. en los años 1972-1991, estima que las fases bajistas del ciclo se asocian a caídas de la mortalidad, y que un 1 por 100 de aumento del desempleo en los EE. UU. resulta en una reducción del 0,5 por 100 en la mortalidad general. No obstante, la subida del desempleo en esos años fue tan solo del 5,6 al 6,8 por 100, por lo que no puede hablarse de crisis, sino de cambio de ciclo económico. Otro estudio posterior del mismo autor con microdatos de adultos para 1987-2000 observa que cuando subía el desempleo en los EE. UU. disminuía ligeramente la mortalidad, al mismo tiempo que las personas reducían el consumo de tabaco y el exceso de peso, y aumentaban el ejercicio físico en el tiempo libre. Según las estimaciones de Ruhm (2005), la caída del 1 por 100 de la población ocupada reduce la prevalencia de tabaquismo, obesidad, inactividad física y múltiples riesgos para la salud en 0,6 por 100, 0,4 por 100, 0,7 por 100 y 1,1 por 100, respectivamente. Esos efectos se han notado particularmente entre las personas con patrones de comportamiento más insanos: los grandes fumadores, los muy obesos y los que no hacían absolutamente nada de ejercicio físico. El trabajo más reciente de Strumpf *et al.* (2017) también muestra cómo las tasas de mortalidad en las áreas metropolitanas de EE. UU. se redujeron entre 2005 y 2010, mientras las tasas de desempleo aumentaban, y explica la mayor parte de ese efecto por la disminución de la mortalidad por

enfermedades cardiovasculares. Por el contrario, constata un aumento de las muertes por sobredosis entre los adultos entre 25 y 54 años.

Otros estudios también han encontrado efectos procíclicos del desempleo sobre la salud en otros países de rentas altas, además de EE. UU. (Tapia Granados, 2005a): Francia (Tom *et al.*, 2007), Alemania (Buchmueller *et al.*, 2007) y para un grupo de 16 países de la OCDE (Gerdtham y Ruhm, 2006). También se han publicado resultados similares para España: Tapia Granados (2005b), con datos de las provincias españolas (1980-1997), en los que el desempleo osciló entre el 7 y el 24 por 100 y un modelo de panel de efectos fijos, concluye que la mortalidad aumenta procíclicamente cuando hay expansión económica y bajada del desempleo.

Así pues, la literatura científica de las décadas pasadas encontraba consistentemente que la mortalidad tiene comportamiento procíclico (Ruhm, 2000; Ruhm, 2005). Dicho brevemente, las crisis eran buenas para la salud. Sin embargo, los mismos autores han descubierto que ya no es así, o no tanto (para EE. UU.) (Ruhm, 2015). Además, señalan que los estudios con datos temporales necesitan series largas, de veinte años o más, para identificar relaciones de causa-efecto. La mortalidad cardiovascular y la derivada de los accidentes viales parece que sigue siendo procíclica, pero la mortalidad por cáncer repunta en tiempos de crisis, posiblemente porque el coste de tratar un caso de cáncer se ha multiplicado en la última década.

Por otra parte, aun cuando se observa que las crisis económicas no afectan a la evolución de las tasas de mortalidad o afectan en sentido favorable, cabe señalar que ello no implica que los resultados sean homogéneos en la población e incluso que la tendencia sea similar entre países. Blakely *et al.* (2008), durante la crisis económica que vivió Nueva Zelanda durante los años ochenta y noventa del pasado siglo, identificaron que la mortalidad cayó con más intensidad en la población de elevados ingresos en comparación con los más pobres. Por su parte, tomando como referencia el nivel educativo, Edwards (2008) identifica que, en EE. UU., en las recesiones experimentadas a lo largo del periodo 1979-1998, se produjo un incremento de la mortalidad de los varones en edad laboral de bajo nivel educativo, un descenso en los de elevado nivel educativo y se mantuvo estable en los de educación intermedia. En el caso de Noruega, durante el periodo 1977-2008, las fases bajistas del ciclo económico afectaron de manera más intensa a los grupos socioeconómicos más favorecidos en cuanto a educación o los ingresos, pero, cuando se clasificaba por riqueza, el grupo más afectado era el socioeconómicamente más desfavorecido (Tapia Granados e Ionides, 2017). En el caso de Finlandia, en la crisis ya reseñada de inicios de los años noventa, la mortalidad cayó en mayor proporción entre los trabajadores manuales que entre los no manuales (Valkonen *et al.*, 2000). En Japón, en los mismos años, la mortalidad se incrementó entre profesionales de clase alta y directivos, pero no entre trabajadores manuales (Wada *et al.*, 2012).

En suma, aunque tenemos buenos modelos teóricos que nos ayudan a entender los mecanismos de transmisión de la crisis, la intensidad de los efectos está mediada por la intensidad y duración de la propia crisis, así como por los elementos de contrapeso dotados desde la acción pública y comunitaria del país en cuestión. Por

otra parte, no es sencillo cuantificar rigurosamente los efectos de la crisis económica sobre la salud. A los problemas generales de identificar relaciones de causa y efecto, a corto, medio y largo plazo, se añaden otros problemas específicos relacionados con la cronología de la crisis y las medidas de su intensidad, así como de la disponibilidad de datos en tiempo y forma adecuados para realizar los análisis.

Los resultados de los estudios realizados en distintos países sobre anteriores crisis son muy dispares. En muchos casos, las crisis se han visto acompañadas de mejoras en la salud poblacional, si bien en otras ocasiones se identifica el efecto contrario. Asimismo, se debe señalar que los efectos estimados no se distribuyen de manera homogénea entre la población del país analizado.

### **3. Revisión de la literatura sobre España en la última década (2008-2018)**

En este epígrafe revisaremos la literatura sobre España publicada en revistas científicas acerca de las consecuencias de la reciente crisis en la salud de la población y en la persistencia o incremento de las desigualdades en salud. Para ello, nos apoyaremos en una reciente revisión realizada por dos de las autoras de este artículo (González López-Valcárcel y Barber, 2017), actualizándola al momento de la realización de este trabajo. La selección de artículos se centró en aquellos publicados entre 2008 y junio de 2018 en revistas con revisión por pares, en inglés o español.

#### *3.1. Mortalidad y causas de muerte*

Tapia Granados e Ionides (2017) analizan la evolución de la esperanza de vida al nacer y de la mortalidad para el periodo 1998-2014 en 27 países europeos, empleando tres bases de datos de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial y utilizando diferentes modelos de análisis de datos de panel. Sus resultados señalan que en aquellos países más afectados por la crisis (entre ellos, España) la reducción de la mortalidad fue más intensa en el periodo de crisis económica (2007-2010) que en la etapa anterior a la crisis (2004-2007). Los patrones de mortalidad variaron procíclicamente para el total, por sexo, por causas específicas de mortalidad (salvo suicidio, donde los resultados son débilmente contracíclicos) y en los tramos de edad 30-44 y 75 y más años.

El estudio realizado por Regidor *et al.* (2014) analiza la evolución de las tasas de mortalidad prematura para varias causas. Para cumplir su objetivo, los autores estudian la evolución de las tendencias temporales, comparando antes y después del inicio de la recesión (1995-2011). Con ello, consideran un total de 15 indicadores de salud: tasas de mortalidad prematura (general y específicas), y por causa de muerte, más dos indicadores específicos de morbilidad. Todos los indicadores considerados, con la excepción de la mortalidad por cáncer y la incidencia de VIH, mostraron una tendencia decreciente durante todo el periodo, incluyendo los años de recesión

económica (2008-2011). Los autores apuntan que los resultados deben ser tomados con precaución, ya que los posibles efectos negativos de la crisis económica podrían manifestarse en el largo plazo, más que en el corto, y señalan la necesidad de estudios que continúen analizando los años posteriores a 2011.

Algunos estudios se centran en analizar causas seleccionadas de mortalidad, añadiendo matices al panorama general. Así, Ferrando *et al.* (2018) analizan las muertes por cáncer encontrando diferencias por tipo de cáncer y por sexo. Además, concluyen que la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer se ha desacelerado en los años de crisis. Por su parte, Alonso *et al.* (2017) analizan la tendencia de mortalidad atribuible al alcohol. Sus resultados indican que durante los años de crisis se ha producido una importante heterogeneidad por subgrupos sociodemográficos, siendo especialmente desfavorable en las personas sin empleo. En cambio, Álvaro-Meca *et al.* (2018) identifican que las tasas de mortalidad por sepsis se incrementaron ligeramente en los años previos a la crisis, de la mano de un aumento de la incidencia, para estabilizarse en los años de crisis.

Por tanto, y en síntesis, los trabajos revisados no coinciden con ciertos mensajes catastrofistas que alertan de un exceso de medio millón de muertes en España, imputados a las políticas de austeridad, entre los años 2011 y 2015. Esos resultados estarían muy lejos de ser plausibles, pues se basan en datos mal estandarizados como se ha puesto de manifiesto por la literatura científica (Hernández-Quevedo *et al.*, 2018).

Por otro lado, existen trabajos que asocian crisis económica y mayor desigualdad en mortalidad. Por ejemplo, un estudio reciente con datos de mortalidad en áreas pequeñas muestra cómo el riesgo de muerte en Barcelona ha aumentado mucho más en los barrios con mayor nivel de privación económica en comparación con los más ricos, lo que se traduce en un aumento de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad dentro de la ciudad entre 2009 y 2011 (Maynou *et al.*, 2014). Por su parte, Ruiz-Ramos *et al.* (2014) constatan también un aumento en las desigualdades sociales en la mortalidad general de hombres entre 2007 y 2010, como consecuencia del mayor descenso en la mortalidad entre los individuos de mayor nivel de estudios en comparación con el resto, todo ello, en un contexto de descenso general de la mortalidad. Sin embargo, en un trabajo más reciente, Mackenbach *et al.* (2018) analizan las tendencias en resultados en salud de 27 países europeos y las comparan con los resultados de EE. UU., distinguiendo a la población por niveles educativos. Los resultados sugieren que el incremento de las desigualdades en salud observadas en EE. UU. no tiene un correlato similar en Europa. En el caso concreto de España, se señala que las tasas de mortalidad entre la población con nivel educativo más bajo y más alto han continuado disminuyendo rápidamente.

Los suicidios, por su parte, han sido uno de los problemas a los que los investigadores han dirigido mayores esfuerzos de análisis en estos años. De este modo, ha habido varios estudios empíricos sobre la dinámica de los suicidios e intentos de suicidio durante la crisis, sin que los resultados sean concluyentes (López-Bernal *et al.*, 2013; Librero *et al.*, 2013; Córdoba-Doña *et al.*, 2014; Miret *et al.*, 2014; Saurina *et al.*, 2015). Concretamente, Laanani *et al.* (2015), utilizando datos de

Eurostat, analizan el impacto de las variaciones del desempleo sobre las muertes por suicidio en ocho países de la Europa occidental entre los años 2000 y 2010. Sus resultados indican que la tasa de suicidio se incrementa en un 0,3 por 100 para un aumento del 10 por 100 en la tasa de desempleo. No obstante, sus resultados son solo estadísticamente significativos para Holanda, Francia y Reino Unido. En España, no se encontró asociación entre desempleo y suicidio pese a ser el país con mayor tasa de paro. Un problema del estudio de Laanani *et al.* (2015) es que su serie temporal termina en 2010, cuando la crisis no había hecho más que comenzar. Los resultados y conclusiones no son muy diferentes en el trabajo de Fountoulakis *et al.* (2014), quienes emplean datos de Eurostat para 29 países europeos en el periodo 2000-2011. Para España, encuentran una correlación muy débil entre las tasas de suicidio y los indicadores macroeconómicos.

López-Bernal *et al.* (2013), realizan un análisis de series temporales para los años 2005-2010 analizando los datos mensuales de suicidio obtenidos de la Estadística de Defunciones por Causa de Muerte (EDCM) del Instituto Nacional de Estadística, desagregando por región y grupos de edad. Los autores estiman un incremento del 8 por 100 en la tasa de suicidio asociado a la crisis económica. No obstante, este estudio fue fuertemente respondido por Librero *et al.* (2013), poniendo en duda sus principales conclusiones, en especial, la identificación de una relación causa-efecto entre crisis económica y muertes por suicidios. Saurina *et al.* (2015), centrándose en Cataluña, y analizando el periodo 2000-2011 concluyen que el incremento observado en la tasa de suicidio no es estadísticamente significativo en conjunto aunque sí lo es para algunos grupos concretos: mujeres en edad laboral (16-64 años) residentes en municipios de 10.000 o más habitantes. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre el incremento de la tasa de desempleo y tasa de suicidio. Por su parte, Borrell *et al.* (2017) analizan los cambios de las muertes por suicidios en el País Vasco y la ciudad de Barcelona antes y durante la crisis económica, concluyendo que las tendencias en cuanto a desigualdad por esta causa de muerte por nivel educativo se mantuvieron relativamente estables. Por su parte, Rivera *et al.* (2017) analizan la tasa de suicidios por regiones españolas entre los años 2002 y 2013 empleando también la EDCM. Aplicando un modelo de datos de panel, encuentran que las tasas de suicidio se asocian significativamente con el desempleo, el desempleo de larga duración (de manera positiva) y la tasa de crecimiento del PIB (negativa). Empleando también la EDCM para el periodo 1980-2014, Álvarez-Gálvez *et al.* (2017) señalan que durante la primera parte de la crisis (2007-2011), la tendencia es decreciente aunque no estadísticamente significativa, mientras que en el segundo lapso temporal (2011-2014) se identifica una relación positiva y significativa entre el desempleo, el PIB per cápita y las tasas de suicidio. Por su parte, Ruiz-Pérez *et al.* (2017) apuntan un cambio de la tendencia en la reducción de la tasa de suicidio en los años 2008-2009 y 2012, especialmente en el caso de los varones y con una elevada heterogeneidad regional. Los escasos trabajos que manejan datos posteriores a 2011 les convierten en acreedores de especial interés al ampliar el periodo de estudio de años de crisis. No obstante, se ha de considerar que el Instituto Nacional de

Estadística advierte en una nota sobre una mejora metodológica en el año 2013 que afecta a los casos de muerte afectados por procedimiento judicial (como es el caso de los suicidios). Sin embargo, los estudios no aclaran cómo han manejado este cambio.

Miret *et al.* (2014) estiman la prevalencia de ideación e intento de suicidio en población general en España comparando periodos anteriores a la crisis con años de crisis económica y analizando factores asociados para diferentes grupos etarios. Para ello, realizan una encuesta representativa de la población residente en España para los años 2011-2012 y comparan sus resultados con los del proyecto ESEMED, realizado en los años 2001-2002. La principal conclusión de los autores es que la prevalencia de la ideación e intentos de suicidio no cambió significativamente en el periodo objeto de estudio. Por su parte, Córdoba-Doña *et al.* (2014), centran su análisis en el impacto de la crisis sobre los intentos de suicidio registrados en Andalucía y en su relación con el desempleo, la edad y el sexo. Analizan un periodo temporal que cubre los cinco años previos a la crisis (2003-2007) y cinco años de crisis (2008-2012). Los autores encuentran un crecimiento de los intentos de suicidio en los años de crisis. Además, los adultos de 35 a 54 años fueron el colectivo más afectado. Asimismo, los intentos de suicidio se asocian a las tasas de desempleo en el caso de los varones mientras que este efecto no es significativo en el caso de las mujeres. Como principal limitación del trabajo se identifica que los intentos de suicidio se obtienen a través de las llamadas de emergencia al número 112, lo cual supone, por una parte, que los intentos no notificados no son observados ni, por tanto, analizados, y, por otra, que cambios temporales en la utilización del número de emergencias son indistinguibles del efecto crisis.

En suma, la crisis, en términos generales no parece haber afectado en el corto plazo de manera negativa a las tasas de mortalidad. De hecho, algunos trabajos identifican para nuestro país, una relación procíclica entre las tasas de mortalidad y la evolución del PIB. Las desigualdades en materia de mortalidad podrían haber aumentado en los años de crisis, si bien las conclusiones no son totalmente coincidentes.

Con respecto a la literatura existente que analiza la relación entre la crisis económica y los suicidios, los resultados sugieren conclusiones diferentes, en ocasiones incluso contradictorias entre estudios. En todo caso, los efectos parecen ser diferentes en función del sexo y la edad. Además, la tasa de desempleo tampoco refleja una relación sólida y repetida con los suicidios. La mayoría de los estudios abogan por continuar con los análisis ya realizados extendiendo el lapso temporal para ayudar a clarificar la relación a largo plazo entre ciclo económico y causa de muerte.

### 3.2. Salud autopercebida

La salud autopercebida tampoco parece haber decaído durante la recesión (Regidor *et al.*, 2014). De hecho, comparando las encuestas de salud de 2006, 2011 y 2014, se aprecia incluso una mejora en la percepción de la salud de la mayor parte de la población, a diferencia de lo que ocurre con otros países europeos donde la crisis

económica fue menos dura (Bacigalupe *et al.*, 2016). Esta mejora en la percepción de la salud podría asociarse a que en el *ranking* de prioridades durante los periodos de crisis económica, la salud pierde puestos con respecto a otras preocupaciones (como el trabajo o las dificultades económicas).

Arroyo *et al.* (2015), empleando las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) de 2006 y 2011 y sumando las Encuestas de Salud de Cataluña (ESCA) de 2006 y 2011, no encuentran un empeoramiento en la salud autopercebida en los años de crisis de la población general. Aguilar-Palacio *et al.* (2015) utilizan la ENS (ediciones de 2001 a 2011-12) y la Encuesta Europea de Salud de 2009 para analizar la evolución de la relación entre el nivel educativo y la salud percibida. Las autoras concluyen que la prevalencia de mala salud percibida fue mayor en las mujeres con nivel educativo bajo y mejoró en las de nivel educativo alto, observándose importantes diferencias entre CCAA. Además, aunque la prevalencia de mala salud percibida no varía en el periodo analizado, se identifican desigualdades en su evolución según el nivel educativo y el sexo.

Utilizando las Encuestas de Condiciones de Vida (ECV) de 2007 y 2011, Calzón *et al.* (2017) muestran que la buena salud percibida entre la población se incrementó del 75 por 100 en 2007 a un 83 por 100 en 2011. La menor probabilidad de presentar mala salud percibida fue estadísticamente significativa tanto en varones como en mujeres. Además, un factor de riesgo para la mala salud percibida en los varones fue el desempleo, mientras que para el caso de las mujeres no hubo significación estadística alguna. Empleando las mismas encuestas, Fornell *et al.* (2018) identifican una mayor probabilidad de reportar mala salud percibida en aquellas personas desempleadas (*odds ratio* u OR<sup>1</sup> de 1,78 respecto a las empleadas), con inseguridad laboral (OR de 1,38 respecto a las que no indicaban inseguridad) o que formaban parte de un hogar con privación material (OR de 1,87 respecto a los hogares sin privación). También utilizando las ECV, López del Amo *et al.* (2018) apuntan resultados similares. En este sentido, el trabajo previo de Urbanos-Garrido y González López-Valcárcel (2013) también mostraba una asociación positiva y significativa entre desempleo y mala salud percibida, particularmente intensa cuando el desempleo es de larga duración.

Por otra parte, el impacto de la crisis en las desigualdades sociales en salud autoreportada difiere en función de qué indicador se emplee para medir la situación socioeconómica de los individuos. Así, Coveney *et al.* (2016) muestran que la crisis tuvo como resultado un brusco descenso de la desigualdad en salud relacionada con la renta entre 2009 y 2012 (medida mediante índices de concentración), que se deriva de un efecto perverso: el desempleo y la caída de ingresos para los empleados jóvenes desplazaron a los grupos de población más sanos a la parte baja del *ranking* de rentas, mientras que los pensionistas (con peor salud) mantuvieron su renta nominal a salvo. Sin embargo, Barroso *et al.* (2016) comprueban que, aunque las

---

<sup>1</sup> El *odds ratio* (conocido por sus siglas OR) es el cociente entre la probabilidad de que ocurra un evento y la probabilidad de que no ocurra.

desigualdades sociales en la salud autopercebida relacionadas con el nivel educativo parecen aumentar entre 2006 y 2011-2012, las relacionadas con la situación profesional de los propios individuos y de los sustentadores principales del hogar parecen verse atenuadas.

### 3.3. Salud mental

El impacto de la crisis sobre la salud mental está bien documentado (Frasquilho *et al.*, 2016). En general, los estudios apuntan a que la crisis se asocia con un crecimiento en la prevalencia de los trastornos mentales y a un incremento del riesgo a padecer problemas de este tipo. Sin embargo, este empeoramiento ha sido desigual. Varios estudios identifican que el agravamiento de los problemas mentales se ha dado sobre todo en varones en edad laboral, especialmente en aquellas personas en situación de desempleo o con empleos precarios, y también se ha asociado con la presencia de problemas financieros en el hogar. Ello sugiere que el canal de causalidad se da entre mercado laboral-desempleo/precarización y enfermedad mental y que, por tanto, son las políticas sociales, más que las sanitarias, las que potencialmente pueden mitigar y revertir esta situación.

Gili *et al.* (2013) analizan en su estudio los contactos de la población con los servicios sanitarios de atención primaria (AP) durante los años 2006-07 y los comparan con los años 2010-2011. La principal conclusión es que hubo un fuerte incremento de los trastornos mentales y del abuso de alcohol entre la población que utilizó los servicios de AP, especialmente entre las personas que padecían desempleo y sus familiares y en aquellas personas con problemas para pagar su vivienda. Bartoll *et al.* (2014) analizan cambios en la salud mental en España y en la desigualdad en su prevalencia entre 2006 y 2011-2012 empleando las Encuestas Nacionales de Salud (ENS). Los autores identifican un incremento de la prevalencia de mala salud mental en varones, atribuido al estatus laboral, y un ligero descenso en mujeres. Asimismo, se identifica un aumento de las desigualdades socioeconómicas en salud mental en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres la desigualdad parece no registrar cambios apreciables. Urbanos-Garrido y González López-Valcárcel (2013) estiman el impacto del desempleo (especialmente el de larga duración) sobre la salud mental de la población en edad activa y evalúan si durante la crisis dicho efecto se ha intensificado. Empleando también las ENS de los años 2006 y 2011-2012, las autoras apuntan que el desempleo tiene un impacto negativo y estadísticamente significativo sobre la salud mental. Este impacto se amplifica en el caso del desempleo de larga duración, siendo significativamente más intenso durante la crisis económica. Por su parte, Gili *et al.* (2016) analizan datos de 7.914 pacientes encuestados en los años 2006-2007 y de 5.876 en los años 2010-2011, a través de la entrevista *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* e identifican un aumento de prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor (incremento del 156 por 100 en varones y del 105 por 100 en mujeres), y del Trastorno de Ansiedad Generalizada (aumento del 98 por 100 en

varones y del 71 por 100 en mujeres). La variable «estar desempleado» fue estadísticamente significativa en todos los análisis.

Basterra (2017), emplean también datos de las ENS para evaluar la prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica en población adulta española. Los principales resultados apuntan a que la prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica apenas se movió entre ambas ediciones (20,5 por 100 en 2012 vs. 21,3 por 100 en 2006). Diferenciando por sexo, la prevalencia descendió en mujeres y se incrementó en varones en edad laboral. Ruiz-Pérez *et al.* (2017) analizan el papel de factores contextuales asociados a problemas de salud mental durante la recesión. Empleando las ENS, sus resultados muestran un empeoramiento de la salud mental a lo largo de la crisis, e indican que las principales variables macroeconómicas asociadas a dicho empeoramiento fueron el gasto sanitario per cápita y el porcentaje de empleo temporal (como variable *proxy* de la precarización laboral). Medel Herrero *et al.* (2017) examinan la relación entre la crisis económica y el número de hospitalizaciones psiquiátricas. Los autores señalan que las tasas de altas hospitalarias psiquiátricas ajustadas por edad aumentaron significativamente a partir de abril del 2008, coincidiendo con el inicio de la crisis, especialmente en pacientes de entre 15 a 24 años de edad y, en menor medida, entre los 25 a 34. No se observó efecto en el resto de tramos de edad.

Otros trabajos destacables emplean bases de datos locales o regionales. Iglesias-García *et al.* (2014) concluyen que, para el caso de Asturias, las variaciones de los indicadores económicos seleccionados durante el periodo de crisis (hasta 2010) no se asocian con un incremento en la demanda asistencial por problemas mentales, si bien existe una correlación negativa entre la tasa de paro y la demanda asistencial. En el caso de Andalucía, la recesión económica se asocia a peor salud mental, con diferencias marcadas según el estatus laboral y el nivel educativo, asociándose los problemas financieros y el apoyo social de manera significativa con la salud mental en todos los subgrupos estudiados (Córdoba-Doña *et al.*, 2016). En el País Vasco, Bacigalupe *et al.* (2016) muestran un claro deterioro de la salud mental desde el año 2008, especialmente en varones. Para este grupo, el deterioro afectó a todas las categorías laborales analizadas (exceptos los jubilados), y entre las mujeres afectó a las desempleadas. En el área de Badalona, Sicras-Mainar y Navarro-Artieda (2016) identifican un mayor uso de medicamentos antidepresivos, lo cual asocian a un crecimiento de la prevalencia de depresión mayor, que pasó del 5,4 por 100 en el periodo 2008-2009 al 8,1 por 100 en 2012-2013. Asimismo, Barceló *et al.* (2016), utilizando también datos de Cataluña, confirman el incremento del consumo de medicamentos psicotrópicos respecto a los años previos a la crisis, alcanzándose el pico de consumo en el año 2011 y siendo más probable el mismo en la población desempleada.

En relación con trabajos cuyo objeto es el análisis de las desigualdades en salud mental, algunos trastornos como la depresión mayor parecen tener un gradiente social claro que podría haber aumentado durante la crisis, al menos en el caso de los varones (Bartoll *et al.*, 2014). Moncho *et al.* (2018) empleando también las ENS de

2006 y 2011-2012 apuntan que la prevalencia de población en riesgo de mala salud mental (empleando el *General Health Questionnaire –GHQ–* de Goldberg) se había incrementado en los varones y reducido en las mujeres. Sin embargo, los propios autores reconocen la complejidad de interpretar los efectos identificados, toda vez que el empeoramiento en los factores socioeconómicos relacionados con la crisis se asocia a un aumento de la prevalencia de riesgo de mala salud mental, pero también identifican una reducción en la prevalencia de ciertas enfermedades somáticas (cardiovasculares y osteoarticulares) durante los años de crisis, más marcada en los varones desempleados. Asimismo, en el caso de las mujeres, la reducción en la prevalencia del riesgo de mala salud mental no se asocia ni con cambios en factores socioeconómicos ni con cambios en las enfermedades somáticas. Reibling *et al.* (2017) emplean la *European Social Survey* para analizar la salud mental de la población de 21 países europeos durante el periodo 2006-2014, empleando la escala del Center of Epidemiological Studies-Depression (CES-D) para identificar sentimientos de depresión. Los autores señalan que las personas que declararon sentirse deprimidas se habían reducido entre 2006 y 2014 en todos los países, salvo en Chipre y en España. Las desigualdades previas se mantuvieron durante la crisis pero, en términos generales, no aumentaron. De hecho, en los cuatro países con el mayor aumento en sus tasas de desempleo (Portugal, Irlanda, Chipre y España), las desigualdades parecen haber disminuido entre 2006 y 2012, para mantenerse estables o aumentar de nuevo hasta el final del periodo.

En suma, hay evidencia consistente entre estudios en el sentido de que la salud mental empeora durante la crisis, particularmente entre los varones, que ese empeoramiento podría asociarse al desempleo y al deterioro de las condiciones laborales, y de que las desigualdades sociales en salud mental se han mantenido durante los años de crisis o incluso podrían haber aumentado.

### 3.4. Problemas de salud en grupos seleccionados

Uno de los grupos vulnerables de población donde los efectos de las crisis pueden ser inmediatos y tener consecuencias a largo plazo son los niños (Rajmil *et al.*, 2015). En Cataluña, durante los años de crisis, ha aumentado el gradiente social en la obesidad infantil y en las desigualdades en calidad de vida relacionada con la salud (Rajmil *et al.*, 2013). Las consecuencias a largo plazo de las privaciones de los niños de hoy serán previsiblemente importantes en el futuro (Flores *et al.*, 2014), de ahí que se abogue por la intervención pública temprana desde sectores como la educación para garantizar una nutrición adecuada. Arroyo-Borrell *et al.* (2017), utilizan la ENS para analizar si el estado de salud de las madres y sus determinantes socioeconómicos pueden influir en la salud mental de los hijos. Entre los principales resultados mostrados por las autoras cabe destacar la identificación de que el riesgo del niño a padecer un desorden mental se incrementa con los problemas mentales de la madre. Asimismo, el presentar un bajo estatus socioeconómico se asocia con un incremento

del riesgo del niño a padecer problemas de comportamiento. En cambio, un elevado nivel educativo de la madre sería un factor protector frente al riesgo a padecer estos problemas. Los resultados apuntan a que la crisis económica no ha cambiado, en general, los trastornos mentales de los niños, si bien el riesgo de padecer problemas mentales es mayor en niños cuyos padres se encuentra en situación de desempleo.

Por su parte, en relación a la población mayor, (Benmarhnia *et al.*, 2014) sugieren que del análisis de las series mensuales de mortalidad por edad y sexo de personas de 60 y más años desde 1995 a finales de 2012, la mortalidad parece descender a una velocidad inferior a la previsible ante la ausencia de la crisis, siendo mayor el posible impacto en mujeres que en varones. Sin embargo, con una serie temporal más larga (36 años, 1981-2016) y un análisis metodológicamente riguroso de la mortalidad por tramos quinquenales de edad, desde los 60 años, utilizando regresión segmentada (*Joint-Point regression*), Márquez *et al.* (2018) encuentran que la tendencia decreciente de la mortalidad se ha estancado o ralentizado en varones de 60 a 69 años, en menor medida en hombres de 70 a 79 y no se aprecian cambios de tendencia notables en edades avanzadas (80 años y más). En mujeres, hay cierto estancamiento en los años de crisis, que según la edad empieza ya en 2009 o en 2013, y solamente para las de edades entre 75 y 79 años la tendencia de la mortalidad se ha ralentizado desde 2010. Los autores señalan que estos hechos se han producido también en otros países del entorno como Inglaterra y Gales y que los intervalos de confianza de las estimaciones son amplios. Asimismo, los autores son extremadamente prudentes a la hora de atribuir esos hechos hallados a causas relacionadas con la situación económica o las políticas públicas durante los años analizados.

La obesidad es un problema de salud y un problema social de relevancia en España, donde según la ENS de 2017, que sesga a la baja la prevalencia al ser datos autodeclarados, se estima en adultos en el 16,7 por 100 de las mujeres y en el 18,2 por 100 de los hombres. La obesidad infantil (2 a 17 años) en 2017 se sitúa en el entorno del 10,3 por 100 de niños y niñas obesos. Considerando la dimensión territorial, hay diferencias muy marcadas: la prevalencia de obesidad en adultos es del 9,6 por 100 en Castilla León y del 21,4 por 100 en Canarias; la obesidad infantil es del 1,4 por 100 en Navarra y del 14,4 por 100 en Andalucía. Estas diferencias territoriales resultan en parte del gradiente social, que se superpone al territorial y es particularmente intenso para las mujeres. Así, en 2017, el 8,5 por 100 de las mujeres entre 25 y 64 años con estudios superiores eran obesas, mientras que la prevalencia era del 21,6 por 100 para las de nivel básico de estudios o inferior. El gradiente social en la obesidad se ha mantenido o aumentado entre 2006 y 2014 (Rodríguez-Caro *et al.*, 2016), siendo la educación un factor determinante más influyente que la renta o la ocupación. Tanto la gravedad del problema como su gradiente social son mayores para las mujeres que para los varones. De hecho, la obesidad no es solamente un problema de salud que impone un coste social elevado, también conlleva problemas extrasanitarios como la discriminación laboral que sufren en España las mujeres con obesidad mórbida en empleos de cara al público y en comunidades autónomas con baja prevalencia de obesidad poblacional (Vallejo-Torres *et al.*, 2018).

La crisis económica sirvió de acicate para alinear los incentivos de los departamentos de Hacienda y Sanidad. Las propuestas de crear un impuesto sobre las bebidas azucaradas, responsables en gran medida de la obesidad infantil y juvenil (Ortún *et al.*, 2016) han cristalizado de momento en una comunidad autónoma, Cataluña, con un impuesto específico en tres tramos en vigor desde mediados de 2017 y, sobre todo, en llevar a la agenda política la conveniencia del impuesto en las demás comunidades autónomas y en el Ministerio de Sanidad.

Por su parte, empleando las ENS desde 2003 hasta 2011, Zapata Moya *et al.*, (2015) sugieren que «los efectos de la crisis sobre la salud surgen especialmente en el caso de nuestras enfermedades más prevenibles y entre los grupos de educación más baja». Ese gradiente educativo se encontraría presente en episodios de infarto de miocardio, diabetes mellitus, depresión y cáncer. Otro estudio que emplea las ENS concluye que las desigualdades socioeconómicas en la salud y en los comportamientos saludables se han intensificado en el periodo 2011/12, especialmente respecto a la dieta seguida (Bartoll *et al.*, 2015).

La población en situación de desempleo también es un grupo potencialmente vulnerable ante la crisis económica. Como ya se ha señalado, toda vez que estos estudios se han centrado en suicidios (consumación e ideación), salud autopercibida y trastornos mentales, nos remitimos a los resultados expuestos sobre personas desempleadas en los anteriores apartados.

Por otra parte, Agudelo-Suárez *et al.* (2013) estudian los efectos de la crisis económica en España sobre la salud mental de inmigrantes trabajadores. Sobre una muestra de 318 personas, se identificó la presencia de mala salud mental empleando técnicas de entrevista personal (año 2008) y telefónica (2011). Los autores concluyen que la salud mental de las personas encuestadas había empeorado durante los años de crisis. Los subgrupos más afectados eran las personas desempleadas o con bajos salarios y con cargas familiares. Gotsens *et al.* (2015) analizan las desigualdades en salud entre la población inmigrante nacida en países de rentas medias y bajas y los españoles nativos, empleando las ENS de los años 2006 y 2011-2012. Los resultados indican que las desigualdades en salud percibida son mayores entre mujeres inmigrantes *vs.* nativas, mientras que en el caso de los varones las desigualdades se identifican en mala salud mental. Las autoras concluyen que entre 2006 y 2012 la salud de las personas inmigrantes que llegaron a España antes del año 2006 empeoró en comparación con la población nativa, quedando eliminado el llamado «efecto del inmigrante sano» en un contexto de crisis económica profunda. Sin embargo, Hénarez-Montiel *et al.* (2018) analizan desigualdades entre población inmigrante y nativa en España empleando la oleada española de la Encuesta de Salud Europea del año 2014. Los resultados indican que la población inmigrante presenta menos problemas físicos y mentales que los nativos, así como un menor consumo de psicofármacos. Las autoras concluyen que, transcurridos los años más duros de crisis económica, parece recuperarse el efecto «inmigrante sano», si bien las diferencias en salud observadas entre varones y mujeres nativos se reproducen en la población inmigrante.

#### 4. Conclusiones y recomendaciones

La revisión de la literatura sobre los efectos de la reciente crisis en España no ha identificado un impacto negativo sobre la evolución de la mortalidad, en general, si bien existe polémica sobre la evolución de la tasa de suicidios. Además, parece que la mortalidad de las personas mayores, entre 60 y 79 años, sobre todo de los varones, ha ralentizado su buena tendencia durante los años de crisis. En materia de salud autopercibida tampoco se detecta un empeoramiento general, si bien sí se identifican grupos cuya evolución ha sido negativa (desempleados, especialmente, los de larga duración y mujeres sin estudios). Los trabajos que analizan los problemas de salud mental identifican un impacto negativo de la crisis en esta dimensión, más intenso en varones, siendo especialmente relevantes el estatus laboral y el nivel de estudios. Por grupos de población, las cifras y el gradiente social en materia de obesidad infantil son preocupantes. En el caso de los inmigrantes, su salud podría haber empeorado en los primeros años de crisis para recuperarse al final de la misma. No obstante, este resultado hay que tomarlo con precaución debido a que los análisis se han realizado con datos de corte transversal y, por tanto, no analizan a las mismas personas durante un periodo continuado de tiempo ni controlan por las salidas ni llegadas de nuevos inmigrantes.

Finalmente, no está claro que, en el corto plazo, las desigualdades en salud de la población se hayan intensificado debido a la crisis: los resultados y conclusiones difieren por la diversidad de los periodos utilizados en los análisis, la heterogeneidad de las variables socioeconómicas y de salud consideradas, los cambios en el perfil socioeconómico de los grupos en comparación con los periodos previos y durante la crisis y el tipo de medidas utilizadas para analizar la magnitud de las desigualdades sociales en salud (Bacigalupe y Escolar-Pujolar, 2014).

Así pues, la principal conclusión que extraemos es que la crisis, pese al sufrimiento y a la pérdida de bienestar causados, no parece haber afectado de una manera severa, al menos en el corto plazo, a la salud de los españoles ni a la de los extranjeros residentes en España, salvo en la dimensión de salud mental. No obstante, cabe matizar que los resultados observados para la población general no deben ocultar las grandes diferencias identificadas entre grupos sociales y por estatus de ocupación. Asimismo, estos resultados se ciñen al corto plazo. Como señalamos en el apartado dos, la pérdida de empleo y de la caída de las rentas familiares, y el empobrecimiento que ello conlleva, supone uno de los mecanismos transmisores de las crisis sobre la salud. En esta materia, los indicadores socioeconómicos tales como las tasas de desempleo, indicadores de desigualdades de renta o las tasas de pobreza y de riesgo de exclusión social han mostrado un deterioro alarmante en estos últimos años, que es todavía más preocupante porque ya partían de un nivel elevado durante los años previos a la crisis económica. Ello alerta sobre efectos de la crisis en la salud que podrían manifestarse en el futuro, transcurrido cierto tiempo, lo cual obliga a ser cautelosos a la hora de extrapolar las conclusiones derivadas de los indicadores de salud actuales al medio-largo plazo.

Algunas recomendaciones sobre actuaciones concretas en diversos ámbitos de las políticas públicas serían las siguientes:

1. Dado que los factores de riesgo identificados tienen su origen fuera del ámbito sanitario, aunque el sistema sanitario debe estar preparado para atender las mayores necesidades en salud que pueden surgir en momentos de crisis y posteriores, una buena parte de las políticas en salud deben desarrollarse fuera del medio sanitario.
2. La escuela es un lugar idóneo para mejorar la salud y el bienestar de los hoy niños y mañana adultos. La pobreza infantil se asocia a un mayor fracaso escolar y, por tanto, a menores oportunidades futuras y peor salud y bienestar. Las políticas educativas deben ser prioritarias (aún más) en años de crisis y los recursos destinados a alumnos con problemas escolares o necesidades especiales no deben ser los primeros en sufrir los ajustes presupuestarios, sino al contrario.
3. La escuela es también un lugar donde educar en salud. Los programas efectivos de educación alimentaria y de educación en comportamientos saludables (actividad física, prevención de acoso y maltrato, consumo de alcohol, tabaquismo, drogas ilegales, conductas sexuales de riesgo) deben tener en la escuela un ámbito prioritario de actuación.
4. Posiblemente las políticas que más han contribuido a evitar el deterioro de la salud y el bienestar de la población han sido políticas extrasanitarias como son el caso de la prolongación de las rentas recibidas por personas en paro una vez agotado el subsidio por desempleo, así como el mantenimiento de las pensiones. De hecho, los escenarios futuros sobre la evolución del sistema de pensiones no son precisamente tranquilizadores, lo que previene contra la tentación de dar por hecho que en un futuro los indicadores de salud de la población de más edad vayan a estar protegidos por una renta permanente y suficiente. Sin estas políticas, junto con el papel clave de otros pilares básicos del Estado del Bienestar como son el sistema sanitario y el educativo, la crisis económica hubiera derivado en una crisis social de mucha mayor magnitud. En relación con futuras crisis, el mantenimiento de una red última de garantía de rentas para todas las personas en situación de vulnerabilidad (jóvenes, mayores, desempleados) debe ser una política social de la mayor prioridad.
5. Dado que el ámbito laboral se ha revelado como un marco donde pueden estar aumentando o cronificándose riesgos para la salud, el desarrollo de políticas de salud laboral debería impulsarse con mayor firmeza. Asimismo, debe considerarse que las personas desempleadas (especialmente las de larga duración) son un grupo de población especialmente vulnerable, por lo que han de diseñarse políticas específicas dirigidas a este colectivo.
6. Otras políticas que han contribuido a mantener los indicadores de salud son las concernientes al consumo de tabaco, así como las de seguridad vial, que han logrado una gran reducción de muertes prematuras. En este sentido, aun

felicitándose por los resultados, conviene sugerir que se debe perseverar para evitar una relajación en el cumplimiento de las normas que se encuentran asociadas a la favorable evolución de los resultados en salud en estos ámbitos.

7. Dentro del ámbito sanitario, hemos visto que la prevalencia de trastornos mentales en ciertos colectivos es notablemente superior a la media. Una crisis económica puede incrementar la necesidad de servicios sanitarios especializados en esta área. Dado que el punto de entrada en el sistema y el lugar donde se diagnostica tempranamente (idealmente) es la atención primaria, deberían ponerse en marcha programas especialmente dirigidos a reforzar los servicios sanitarios en las especialidades de atención primaria y psiquiatría, orientados especialmente a los grupos de población más vulnerables.
8. Las desigualdades sociales en salud siguen estando presentes. Por ello se recomienda diseñar una estrategia que permita poner en práctica de manera ordenada políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales existentes en salud dentro de nuestro país.

Aunque este artículo se centra en analizar los resultados en salud y, por ello, no hemos entrado en el análisis de cómo la crisis ha afectado al sistema sanitario público, es evidente que siempre, pero en momentos de crisis especialmente, el uso eficiente de los recursos debería convertirse en una norma que orientara la asignación de los mismos. Aunque no profundizamos en este ámbito, señalaremos que las propuestas recogidas en el documento de debate de la Asociación de Economía de la Salud «La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable» y las 166 propuestas planteadas por la misma asociación en materia de reforma del Sistema Nacional de Salud siguen plenamente vigentes (AES, 2008; AES, 2013).

Los anteriores puntos deben operar bajo la premisa de que los programas, actuaciones, estrategias y políticas implementados deben ser evaluados de manera sistemática. El menú de intervenciones es prácticamente ilimitado. Sin conocer los recursos empleados y el retorno alcanzado (en términos de salud, de beneficios sociales, de bienestar) la asignación de los recursos (siempre escasos, pero más en momentos como los analizados) no podrá ser ni eficiente ni equitativa. Así, la evaluación de las políticas y la rendición de cuentas a la ciudadanía, como principios fundamentales de Buen Gobierno de la sanidad pública, deben estar presentes desde las fases de diseño (evaluación *ex ante*), implementación (evaluación durante) y tras la finalización de una fase o del despliegue completo de la política (evaluación *ex post*).

Al tiempo, no se debe dejar de investigar sobre los efectos de la crisis en la salud de la población. Hasta el momento no hemos hecho sino observar el corto plazo. Pero las cicatrices que ha dejado esta crisis son profundas. Está por ver si serán transitorias, duraderas o incluso permanentes en amplias capas de la población. De la crisis económica reciente se pueden aprender valiosas lecciones para evitar dolor y sufrimiento en las venideras. Porque, mientras no se demuestre lo contrario, el sistema económico vigente seguirá experimentando ciclos. Por tanto, la cuestión no es

si volveremos a vivir crisis económicas, sino cuándo se producirán, qué intensidad tendrán, a través de qué canales se trasladarán a la población, cuáles serán los grupos más afectados y cuál será nuestra respuesta colectiva para contrarrestar sus efectos más negativos.

## Referencias bibliográficas

- [1] AGUDELO-SUÁREZ, A.; RONDA, E.; VÁZQUEZ-NAVARRETE, M. L.; GARCÍA, A. M.; MARTÍNEZ, J. M. y BENAVIDES, F. G. (2013). «Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work?». *International Journal of Public Health*, 58 (4), 627-631.
- [2] AGUILAR-PALACIO, I.; CARRERA-LASFUENTES, P. y RABANEQUE, M. (2015). «Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)». *Gaceta Sanitaria*, 29 (1), 37-43.
- [3] ALONSO, I.; VALLEJO, F.; REGIDOR, E.; BELZA, M. J.; SORDO, L.; OTERO-GARCÍA, L. y BARRIO, G. (2017). «Changes in directly alcohol-attributable mortality during the great recession by employment status in Spain: a population cohort of 22 million people». *J. Epidemiol. Community Health*, jech-2016-208759.
- [4] ÁLVAREZ-GÁLVEZ, J.; SALINAS-PÉREZ, J. A.; RODERO-COSANO, M. L. y SALVADOR-CARULLA, L. (2017). «Methodological barriers to studying the association between the economic crisis and suicide in Spain». *BMC Public Health*, 17 (1), 694.
- [5] ÁLVARO-MECA, A.; JIMÉNEZ-SOUSA, M. A.; MICHELOUD, D.; SÁNCHEZ-LÓPEZ, A.; HEREDIA-RODRÍGUEZ, M.; TAMAYO, E. y RESINO, S. (2018). «Epidemiological trends of sepsis in the twenty-first century (2000-2013): an analysis of incidence, mortality, and associated costs in Spain». *Population Health Metrics*, 16 (1), 4.
- [6] ARROYO, E.; RENART, G. y SÁEZ, M. (2015). «How the economic recession has changed the likelihood of reporting poor self-rated health in Spain». *Int. J. Equity Health*, 14, 149.
- [7] ARROYO-BORRELL, E.; RENART, G.; SAURINA, C. y SÁEZ, M. (2017). «Influence maternal background has on children's mental health». *International Journal for Equity in Health*, 16 (63), 63.
- [8] ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). (2008). «Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad». Barcelona: Asociación de Economía de la Salud. En <http://www.aes.es/Publicaciones/sintesispactoMSC.pdf>.
- [9] ASOCIACIÓN ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). (2013). «Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance». Barcelona, Asociación de Economía de la Salud. En [http://www.aes.es/Publicaciones/sns2013\\_Resumen\\_documento.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/sns2013_Resumen_documento.pdf).
- [10] BACIGALUPE, A. y ESCOLAR-PUJOLAR, A. (2014). «The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far». *Int. J. Equity Health*, 13 (1), 52.
- [11] BACIGALUPE, A.; ESNAOLA, S. y MARTÍN, U. (2016). «The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997-2013». *International Journal for Equity in Health*, 15 (1), 1475-9276.

- [12] BAMBRA, C.; POPE, D.; SWAMI, V.; STANISTREET, D.; ROSKAM, A.; KUNST, A. y SCOTT-SAMUEL, A. (2009). «Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries». *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2007.
- [13] BARCELÓ, M. A.; COLL-NEGRE, M.; COLL DE TUERO, G. y SÁEZ, M. (2016). «Effects of the Financial Crisis on Psychotropic Drug Consumption in a Cohort from a Semi-Urban Region in Catalonia, Spain». *PLoS one*, 11 (2), e0148594.
- [14] BARROSO, C.; ABÁSULO, I. y CÁCERES, J. J. (2016). «Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: the economic crisis effect». *International Journal for Equity in Health*, 15 (1), 62.
- [15] BARTOLL, X.; TOFFOLUTTI, V.; MALMUSI, D.; PALÈNCIA, L.; BORRELL, C. y SUHRCKE, M. (2015). «Health and health behaviours before and during the Great Recession, overall and by socioeconomic status, using data from four repeated cross-sectional health surveys in Spain (2001-2012)». *BMC Public Health*, 15 (1), 865.
- [16] BARTOLL, X.; PALÈNCIA, L.; MALMUSI, D.; SUHRCKE, M. y BORRELL, C. (2014). «The evolution of mental health in Spain during the economic crisis». *The European Journal of Public Health*, 24, 415-418.
- [17] BASTERRA, V. (2017). «Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012». *Gaceta Sanitaria*, 31 (4), 324-326.
- [18] BAUMBACH, A. y GULIS, G. (2014). «Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe». *The European Journal of Public Health*, 24 (3), 399-403.
- [19] BENMARHIA, T.; ZUNZUNEGUI, M. V.; LLÁCER, A. y BÉLAND, F. (2014). «Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: research clues based on an analysis of mortality». SESPAS report 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 137-141.
- [20] BLAKELY, T.; TOBIA, M. y ATKINSON, J. (2008). «Inequalities in mortality during and after restructuring of the New Zealand economy: repeated cohort studies». *BMJ*, 336, 371-375.
- [21] BORRELL, C.; MARÍ-DELL'OLMO, M.; GOTSSENS, M.; CALVO, M.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BARTOLL, X. y ESNAOLA, S. (2017). «Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain». *BMC Public Health*, 17, 772.
- [22] BRENNER, M. H. (1979a). «Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936-76». *Lancet*, 314 (8142), 568-573.
- [23] BRENNER, M. H. (1979b). «Unemployment, economic growth, and mortality». *Lancet*, 313 (8117), 672.
- [24] BRENNER, M. H. (2005). «Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century—experience of the United States 1901-2000». *Int. J. Epidemiol.*, 34 (6), 1214-1221.
- [25] BUCHMUELLER, T.; FLORENCE, J. y GRIGNON M. (2007). *Unemployment and Mortality in France, 1982-2002*. Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University, Hamilton, Canadá.
- [26] CALZÓN S.; FERNÁNDEZ, A.; LÓPEZ DEL AMO, M. D. P. y MARTÍN, J. J. (2017). «Diferencias por sexo de la salud percibida antes y durante la crisis económica (2007 y 2011)». *Revista Española de Salud Pública*, 91, 201702019.
- [27] CASE, A. L. y PAXSON, C. (2002). «Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient». *American Economic Review*, 92, 1308-1334.

- [28] CÓRDOBA-DOÑA J. A.; SAN SEBASTIÁN M.; ESCOLAR-PUJOLAR A.; MARTÍNEZ-FAURE J. E. y GUSTAFSSON, P. E. (2014). «Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain». *Int. J. Equity Health*, 13 (1), 55.
- [29] CÓRDOBA-DOÑA, J. A.; ESCOLAR-PUJOLAR, A.; SAN SEBASTIÁN, M. y GUSTAFSSON, P. E. (2016). «How are the employed and unemployed affected by the economic crisis in Spain? Educational inequalities, life conditions and mental health in a context of high unemployment». *BMC Public Health*, 16 (1), 267.
- [30] COVENEY, M.; GARCÍA-GÓMEZ, P.; VAN DOORSLAER, E. y VAN OURTI, T. (2016). «Health disparities by income in Spain before and after the economic crisis». *Health Economics*, 25, 141-158.
- [31] CUTLER, D.; KNAUL, F.; LOZANO, R.; MENDEZ, O. y ZURITA, B. (2000). «Financial crisis, health outcomes and aging: Mexico in the 1980s and 1990s». *Journal of Public Economics*, 84 (2), 279-303.
- [32] CUTLER, D. M.; LLERAS-MUNEY, A. y VOGL, T. (2008). «Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms». National Bureau of Economic Research. *Working Paper Series*, 14333.
- [33] DARMON, N. y DREWNOWSKI, A. (2008). «Does social class predict diet quality?». *Am. J. Clin. Nutr.*, 87, 1107-17.
- [34] DEATON, A. y PAXSON C. (2001). «Mortality, education, income, and inequality among American cohorts». *Themes in the Economics of Aging*. University of Chicago Press, 129-170.
- [35] DREWNOWSKI, A. y SPECTER, S. E. (2004). «Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs». *Am. J. Clin. Nutr.*, 79, 6-16.
- [36] EDWARDS, R. (2008). «Who is hurt by pro-cyclical mortality?». *Soc. Sci. Med.*, 62, 2051-58.
- [37] FERRANDO, J.; PALÈNCIA, L.; GOTSSENS, M.; PUIG-BARRACHINA, V.; MARÍ-DELL'OLMO, M.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BARTOLL, X. y BORRELL, C. (2018). «Trends in cancer mortality in Spain: the influence of the financial crisis». *Gaceta sanitaria*.
- [38] FLORES, M.; GARCÍA-GÓMEZ, P. y ZUNZUNEGUI, M. V. (2014). «Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”?». Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 132-136.
- [39] FORNELL, B.; CORREA, M.; DEL AMO, M. P. L. y MARTÍN, J. J. (2018). «Influence of changes in the Spanish labor market during the economic crisis (2007-2011) on perceived health». *Quality of Life Research*, 1-11.
- [40] FOUNTOULAKIS, K. N.; KAWOHL, W.; THEODORAKIS, P. N.; KERKHOF A. J.; NAVICKAS, A. y HÖSCHL, C. (2014). «Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011». *Br. J. Psychiatry*, 205 (6), 486-496.
- [41] FRASQUILHO, D.; MATOS, M. G.; SALONNA, F.; GUERREIRO, D.; STORTI, C. C.; GASPAR, T. y CALDAS-DE-ALMEIDA, J. M. (2016). «Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review». *BMC Public Health*, 16 (1), 115.
- [42] GERDTHAM, U. G. y RUHM, C. J. (2006). «Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD». *Economics & Human Biology*, (4), 3, 298-316.
- [43] GOTSSENS M.; MALMUSI D.; VILLRROEL N.; VIVES-CASES C.; GARCIA-SUBIRATS I.; HERNANDO, C. y BORREL C. (2015). «Health inequality between

- immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis». *Eur. J. Public Health*, 25 (6), 923-929 .
- [44] GILI, M.; ROCA, M.; BASU, S.; MCKEE, M. y STUCKLER, D. (2013). «The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010». *The European Journal of Public Health*, 23 (1), 103-108.
- [45] GILI, M.; LÓPEZ-NAVARRO, E.; CASTRO, A.; HOMAR, C.; NAVARRO, C.; GARCÍA-TORO, M.; GARCÍA-CAMPAYO, J. y ROCA, M. (2016). «Gender differences in mental health during the economic crisis». *Psicothema*, 28 (4), 407-413.
- [46] GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y BARBER, P. (2017). «Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain». *Applied Health Economics and Health Policy*, 15 (1), 13-21.
- [47] GRAHAM, C. (2008). «Happiness and health: Lessons—and questions—for public policy». *Health Affairs*, 27 (1), 72-87.
- [48] GROOSMAN, M. y KAESTNER, R. (1997). «Effects of education on health». En J. Behrman y N. Stacey (eds.), *The Social Benefits of Education*, 69-123. University of Michigan Press.
- [49] GROOT, W. y MAASSEN VAN DEN BRINK, H. (2007). «The health effects of education». *Economics of Education Review*, 26, 186-200.
- [50] HENARES-MONTIEL, J.; RUIZ-PÉREZ, I. y MENDOZA-GARCÍA, O. (2018). «Health inequalities between male and female immigrants in Spain after the beginning of the economic crisis». *Health Soc. Care Community*, 1-7.
- [51] HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. y PORTA, M. (2018). «Short-term adverse effects of austerity policies on mortality rates: what could their real magnitude be?». *American Public Health Association*, 983-985.
- [52] HINTIKKA, J.; SAARINEN, P. I. y VIINAMAKI, H. (1999). «Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995». *Scand. J. Public Health*, 27, 85-88.
- [53] IGLESIAS GARCÍA; SÁIZ MARTINEZ; GARCÍA-PORTILLA, M. P.; BOUSOÑO GARCÍA, M.; JIMÉNEZ TREVIÑO, L; SÁNCHEZ LASHERAS, F. y BOBES, J. (2014). «Efectos de la crisis económica en la demanda por trastornos mentales en Asturias: datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (2000-2010)». *Actas Esp. Psiquiatr.*, 42 (3), 108-115.
- [54] JIN, R. L.; SHAH, C. P. y SVOBODA, T. J. (1995). «The impact of unemployment on health: a review of the evidence». *CMAJ*, 153 (5), 529-40.
- [55] KARANIKOLOS, M.; MLADOVSKY, P.; CYLUS, J.; THOMSON, S.; BASU, S.; STUCKLER, D.; MACKENBACH, J. P. y MCKEE, M. (2013). «Financial crisis, austerity and health in Europe». *Lancet*, 381 (9874), 1323-1331.
- [56] KHANG, Y. H.; LYNCH, J. W. y KAPLAN, G. A. (2005). «Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea». *Int. J. Epidemiol.*, 34 (6), 1291-301.
- [57] LAANANI, M.; GHOSN, W.; JOUGLA, E. y Rey, G. (2015). «Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010)». *Journal Epidemiol. Community Health*, 69 (2), 103-109.
- [58] LEON, D. A.; CHENET, L.; SHKOLNIKOV, V. M.; ZAKHAROV, S.; SHAPIRO, J.; RAKHMANOVA, G.; VASSIN, S. y MCKEE, M. (1997). «Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol or what?». *Lancet*, 350 (9075), 383-388.
- [59] LEON, D. A.; SABUROVA, L.; TOMKINS, S.; ANDREEV, E.; KIRYANOV, N.; MCKEE, M. y SHKOLNIKOV, V. M. (2007). «Hazardous alcohol drinking and

- premature mortality in Russia: a population based case-control study». *Lancet*, 369 (9578), 2001-2009.
- [60] LIBRERO, J.; SEGURA, A. y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL B. (2013). «Suicides, hurricanes and economic crisis». *European Journal of Public Health*, 24 (2), 183.
- [61] LÓPEZ BERNAL, J. A.; GASPARRINI, A.; ARTUNDO, C. M. y MCKEE, M. (2013). «The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis». *The European Journal of Public Health*, volumen 23, 732-736.
- [62] LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, M. P.; BENÍTEZ, V. y MARTÍN-MARTÍN, J. J. (2018). «Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007-2011)». *BMC Public Health*, 18 (1), 133.
- [63] MACHENBAN, J. P.; VALVERDE, J. R.; ARTNIK, B.; BOPP, M.; BRONNUM-HANSEN, H.; DEBOOSERE, P.; KALEDIENE, R.; KOVACS, K.; LEINSALU, M.; MARTIKAINEN, P.; REGIDOR, E.; RYCHTARIKOVA, J.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; VINEIR, P.; WHITE, C.; WOJTYNIAK, B.; HU, Y. y NUSSELDER, W. J. (2018). «Trends in health inequalities in 27 European countries». *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. Jun 19; 115 (25), 6440-6445.
- [64] MACMAHON, B.; JOHNSON, S. y PUGH, T. F. (1963). «Relation of suicide rates to social conditions. Evidence from U.S. vital statistics». *Public Health Reports*, 78 (4), 285.
- [65] MÁRQUEZ, S. (2012). *Efectos de las crisis económicas en la salud y la equidad en salud: revisión de la literatura científica* (mimeo, agosto).
- [66] MÁRQUEZ-CALDERÓN, S.; RUIZ-RAMOS, M.; VICIANA, F. y FERNÁNDEZ MERINO, J. C. (2018). «Tendencia de la mortalidad edad y sexo específica en mayores de 60 años: España 1981-2016». *XXXVI Reunión Científica de la SEE*, 11-14 septiembre. Lisboa.
- [67] MARTIN, M. (2002). «Substance use and social and economic transition: the need for evidence». *International Journal of Drug Policy*, 13 (6), 453-459.
- [68] MAYNOU, L.; SÁEZ, M. y LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2014). «Has the economic crisis widened the intraurban socioeconomic inequalities in mortality? The case of Barcelona, Spain». *J. Epidemiol. Community Health*, jech-2013-203447.
- [69] MEDEL-HERRERO, A. y GÓMEZ-BENEYTO, M. (2017). «The impact of the 2008 economic crisis on the increasing number of young psychiatric inpatients». *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. En prensa, corrected proof.
- [70] MIRET, M.; CABALLERO, F. F.; HUERTA-RAMÍREZ, R.; MONETA, M. V.; OLAÑA, B.; CHATTERJI, S. y AYUSO-MATEOS, J. L. (2014). «Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis». *Journal of Affective Disorders*, 163, 1-9.
- [71] MONCHO, J.; PEREYRA-ZAMORA, P.; TAMAYO-FONSECA, N., GIRÓN, M.; GÓMEZ-BENEYTO, M. y NOLASCO, A. (2018). «Is recession bad for your mental health? The answer could be complex: evidence from the 2008 crisis in Spain». *BMC Medical Research Methodology*, 18 (1), 78.
- [72] MURRAY, J. E. (2007). *Origins of American Health Insurance: A History of Industrial Sickness Funds*. Yale University Press, 2007.
- [73] NEUMAYER, E. (2004). «Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany». *Soc. Sci. Med.*, 58, 1037-1047.

- [74] NOTZON, F. C.; KOMAROV, Y. M.; ERMAKOV, S. P.; SEMPOS, C. T.; MARKS, J. S. y SEMPOS, E. V. (1998). «Causes of declining life expectancy in Russia». *JAMA*, 279 (10), 793-800.
- [75] ORTÚN RUBIO, V.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y PINILLA, J. (2016). «El impuesto sobre bebidas azucaradas en España». *Revista Española de la Salud Pública*. volumen 90, pp.e1-e13 CE.
- [76] OSTAMO, A. y LONNQVIST, J. (2001). «Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997». *Society Psychiatry Epidemiol.*, 36, 354-60.
- [77] RAJMIL, L.; MEDINA-BUSTOS, A.; DE SANMAMED, M. J. F. y MOMPART, A. (2013). «Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: A before-after approach». *BMJ Open*, 3 (8), e003286.
- [78] RAJMIL, L.; SIDDIQI, A.; TAYLOR-ROBINSON, D. y SPENCER, N. (2015). «Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain». *International Journal for Equity in Health*, 14, 1-9.
- [79] REGIDOR, E.; BARRIO, G.; BRAVO, M. J. y DE LA FUENTE, L. (2014). «Has health in Spain been declining since the economic crisis?». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68, 280-282.
- [80] REIBLING, N.; BECKFIELD, J.; HUIJTS, T.; SCHMIDT-CATRAN, A.; THOMSON, K. H. y WENDT, C. (2017). «Depressed during the depression: has the economic crisis affected mental health inequalities in Europe?». *The European Journal of Public Health*, 27 (1\_1), 47-54.
- [81] RIVADENEYRA-SICILIA, A.; MINUÉ-LORENZO, S. y ARTUNDO-PURROY, C. (2014). «Lecciones desde fuera. Otros países en esta y otras crisis anteriores». *Gaceta Sanitaria*. Informe SESPAS 2014, cap. 2.
- [82] RIVERA, B.; CASAL, B. y CURRAIS, L. (2017). «Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain». *The European Journal of Health Economics*, 18, 83-96.
- [83] RODRÍGUEZ-CARO, A.; VALLEJO-TORRES, L.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2016). «Unconditional quantile regressions to determine the social gradient of obesity in Spain 1993-2014». *International Journal for Equity in Health*, 15, 1, 175.
- [84] RUHM, C. J. (2000). «Are recessions good for your health?». *Quarterly Journal of Economics*, 115 (2), 617-650.
- [85] RUHM, C. J. (2005). «Healthy living in hard times». *Journal of Health Economics*, 24 (2), 341-363.
- [86] RUHM, C. J. (2015). «Recessions, Healthy No More?». *Journal of Health Economics*, 42, 17-28.
- [87] RUIZ-PÉREZ, I.; BERMÚDEZ-TAMAYO, C. y RODRÍGUEZ-BARRANCO, M. (2017). «Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis». *International Journal for Equity in Health*, 16 (1), 45.
- [88] RUIZ-RAMOS, M.; CÓRDOBA-DOÑA, J. A.; BACIGALUPE, A.; JUÁREZ, S. y ESCOLAR-PUJOLAR, A. (2014). «Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales». *Gaceta Sanitaria*. Informe SESPAS 2014, 28, 89-96.
- [89] SAURINA C.; MARZO, M. y SÁEZ, M. (2015). «Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain». *International Journal for Equity in Health*, 14 (1), 1-10.

- [90] SEGURA, A. (2014). «Recortes, austeridad y salud». *Gaceta Sanitaria*. Informe SES-PAS, suplemento 1, capítulo 1.
- [91] SHKOLNIKOV, V.; MCKEE, M. y LEON, D. A. (2001). «Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s». *Lancet*, 357 (9260), 917-921.
- [92] SICRAS-MAINAR, A. y NAVARRO-ARTIEDA, R. (2016). «Use of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in primary care during a period of economic crisis». *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 19.
- [93] STIGLITZ, J. (1999). «Responding to economic crises: policy alternatives for equitable recovery and development». *The Manchester School*, 67, 409-427.
- [94] STUCKLER, D. y BASU, S. (2013). «The body economic: Eight experiments in economic recovery, from Iceland to Greece». Penguin UK.
- [95] STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A. y MCKEE, M. (2009a). «The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis». *The Lancet*, 374 (9686), 315-323.
- [96] STUCKLER, D.; KING, L. y MCKEE, M. (2009b). «Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis». *Lancet*, 373 (9661), 399-407.
- [97] STRUMPF, E. C.; CHARTERS, T. J.; HARPER, S. y NANDI, A. (2017). «Did the Great Recession affect mortality rates in the metropolitan United States? Effects on mortality by age, gender and cause of death». *Social Science & Medicine*, 189, 11-16.
- [98] SYDENSTRICKER, E. (1934). «Health in the New Deal». *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 176 (1), 131-137.
- [99] TANGCHAROENSATHIEN, V.; HARNVORAVONGCHAI, P.; PITAYARANG-SARIT, S. y KASEMSUP, V. (2000). «Health impacts of rapid economic changes in Thailand». *Soc. Sci. Med.*, 51, 789-807.
- [100] TAPIA GRANADOS, J. A. (2005a). «Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996». *Int. J. Epidemiol.*, 34, 1194-202.
- [101] TAPIA GRANADOS, J. A. (2005b). «Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997». *Journal of Population*, 21, 393-422.
- [102] TAPIA GRANADOS, J. A. y IONIDES, E. L. (2017). «Population health and the economy: Mortality and the Great Recession in Europe». *Health Economics*, 26, e219-e235.
- [103] TOM, B.; MICHEL, G. y FLORENCE, J. (2007). *Unemployment and Mortality in France, 1982-2002*. Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University, Hamilton, Canadá.
- [104] URBANOS, R. y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2013). «Desempleo y salud: un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles». *Rev. Estudios de Economía Aplicada*, 31 (2).
- [105] VALLEJO-TORRES, L.; MORRIS, S. y LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. (2018). «Obesity and perceived work discrimination in Spain». *Applied Economics*, 50 (36), 3870-3884.
- [106] VALKONEN, T.; MARTIKALNENU, P.; JALOVAARA, M.; KCAKINEN, S.; MARTELLN, T. y MAKEIA, P. (2000). «Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged women in Finland». *Eur. J. Public Health*, 10, 274-280.
- [107] VÁZQUEZ, M.; VARGAS, I. y ALLER, M. (2014). «Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante». *Gaceta Sanitaria*. Informe SESPAS 2014, suplemento 1, capítulo 22.

- [108] WADA, K.; KONDO, N.; GILMOUR, S.; ICHIDA, Y.; FUJIMO, Y.; SATOH, T. y SHIBUYA, K. (2012). «Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study». *BMJ*, 344, e1191.
- [109] WALBERG, P.; MCKEE, M.; SHKOLNIKOV, V.; CHENET, L. y LEON, D. A. (1998). «Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis». *BMJ*, 317 (7154), 312-318.
- [110] WATERS, H.; SAADAH, F. y PRADHAN, M. (2003). «The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia». *Health Policy Plan*, 18, 172-181.
- [111] ZAPATA MOYA A.; BUFFEL V.; NAVARRO YÁÑEZ, C. y BRACKE, P. (2015). «Social inequality in morbidity, framed within the current economic crisis in Spain». *International Journal for Equity in Health*, 14 (1), 131.

# *TRIBUNA DE ECONOMÍA*



# Instituciones y comercio internacional: el impacto de la corrupción\*

Salvador Gil-Pareja  
Rafael Llorca-Vivero  
José Antonio Martínez-Serrano  
Universitat de València

## Resumen

*Tras la crisis económica internacional que tiene lugar a partir de 2007, la literatura económica pone el foco en mayor medida en la corrupción como fenómeno que podría distorsionar el buen funcionamiento del sistema económico. En este sentido, empiezan a surgir trabajos que investigan la relación existente entre el grado de corrupción de los países y el volumen de su comercio internacional, ámbito que había sido poco explorado hasta el momento. Si bien la incertidumbre que supone el actuar en un entorno corrupto puede afectar al negocio internacional, ciertas prácticas servirían también como mecanismo de desregulación que facilitaría los flujos comerciales. De hecho, los estudios realizados no son del todo concluyentes en relación al signo del impacto de la corrupción sobre el comercio. En este trabajo se presenta el estado actual de la cuestión describiendo la metodología y las bases de datos utilizadas así como los resultados de los estudios más influyentes.*

**Palabras clave:** calidad institucional, comercio internacional, corrupción, ecuación de gravedad.

**Clasificación JEL:** F14, F15.

## Abstract

*After the international economic crisis of 2007, the economic literature focusses to a greater extent on corruption as a phenomenon that could distort the proper functioning of the economic system. In this sense, there have been works that investigate the relationship between the degree of corruption of countries and the volume of their international trade, an area that had been little explored so far. Although the uncertainty of acting in a corrupt environment can affect international business, some practices could also act as a mechanism of deregulation facilitating trade flows. In fact, the studies carried out are not entirely conclusive in relation to the sign of the impact of corruption on trade. This paper presents the current state of the issue describing the methodology and the data sets used as well as the results of the most influential studies.*

**Keywords:** institutional quality, international trade, corruption, gravity equation.

**JEL classification:** F14, F15.

---

\* Este estudio es parte de un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (ECO2015-68057-R, financiado parcialmente por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional –FEDER–) y la Generalitat Valenciana (PROMETEO II/2014-053 y PROMETEO 2018/102). Los autores desean agradecer a Carlos Cháfer la ayuda prestada con la realización de los mapas que se presentan en este trabajo.

## 1. Introducción

El estudio del impacto de las instituciones sobre las variables económicas ha experimentado un renovado interés recientemente. En términos generales, los diversos estudios muestran cómo aquellos países con instituciones más sólidas presentan también un mayor grado de desarrollo económico (Hall y Jones, 1999; Acemoglu, Johnson y Robinson, 2001, o Rodrick, Subramanian y Trebbi, 2004). Los motivos que explican el que un deficiente funcionamiento institucional derive en peores resultados económicos son diversos: distorsión en los incentivos que conducen a una mala asignación de los recursos, incertidumbre empresarial en la toma de decisiones o degradación del mecanismo legal que gestiona las disputas en los negocios, entre otros.

La literatura define la corrupción que se ejerce desde el ámbito público como el abuso de la situación de poder en la que se encuentran los empleados de dicho sector con el fin de obtener un provecho privado. Este es probablemente uno de los elementos más relevantes en los fallos de la gestión pública (Acemoglu y Verdier, 2000) afectando de forma directa a la calidad institucional y, a través de ello, al bienestar de la sociedad. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional comparten la idea de que la corrupción, como uno de los determinantes del mal funcionamiento de las instituciones, es uno de los mayores obstáculos para el desarrollo económico y social.

Para el Banco Mundial (1997), la corrupción en el sector público ha sido una de las principales preocupaciones, ya que su estrategia va dirigida al apoyo de políticas y proyectos gubernamentales en aras a fomentar el desarrollo económico en los países con bajos niveles de renta per cápita. En estos países, la corrupción suele revestir mayor gravedad en sus diversas manifestaciones: sobornos, robos (de mayor o menor cuantía y en sus distintas modalidades) y prácticas ilícitas en el ámbito político o burocrático. Las causas son variadas pero tienen relación con el grado de desarrollo político, la tradición burocrática o la historia social. En todo caso, el caldo de cultivo suele ser un entorno de debilidad institucional en el que las políticas gubernamentales pueden dar lugar a la generación de rentas. Este suele ser el caso de las economías en desarrollo y en transición, donde la propiedad pública suele abarcar un ámbito bastante mayor de la economía que en los países desarrollados y donde, además, la discrecionalidad del funcionariado es alta en un ambiente de escasos e ineficaces mecanismos de supervisión y rendición de cuentas. Además, el incentivo es mayor cuando los empleados públicos disponen de bajos salarios y su promoción es ajena a su desempeño.

A la hora de analizar este fenómeno, el Banco Mundial señala la necesidad de distinguir entre los actos de corrupción que se suceden de forma aislada de aquellas otras situaciones en las que dicho comportamiento reviste un carácter sistemático, es decir, cuando las reglas informales de comportamiento en el ámbito del sector público reemplazan a las reglas formales. En sus análisis, el Banco Mundial hace hincapié en los efectos perversos de la corrupción sobre la estabilidad macroeconómica

(resultado de mayores déficits públicos por el incremento en el gasto y la pérdida de ingresos), la inversión directa extranjera (si bien en un entorno de predictibilidad de los sobornos el impacto sería menor) la creación de pequeñas empresas (se incrementa el coste de hacer negocios) o el medio ambiente (relajación o incumplimiento de leyes medioambientales).

Por su parte, el FMI (2016) urge a la búsqueda de soluciones para atajar el problema de la corrupción, ya que la habilidad del Estado para llevar a cabo políticas que fomenten el crecimiento económico y que beneficien al conjunto de la población se ve seriamente mermada por este fenómeno, sobre todo si es sistemático y profundo. Al igual que el Banco Mundial, este organismo identifica los mecanismos a través de los cuales la corrupción puede afectar negativamente al sistema económico. Por un lado, el elevado grado de inestabilidad macroeconómica y financiera puede desembocar en crisis bancarias e inflación<sup>1</sup>. Por otro lado, las decisiones de inversión pública y privada con criterios distintos a los de la racionalidad económica en un entorno de incertidumbre conduce a una ineficiente asignación de los recursos. Por último, la escasa preocupación por la educación y la sanidad desemboca en bajas tasas de acumulación de capital humano mientras que el reducido gasto en I+D+i retrasa el avance tecnológico.

Además, se puede producir también el fenómeno de la causalidad inversa, ya que la desigualdad social que se genera puede inducir a mayores niveles de corrupción, generándose un círculo vicioso. En la visión del FMI, la estrategia a seguir se apoya en tres elementos: transparencia, profundización en el Estado de Derecho y reformas económicas dirigidas a eliminar la regulación excesiva. Para ello, el Fondo argumenta que se requiere de instituciones efectivas que lo lleven a cabo. La cooperación internacional puede ser un elemento relevante en el proceso descrito.

En línea con los argumentos anteriores y basándose en los resultados de estimaciones econométricas, diversas investigaciones muestran cómo un mayor grado de corrupción afecta negativamente al crecimiento económico (Mauro, 1995), retrasa los flujos de inversión extranjera directa (Wei, 2000) o distorsiona los ingresos fiscales (Mauro, 1998; Aghion *et al.*, 2016). No obstante, hay autores que destacan una vertiente positiva de la corrupción como elemento que, bajo ciertas circunstancias, puede facilitar los intercambios económicos al mejorar la eficiencia. Este sería el caso de Egger y Winner (2005) para la inversión directa extranjera, o Dreher y Gassebner (2013), en relación a la entrada de empresas en los mercados. La razón es que, en sistemas económicos con regulaciones extensas y complejas e instituciones débiles, los sobornos pueden servir a las empresas para evadir barreras regulatorias formales. Es decir, la corrupción serviría como mecanismo de desregulación. Este fenómeno es conocido como *the greasing the wheels hypothesis*, es decir, ciertos tipos de corrupción pueden facilitar la lubricación del engranaje económico.

---

<sup>1</sup> Por ejemplo, la falta de ingresos fiscales (evasión) y el elevado gasto público (incremento en el precio de suministros públicos, entre otros) lleva a mayores déficits públicos que los gobiernos financian apelando al Banco Central y que generan, por tanto, tensiones inflacionistas.

En términos generales hay, por tanto, razones para pensar que la corrupción puede actuar en uno u otro sentido y el impacto real dependerá de las circunstancias en las que opere la misma; si bien en el conjunto de aportaciones empíricas suele observarse que el impacto negativo predomina sobre el positivo. No obstante, hay un ámbito poco explorado y en el que han aparecido investigaciones tan solo recientemente y es el referido a la relación existente entre corrupción y comercio internacional. Los fundamentos para esperar que el efecto de la corrupción sobre los flujos internacionales de comercio sea favorable o perjudicial son similares a los expuestos anteriormente. Por una parte, el incorrecto funcionamiento del marco legal puede dificultar la efectividad de los contratos, lo que desincentivará las transacciones internacionales al incrementar el coste de exportar (Anderson y Marcouiller, 2002). Por ello, la corrupción tendría un impacto similar al establecimiento de un arancel. Por otra parte, si las barreras al comercio son elevadas, tanto las arancelarias como las no arancelarias (por ejemplo, trámites administrativos complejos), los sobornos en frontera podrían facilitar el comercio, ya que contribuirían a superar dichos obstáculos.

En este trabajo se hace un repaso de la literatura en este ámbito al objeto de plasmar los resultados obtenidos hasta la fecha. Para ello, en el siguiente epígrafe se presenta la metodología empírica así como las bases de datos que suelen utilizarse en las diversas investigaciones. A continuación, se expondrán los resultados alcanzados por los distintos autores. Finalmente, se presentan las conclusiones.

## **2. Metodología y bases de datos**

La mayor parte de las investigaciones que indagan acerca del impacto de la corrupción sobre los flujos internacionales de comercio utilizan la misma metodología: la ecuación de gravedad; cuyo nombre proviene de la analogía con la física Newtoniana. El modelo de gravedad ha resultado ser una herramienta muy exitosa para explicar el comportamiento del comercio internacional y el sentido y magnitud de la influencia de diversas variables de interés (acuerdos comerciales, uniones monetarias, etc.) en las relaciones comerciales de los países. En su formulación más básica, la ecuación de gravedad relaciona los flujos bilaterales de comercio positivamente con el tamaño económico de los países y negativamente con la distancia entre ellos, de ahí el paralelismo con la atracción gravitatoria entre los cuerpos celestes formulada por Newton. A estas variables se han incorporado otros factores que inciden sobre los costes de comerciar y que ya se consideran estándar en la literatura como el hecho de que los países compartan o no una frontera, utilicen un idioma común, dispongan o no de costa, tengan lazos coloniales o formen parte de un acuerdo comercial, entre otros.

En un primer momento, la ecuación de gravedad era una propuesta metodológica que carecía de soporte teórico (Tinbergen, 1962; Pöyhönen, 1963) pero que proporcionaba buenos resultados econométricos. El primer planteamiento teórico se debe a Anderson (1979), al que le sucedieron trabajos como los de Bergstrand (1985 y

1989), Deardoff (1998) o Evenett y Keller (2002), en los que, entre otras cosas, se comprueba la consistencia del modelo de gravedad con las diversas teorías del comercio internacional. No obstante, los desarrollos teóricos con mayor influencia en la actualidad son los de Anderson y van Wincoop (2003) y Santos Silva y Tenreyro (2006 y 2010). En el primer caso, la atención se centra en el hecho de que las ecuaciones de gravedad que se habían estimado hasta el momento presentaban un problema de variables omitidas, ya que estos autores demuestran que el comercio entre dos países no depende solo de las barreras entre ellos sino también de las de cada uno con respecto al resto de socios comerciales: es lo que se denomina resistencia multilateral. En el segundo caso, el énfasis se pone en la inexistencia de comercio en un porcentaje relativamente elevado de posibles combinaciones de pares de países (es decir, la variable dependiente toma valor cero), así como en la más que probable existencia de heterocedasticidad en los residuos que llevaría a estimaciones sesgadas. Estas circunstancias hacen que la estimación mediante Mínimos Cuadrados Ordinarios sea inadecuada.

La resistencia multilateral se controla en los modelos empíricos mediante la inclusión de variables ficticias para los países de la muestra, tanto cuando actúan como exportadores como cuando actúan como importadores. En el caso de estimar con datos de panel, lo correcto es introducir variables ficticias interactivas de país y de año (Klein y Shambaugh, 2006; Baier y Bergstrand, 2007 y Gil *et al.* (2008a y 2008b), ya que la resistencia multilateral puede variar con el tiempo. Por su parte, Santos Silva y Tenreyro (2006 y 2010) proponen el uso del estimador PPML (*Poisson Pseudo Maximum Likelihood*), en cuyo caso la variable dependiente se toma en niveles. Por último, cuando se trabaja con datos de panel se controla por la denominada «heterogeneidad bilateral inobservable constante», es decir, aquellas características del par de países que comercian que no son observables por parte del investigador y que no varían con el tiempo, mediante la inclusión de variables ficticias por pares de países.

Los estudios que analizan el impacto de la corrupción en el comercio han estimado la ecuación de gravedad de formas diversas. En todo caso, hay que apuntar algunas matizaciones relevantes. Si en el modelo se incluyen los efectos fijos de par, los parámetros de las variables dicotómicas que no varían con el tiempo (distancia, frontera, etc.) no se estimarán. Por otra parte, la inclusión de efectos fijos país-año implicará que no se estimen los parámetros de las variables específicas de cada país que se alteran con el tiempo. En esta categoría se encontrarían las respectivas rentas, pero también nuestra variable de interés. Al respecto puede haber dos soluciones. Por una parte, se pueden incluir índices de precios de los países como forma de controlar la resistencia multilateral (Dutt y Traca, 2010), si bien este procedimiento no es del todo correcto (Anderson y van Wincoop, 2013). Por otra parte, se pueden construir variables de corrupción específicas del par, tal y como veremos más adelante.

En el análisis del impacto de la corrupción en el comercio existe un problema adicional y es el de la causación inversa. Es decir, existe la posibilidad de que la intensificación de las relaciones comerciales influya a su vez sobre los niveles de corrupción. Si bien los análisis empíricos acerca de dicha relación no son concluyentes

(Tavares, 2007; Baksi, Bose y Pandey, 2009; Lalountas, Manolas Vavouras, 2011) y apuntan no linealidades que dependen de incentivos contrapuestos o del grado de desarrollo de los países, las estimaciones deben contemplar este aspecto a través, por ejemplo, del uso de variables instrumentales. En todo caso, la literatura admite que la inclusión de efectos fijos de par controla por las principales fuentes de endogeneidad (Baier y Bertrand, 2007).

El siguiente aspecto a tener en cuenta es la medición de la corrupción. Existen diversos índices que intentan aproximar este fenómeno. Un conjunto de ellos, los más utilizados dada la sencillez de su obtención por parte del investigador, son los índices basados en percepciones de agentes económicos supuestamente informados. Se trata de encuestas dirigidas a profesionales (analistas, hombres de negocios o expertos en esa área) acerca de lo que ellos consideran que es el grado de corrupción del sector público en sus respectivos países. El más conocido es el *Corruption Perception Index (CPI)* construido por *Transparencia Internacional*<sup>2</sup>. El índice se elabora desde 1995 y su rango va de cero (el máximo grado de corrupción) a 10 (el máximo grado de transparencia), si bien la escala cambió en 2012 y el rango es ahora entre cero y 100. Tal y como se especifica en la página web el valor asignado a los distintos países depende de «cómo se perciben de corruptos sus sectores públicos». Para el año 2016, el índice está disponible para 176 países, si bien cuando empezó a construirse solo se analizaron 41 países.

El segundo de los índices basados en percepciones es el denominado *Control of Corruption Index (CCI)* que se elabora en el contexto del proyecto *Worldwide Governance Indicators* del Banco Mundial. Este índice combina datos de otro tipo de fuentes (hasta 22 estudios diferentes, incluido el CPI) a las que otorga ponderaciones dependiendo de su grado de precisión y el ámbito de países que abarca. El *CCI*, por tanto, se basa en la visión de expertos en la materia, así como de los estudios llevados a cabo por diversas organizaciones públicas y privadas. El rango de valores va desde -2,5 (el peor caso de gobernanza) hasta 2,5 (el mejor caso de gobernanza) para alrededor de 200 países y territorios para los años 1996, 1998, 2000 y desde 2002 hasta 2015<sup>3</sup>.

La principal desventaja de los índices basados en percepciones es que suelen tener una fuerte inercia, especialmente al alza. Esto es, aunque el grado de corrupción de un país disminuya más o menos drásticamente, la sensación de mala gobernanza en este ámbito permanece en el tiempo. Este es el motivo por el que diversos autores prefieren recurrir, de forma sustitutiva o complementaria a medidas alternativas.

Algunos estudios utilizan el *International Country Risk Guide (ICRG)*<sup>4</sup>, que pretende recoger el riesgo político, económico y financiero al que se enfrentan los países. En este caso, la muestra la componen 140 países. Si bien no es tan específico para la medición de la corrupción como los dos anteriores, este indicador tiene la ventaja

<sup>2</sup> Disponible en <http://www.transparency.org/research/cpi/overview>.

<sup>3</sup> Véase <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#home>.

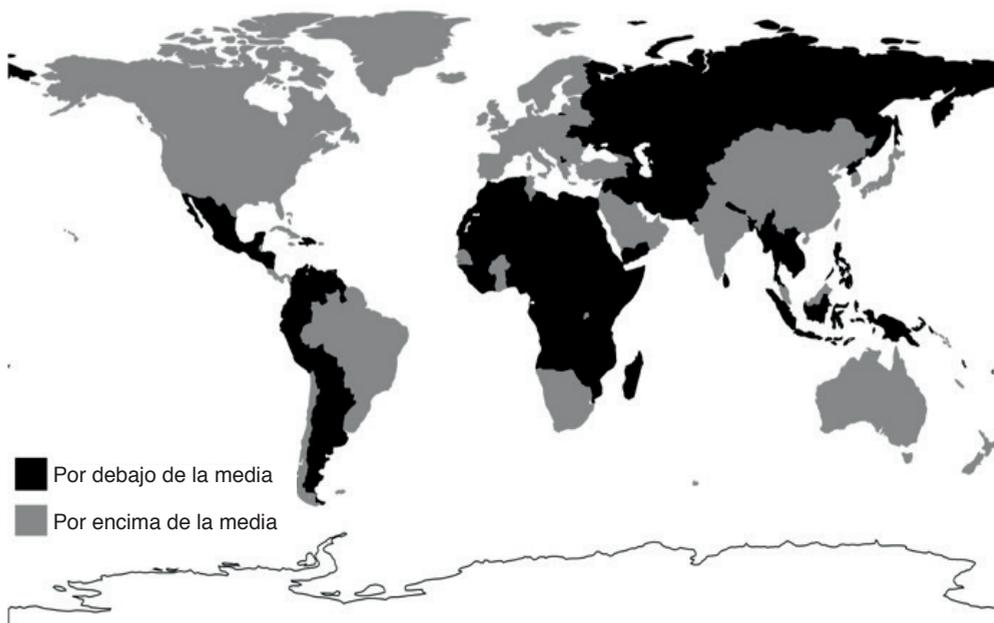
<sup>4</sup> Véase <https://www.prsgroup.com/about-us/our-two-methodologies/icrg>.

de que está construido desde 1980 y para una amplia muestra de países. La principal desventaja es que los datos no están disponibles libremente y su coste es elevado.

Por su parte, aquellos trabajos que se centran en los sobornos en frontera disponen de los datos recogidos en el *World Business Environmental Survey* (WBES) del Banco Mundial, cuyo principal defecto radica en que la muestra de países no es muy amplia (solo 80) y está construido únicamente para el periodo 1999-2000.

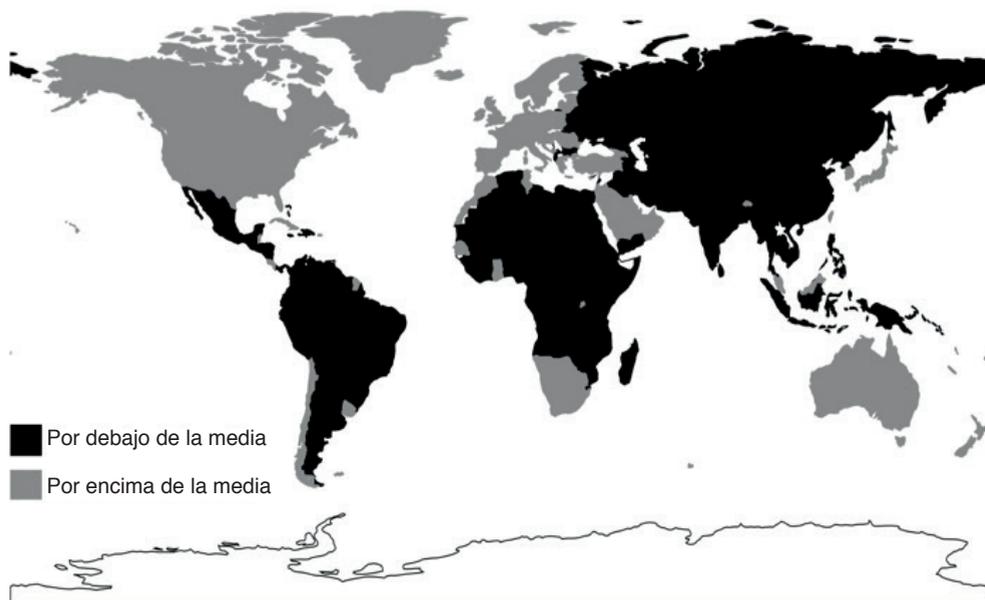
Por último, Dreher *et al.* (2007), construyen un índice a través de una ecuación estructural que considera la corrupción como una variable latente conectada con sus causas y consecuencias. Entre las causas de la corrupción los autores utilizan diversos tipos de factores: políticos, históricos, socioculturales y económicos. En este sentido, se incluyen variables que miden el alcance del sistema democrático, el origen del entramado legal o los años de escolarización de la población. Las consecuencias de la corrupción se recogen en aspectos tales como el PIB per cápita, el grado de desarrollo del sistema financiero, las restricciones de capital o el consumo aparente de cemento. Por tanto, los respectivos valores se obtienen basándose en factores más objetivos que las simples «opiniones». El índice se construye para aproximadamente 100 países para los periodos 1976-1980, 1981-1985, 1986-1990 y 1991-1997, y a diferencia de los otros índices, valores más elevados implican mayor grado de corrupción de los países.

**MAPA 1**  
**CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN EL VALOR DEL ÍNDICE EN 2015**  
*Corruption Perception Index (CPI)*



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de Transparencia Internacional.

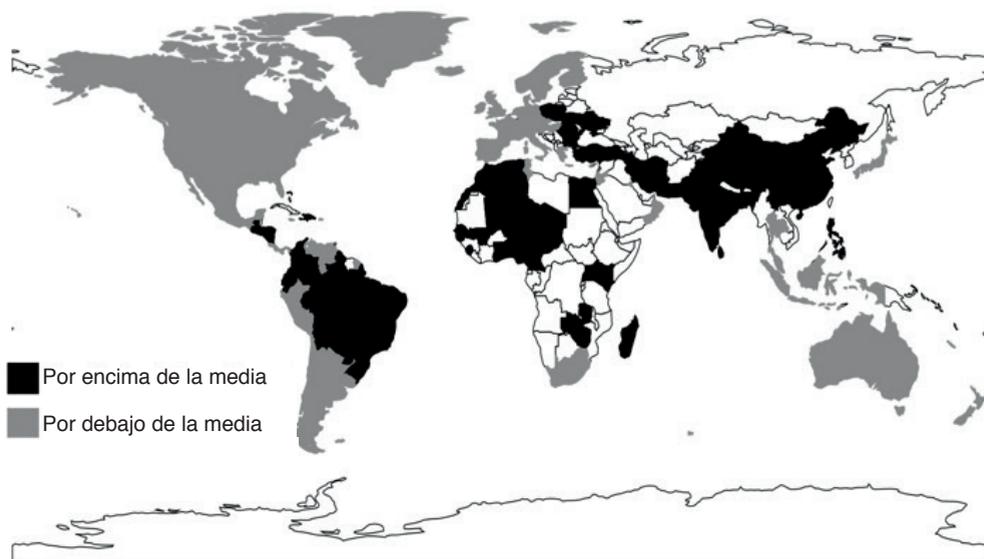
**MAPA 2**  
**CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN EL VALOR DEL ÍNDICE EN 2015**  
*Control of Corruption Index (CCI)*



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial.

En los mapas 1, 2 y 3 se realiza una aproximación somera a las diferencias que pueden existir en la clasificación de los países respecto de tres de los índices anteriormente comentados: *CPI*, *CCI* y el índice estructural de Dreher *et al.* (2007). En los mapas, se ha coloreado de negro a los países más corruptos (para el año 2015 en los casos de *CPI* y *CCI* y para 1997 en el caso del índice estructural) mientras que aparecen con un color más claro los menos corruptos. En blanco se encuentran aquellos países de los que no se dispone de información. Como se observa, en términos generales hay grandes semejanzas entre los índices *CPI* y *CCI* pero también hay diferencias reseñables. Este es el caso de, por ejemplo, China, India y Brasil que, según las valoraciones obtenidas por el *CPI*, no se encontrarían entre los países más corruptos mientras que ocurre lo contrario si atendemos al *CCI*. Es evidente que si hacemos clasificaciones más depuradas (por cuartiles, por ejemplo) empezarían a aparecer más matices. Por su parte, el índice estructural presenta también divergencias de cierta relevancia respecto de los otros dos. Por un lado, el número de países considerados es sensiblemente menor, dejando fuera a gran parte de África y Asia. Por otro lado, países como México, Venezuela, Perú o Argentina no aparecen entre los más corruptos. Sin embargo, con Turquía ocurre justamente lo

**MAPA 3**  
**CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN EL VALOR DEL ÍNDICE EN 1997**  
*Índice Estructural de Dreher et al. (2007)*



FUENTE: Elaboración propia a partir de DREHER *et al.* (2007).

contrario. Todo ello puede implicar que, dependiendo del índice utilizado, el impacto estimado del grado de corrupción de los países sobre cualquier indicador de interés difiera de forma considerable.

**3. Los estudios empíricos sobre corrupción y comercio internacional**

Son todavía escasos los trabajos que han analizado la relación existente entre corrupción y comercio internacional. Una de las investigaciones pioneras es la de Knack y Azfar (2003), que plantean el problema de la selección de muestra y el sesgo que se deriva de aquellas bases de datos que incorporan un reducido número de países. En dichas fuentes (normalmente, indicadores de riesgo político), se incorporan esencialmente aquellos países respecto de los cuales los inversores internacionales están más interesados, que suelen coincidir con aquellos mejor gobernados y que, generalmente, son también de mayor tamaño y presentan mayor grado de apertura. No obstante, el sesgo más relevante en este tipo de fuentes estadísticas consiste en incluir entre las naciones más pequeñas aquellas mejor gobernadas. Dado que, el grado de apertura suele ser mayor en este tipo de países, se suele observar

una relación negativa entre nivel de corrupción y grado de apertura<sup>5</sup>. Estos autores demuestran que, a medida que se incorporan más países, esta relación negativa se debilita o incluso desaparece.

Por su parte, Levchenko (2007) se centra en la calidad institucional, que en su modelo constituye una fuente de ventajas comparativas del Norte (países institucionalmente fuertes) frente al Sur (países institucionalmente débiles). Esta calidad institucional se focaliza en dos variables: grado de cumplimiento de los contratos y protección de los derechos de propiedad. Si bien no se centra en la corrupción como tal, la investigación proporciona un marco teórico para la incorporación de aspectos institucionales en el comercio internacional. Este autor demuestra que aquellos países con mejores instituciones capturan una proporción mayor de las importaciones de Estados Unidos en aquellos sectores con mayor dependencia de las características institucionales mencionadas.

La relación directa entre corrupción, calidad institucional y costes directos de comerciar la encontramos en Pomfret y Sourdin (2010). El argumento empleado en este trabajo es que la corrupción incrementa los costes de logística porque retrasa el tránsito de mercancías, además de influir negativamente en la generación de infraestructuras, lo que fomenta la acumulación de inventarios. Este impacto es especialmente perjudicial para los bienes intermedios, donde la incertidumbre en el aprovisionamiento implica pérdida de competitividad en la cadena global de generación de valor. En este sentido, los autores obtienen, utilizando una muestra desagregada sectorialmente de las importaciones australianas, que los países con menor corrupción (medida a través del CPI) tienen también menores costes de comerciar en los segmentos más dinámicos del comercio internacional. Además, esto es especialmente cierto para el transporte aéreo en relación al transporte marítimo.

La corrupción presenta facetas diferenciadas que pueden influir en el grado en que la misma va a afectar al comercio internacional. Este hecho es el que destacan Thede y Gustafson (2009). Los matices provienen del nivel de gravedad que presenta dicho comportamiento (si la corrupción es severa puede limitar o incluso impedir las transacciones), de su prevalencia (lo que incrementa los costes de búsqueda de un socio honesto), de su función (puede obstruir la competencia en el mercado) o de su predictibilidad (cuanto más predecible es, menores costes supone). Las estimaciones con ecuaciones de gravedad y datos del *World Business Environmental Survey* llevan a la conclusión de un efecto conjunto negativo. No obstante, los autores subrayan que los índices agregados pueden ocultar combinaciones diversas de las características apuntadas, lo que puede ser problemático a la hora de diseñar las políticas de corrección adecuadas.

Uno de los trabajos más influyentes en este ámbito es el de Dutt y Traça (2010). Estos autores matizan los análisis anteriores mediante la inclusión de los conceptos

---

<sup>5</sup> El argumento que se utiliza es que la competencia de las empresas extranjeras disminuye las rentas generadas por las empresas domésticas, reduciendo la recompensa del comportamiento corrupto de los empleados públicos.

de «extorsión» y «evasión». Se habla de extorsión cuando los sobornos en frontera se realizan para inducir al funcionario corrupto a que cumpla la legalidad y el producto pueda entrar en el mercado foráneo. Se habla de evasión cuando el soborno busca evitar la regulación en cuestión y que el bien traspase la frontera incumpliendo la legalidad. Los resultados de estos autores apuntan a que el efecto positivo de la corrupción sobre el comercio (evasión) superará al efecto negativo (extorsión) en aquellos mercados en los que los aranceles son relativamente elevados (por encima del 25 por 100). Un corolario razonable sería el que la corrupción favorece el comercio internacional en aquellos casos en los que los mercados de importación presentan barreras que superan un cierto umbral.

Análisis para países concretos o zonas específicas los encontramos en Zelekha y Sharabi (2012) para el caso particular de Israel; Masila y Sigue (2010), que se centran en 47 países africanos; Voraveeravong (2013) para los países del ASEAN y Akbarian, y Shirazi (2012) para una muestra de países de Oriente Medio y Latinoamérica. En los dos primeros casos el impacto de la corrupción en el comercio es negativo, estadísticamente significativo y de magnitud apreciable. Masila y Sigue (2010), además, resaltan el hecho de que la corrupción del país exportador tiene un impacto similar a la del país importador. Por su parte, Voraveeravong (2013) encuentra un efecto positivo de la corrupción sobre el comercio para la muestra de países escogida mientras que Akbarian y Shirazi (2012) encuentran una relación en forma de U invertida. Esto último implica que, para dichos países, un incremento de la corrupción desde niveles relativamente bajos incrementaría el comercio, mientras que el mismo fenómeno desde niveles relativamente altos lo reduciría.

Por otro lado, De Jong y Bogmans (2011) comparan el impacto de medidas específicas de corrupción en el ámbito del comercio internacional (sobornos en frontera) con el de medidas generales anteriormente comentadas. Asimismo, resaltan la importancia de distinguir si los países actúan como exportadores o como importadores. Sus resultados apuntan a que la corrupción en general reduce el comercio internacional pero que, sin embargo, los sobornos en las aduanas incrementan las importaciones.

Un aspecto que no se había tenido en cuenta en estos trabajos radica en considerar el impacto que las diferencias institucionales de los países ejercen sobre el comercio bilateral. Este aspecto se contempla en Horsewood y Voicu (2012). Estos autores argumentan que si la norma o costumbre en ambos países es el pago de un soborno para realizar una transacción internacional, esta tendrá lugar. No obstante, si esto no es así en alguno de los países, existirá una barrera cultural que impedirá el intercambio de bienes y servicios. Por tanto, a medida que se amplíen las diferencias institucionales entre los países, menor debería ser, *ceteris paribus*, el volumen de sus intercambios comerciales. Un efecto indirecto añadido resulta de la pérdida de reputación que puede experimentar una empresa radicada en un país con elevados estándares éticos cuando comercia con un país corrupto. Las estimaciones de estos autores confirman la premisa de que las diferencias en los niveles de corrupción reducen el comercio internacional.

En los estudios anteriormente expuestos se obvia el uso del Índice Estructural de Dreher y otros (2007), con una mejor base analítica que los índices basados en percepciones. Si bien se construye para un periodo de tiempo y un número de países más limitados que en el caso de los índices basados en percepciones, puede resultar interesante conocer si los resultados de las estimaciones con esta medida alternativa de la corrupción son o no similares a los obtenidos con las otras. Este ejercicio se lleva a cabo recientemente por Gil y otros (2017) que, además, analizan la influencia del grado de desarrollo de los países así como la pertenencia a un acuerdo regional de comercio en la relación entre corrupción y comercio internacional. Los resultados obtenidos para una amplia muestra tanto temporal como de países señalan un impacto positivo de la corrupción sobre el comercio internacional cuando se utiliza el Índice Estructural, no así cuando se utilizan los otros dos índices (CPI y CCI). No obstante, cuando la muestra se restringe para que en el par de países aparezca al menos un país de medio o bajo PIB per cápita también se observa este resultado con el índice CCI. Por otro lado, mayores diferencias en niveles de corrupción en el par de socios comerciales implican menor comercio (sobre todo para los países de elevada renta per cápita) cuando la medición se efectúa con el Índice Estructural, sin que se detecte un impacto significativo con el resto de índices. Por último, en términos generales cuando los socios comparten un acuerdo comercial, el impacto negativo de la corrupción se suaviza de forma considerable.

#### **4. Conclusiones**

El estudio del impacto que la corrupción en el ámbito público ejerce sobre los flujos comerciales internacionales se encuentra en sus inicios. La fuerte dependencia de algunos sectores productivos de la calidad institucional de sus países y la incertidumbre que genera en los negocios un débil entramado legal en la solución de las posibles disputas son argumentos que avalan el que los exportadores e importadores de los países corruptos puedan comerciar menos. Por otra parte, el hecho de que la existencia de individuos corruptos sirva como mecanismo de desregulación en países con elevadas barreras e instituciones débiles puede ser un factor que contribuya a que mayores niveles de corrupción se asocien con mayores volúmenes de comercio.

Los diversos trabajos se han basado en la estimación de ecuaciones de gravedad sobre muestras diversas de países y periodos temporales. En la mayoría de los casos se detecta un impacto negativo de la corrupción sobre el comercio internacional, si bien cuando las barreras comerciales son elevadas o alguno de los socios es de nivel de renta bajo o medio puede observarse un impacto positivo. En todo caso, la medición del nivel de corrupción general de un país es un tema sometido a debate, ya que los índices comúnmente utilizados y que se basan esencialmente en percepciones pueden presentar ciertos sesgos. De hecho, cuando las regresiones se hacen con una medición con mayor sustento teórico los resultados difieren de forma considerable, aunque las limitaciones temporales y en la muestra de países no permiten hacer una comparación directa.

## Referencias bibliográficas

- [1] ACEMOGLU, A. y VERDIER, T. (2000). «The choice between market failures and corruption». *American Economic Review*, 90, 194-211.
- [2] ACEMOGLU, A.; JOHNSON, S. y ROBINSON, J. A. (2001). «The colonial origins of comparative development: An empirical investigation». *American Economic Review*, 91, 1369-1401.
- [3] AGHION, P.; AKCIGIT, U.; CAGÈ, J. y KERR, W. R. (2015). «Taxation, Corruption, and Growth». *Harvard Business School Working Paper* 16-075.
- [4] AKBARIAN, R. y SHIRAZI, H. (2012). «The effect of corruption on trade volumes of selected countries in the Middle East and Latin America (2002-2008)». *Quarterly Journal of Quantitative Economics*, 8, 29-46.
- [5] ANDERSON, J. E. (1979). «A theoretical foundation to the gravity equation». *American Economic Review*, 69, 106-116.
- [6] ANDERSON, J. y MARCOUILLER, D. (2002). «Insecurity and the pattern of trade: An empirical investigation». *Review of Economics and Statistics*, 84, 342-352.
- [7] ANDERSON, J. E. y VAN WINCOOP, E. (2003). «Gravity with gravitas: A solution to the border puzzle». *American Economic Review*, 93, 170-192.
- [8] BAIER, S. L. y BERSTRAND, J. H. (2007). «Do free trade agreements actually increase members' international trade?». *Journal of International Economics*, 71, 72-95.
- [9] BANCO MUNDIAL (1997). «Helping countries combat corruption the role of the World Bank». *Poverty Reduction and Economic Management*. The World Bank, disponible en <http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/corruptn/corrptn.pdf>.
- [10] BAKSI, S.; BOSE, P. y PANDEY, M. (2009). «The impact of liberalization on bureaucratic corruption». *Journal of Economic Behaviour & Organization*, 72, 214-224.
- [11] BERGSTRAND, J. H. (1985). «The gravity equation in international trade: some micro-economic foundations and empirical evidence». *Review of Economics and Statistics*, 67, 474-481.
- [12] BERGSTRAND, J. H. (1989). «The generalised gravity equation, monopolistic competition, and the factor proportions theory in international trade». *Review of Economics and Statistics*, 71, 143-53.
- [13] DEARDOFF, A. V. (1998). «Determinants of bilateral trade: does gravity work in a neoclassic world?». En J. Frankel (ed.), *The Regionalization of the World Economy*, University of Chicago Press, Chicago.
- [14] DE JONG, E. y BOGMANS, C. (2011). «Does corruption discourage international trade?». *European Journal of Political Economy*, 27, 385-398.
- [15] DREHER, A. y GASSEBNER, M. (2013). «Greasing the wheels? The impact of regulations and corruption on firm entry». *Public Choice*, 155, 413-432.
- [16] DREHER, A.; KOTSOGIANNIS, C. y MCCORRISTON, S. (2007). «Corruption around the world: Evidence from a structural model». *Journal of Comparative Economics*, 35, 443-466.
- [17] DUTT, P. y TRÇA, D. (2010). «Corruption and bilateral trade flows: Extortion or Evasion?». *Review of Economics and Statistics*, 92, 843-860.
- [18] EGGER, P. (2002). «An econometric view on the estimation of gravity models and the calculation of trade potentials». *The World Economy*, 25, 297-312.

- [19] EGGER, P. y WINNER, H. (2005). «Evidence on corruption as an incentive for foreign direct investment». *European Journal of Political Economy*, 21, 932-952.
- [20] EVENETT, S. J. y KELLER, W. (2002). «On theories explaining the success of the gravity equation». *Journal of Political Economy*, 110, 281-316.
- [21] FMI (2016). «Corruption: Costs and mitigating strategies». *IMF Staff Discussion Notes*. Disponible en <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2016/sdn1605.pdf>.
- [22] GIL-PAREJA, S.; LLORCA-VIVERO, R.; MARTÍNEZ-SERRANO, J.A. (2008a). «Trade effects of monetary agreements: Evidence for OECD countries». *European Economic Review*, 52, 733-755.
- [23] GIL-PAREJA, S.; LLORCA-VIVERO, R. y MARTÍNEZ-SERRANO, J. A. (2008b). «Assessing the enlargement and deepening of the European Union», *The World Economy*, 31, 1253-1272.
- [24] GIL-PAREJA, S.; LLORCA-VIVERO, R. y MARTÍNEZ-SERRANO, J. A. (2017). «Corruption and international trade: A comprehensive analysis with gravity». *Working Papers in Applied Economics WPAE-2017-05*, Departamento de Estructura Económica, Universitat de València.
- [25] HALL, R. y JONES, C. I. (1999). «Why do some countries produce so much more output per worker than others?». *Quarterly Journal of Economics*, 114, 83-116.
- [26] HELPMAN, E.; MELITZ, M. y RUBINSTEIN, Y. (2008). «Estimating trade flows: trade partners and trade volumes». *Quarterly Journal of Economics*, 123, 441-487.
- [27] HORSEWOOD, N. y VOICU, A. M. (2012). «Does corruption hinder trade for the new EU members». *Economics*, 6, 1-28.
- [28] KLEIN, M. W. y SHAMBAUGH, J. C. (2006). «Fixed exchange rates and trade». *Journal of International Economics*, 70, 359-383.
- [29] KNACK, S. y AZFAR, O. (2003). «Trade intensity, country size and corruption», *Economics of Governance*, 4, 1-18.
- [30] LALOUNTAS, D. A.; MANOLAS, G. A. y VAVOURAS, I. S. (2011). «Corruption, globalization and development: How are these three phenomena related?». *Journal of Policy Modelling*, 33, 636-648.
- [31] LEVCHENKO, A. (2007). «Institutional quality and international trade». *Review of Economic Studies*, 74, 791-819.
- [32] MASILA, J. W. y SIGUE, S. P. (2010). «Corruption and International Trade: An empirical investigation of African countries». *The World Economy*, 33, 129-146.
- [33] MAURO, P. (1995). «Corruption and growth». *Quarterly Journal of Economics*, 110, 681-712.
- [34] MAURO, P. (1998). «Corruption and the composition of government expenditure». *Journal of Public Economics*, 69, 263-279.
- [35] PÖYHÖNEN, P. (1963). «A tentative model for the volume of trade between countries». *Weltwirtschaftliches Archiv.*, 90, 92-100.
- [36] POMFRET, R. y SOURDIN, P. (2010). «Why do trade costs vary?». *Review of World Economics*, 146, 709-730.
- [37] RODRICK, D.; SUBRAMANIAN, A. y TREBBI, F. (2004). «Institutions rule: The primacy of institutions over geography and integration in economic development». *Journal of Economic Growth*, 9, 131-165.
- [38] SANTOS SILVA, J. M. C. y TENREYRO, S. (2006). «The log of gravity». *The Review of Economics and Statistics*, 88, 641-658.

- [39] SANTOS SILVA, J. M. C. y TENREYRO, S. (2010). «On the existence of the maximum likelihood estimates in Poisson regression». *Economics Letters*, 107, 310-312.
- [40] TAVARES, S. C. (2007). «Do rapid political and trade liberalizations increase corruption?». *European Journal of Political Economy*, 23, 1053-1076.
- [41] THEDE, S y GUSTAFSON, N. (2009). «The multifaceted impact of corruption on international trade». *International Trade Working Papers*, Lund University.
- [42] TINBERGEN, J. (1962). *Shaping the World Economy*. Twentieth Century Fund, New York.
- [43] WEI, S. (2000). «How taxing is corruption on international investors». *Review of Economics and Statistics*, 82: 1-11.
- [44] VORAVEERAVONG, P. (2013), «Corruption impacts on bilateral trade between ASEAN countries during 2006 to 2011: Gravity model approach». *World Journal of Social Sciences*, 3, 27-44.
- [45] ZELEKHA, Y. y SHARABI, E. (2012). «Corruptions, institutions and trade». *Economics of Governance*, 13, 169-192.





## CUADERNOS ECONÓMICOS

### NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. *El objetivo de Cuadernos Económicos de ICE* es contribuir a la difusión y desarrollo de la investigación económica. La revista tiene dos secciones:
  - Monográficos temáticos: coordinados por un experto en la materia, se anuncian con antelación y están abiertos al envío de colaboraciones por cualquier autor.
  - Tribuna de Economía: publica artículos de cualquier área de Economía y se presta especial atención a los trabajos de autores jóvenes.
2. Todos los artículos publicados en Cuadernos Económicos de ICE, tanto en la sección monográfica como en la Tribuna de Economía, pasan por un proceso de evaluación anónima antes de ser aceptados para su publicación.  
Cuadernos Económicos solo aceptará trabajos originales no publicados previamente ni en proceso de evaluación en otra revista. No se aceptarán trabajos que sean simples traducciones de artículos ya publicados.  
Los artículos enviados a la revista pueden estar escritos en castellano o inglés.
3. Los trabajos remitidos a Cuadernos Económicos se enviarán por vía electrónica directamente al editor, indicando en el asunto «Cuadernos de ICE»:  
Editor: Javier Salinas ([javier.salinasj@uam.es](mailto:javier.salinasj@uam.es))
4. En la primera página del trabajo se hará constar el nombre del autor, en la forma en que desea que aparezca (uno o dos apellidos, apellidos unidos con guion, etc.), así como la filiación institucional y datos de contacto.
5. La extensión recomendable del trabajo es de 30 páginas a doble espacio y con tipo de letra de tamaño 12, incluyendo gráficos, cuadros y bibliografía. Todos los gráficos y cuadros deben llevar un número correlativo, un título y la fuente de los datos. Se insertarán en el lugar que ocupen dentro del texto, y se recomienda se envíen también los datos originales de los cuadros y gráficos (en formato Excel o similar) para facilitar las tareas de edición.
6. Los artículos deben incluir un resumen del contenido (en castellano e inglés) que no excederá de 100 palabras. Se acompañarán de varias palabras clave y códigos de la clasificación por materias del *Journal of Economic Literature* (JEL) <https://www.aeaweb.org/jel/guide/jel.php>.
7. Las citas de libros y artículos en el texto se deben indicar entre paréntesis con el apellido del autor y el año (Martínez, 1991). Al final del texto se mostrarán las notas bibliográficas. Las notas a pie de página irán integradas en el texto con las llamadas en el lugar correspondiente del mismo. Las referencias a siglas deben ir acompañadas, en la primera ocasión en que se citen, de su significado completo.

8. Cuadernos Económicos de ICE retiene todos los derechos de reproducción de los artículos editados aunque tiene como práctica habitual autorizar su reproducción siempre que se cite la publicación y se cuente con el permiso del autor. La autorización deberá solicitarse por escrito a la redacción de ICE.

Los artículos publicados están disponibles en [www.revistasICE.com](http://www.revistasICE.com).

### **Formato de las referencias bibliográficas**

Libros: (1) Apellidos e iniciales de los autores, (2) año de publicación. (3) título completo. (4) lugar de publicación: (5) nombre de la editorial.

Ej.: KEYNES, J. M. (1988). *Ensayos de persuasión*. Barcelona, Crítica.

Artículos: (1) Apellidos e iniciales de los autores, (2) año de publicación, (3) título completo del artículo entre comillas. (4) nombre de la revista (en cursiva), (5) número y/o volumen, (6) páginas.

Ej.: BLOCK, M. K.; NOLD, F. C. y SIDAK, J. G. (1981). «The deterrent effect of antitrust enforcement». *Journal of Political Economy*, 89, 429-445.

Otras fuentes: para citar documentos de trabajo o informes, debe indicarse claramente la institución que publica o edita el trabajo, la fecha y el lugar de la publicación.

Ej.: COMISIÓN NACIONAL DE LA ENERGÍA (2013). *Informe sobre el efecto del día de la semana en la determinación de los precios de los carburantes*, Madrid.

Páginas Web: Si se incluyen en las citas alguna referencia a páginas web donde se hayan obtenido documentos, se debe incluir la referencia completa de la dirección de internet y una indicación de la fecha de consulta.

Ej.: MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN (2005). «Estudio de adecuación de la oferta a la demanda de los aceites de oliva virgen y virgen extra envasados». Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA), Madrid. Recuperado en marzo 2015 de [http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/guia\\_05\\_tcm7-7868.pdf](http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializacion-y-distribucion-alimentaria/guia_05_tcm7-7868.pdf).

### **Orden de la lista de referencias bibliográficas:**

El criterio para ordenar las notas bibliográficas, tanto si se trata de trabajos de un solo autor o colectivos, es el siguiente:

- Primero los trabajos en los que el autor figura solo/a. Correlativos de año más antiguo al año más actual de publicación.
- Segundo, aquellos trabajos en los que el autor es el primero, pero firma con otros. Correlativos por fecha.
- Tercero, en caso de coincidencia exacta de autores y fechas, debe citarse cada trabajo añadiendo una letra a la fecha. Ejemplo: 2014a, 2014b, etc.

# CUADERNOS ECONÓMICOS DE INFORMACIÓN COMERCIAL ESPAÑOLA (CICE)

## SUSCRIPCIÓN ANUAL

CUADERNOS ECONÓMICOS DE INFORMACIÓN COMERCIAL ESPAÑOLA (2 números/año)			
	ESPAÑA 1 año	UNIÓN EUROPEA 1 año	RESTO DEL MUNDO 1 año
<b>SUSCRIPCIÓN</b>	30,00 €	40,00 €	40,00 €
Gastos de envío España	1,80 €	6,60 €	11,32 €
Más 4% de IVA Excepto Canarias, Ceuta y Melilla	1,27 €		
<b>TOTAL</b>	<b>33,07 €</b>	<b>46,60 €</b>	<b>51,32 €</b>

## EJEMPLARES SUELTOS

CUADERNOS ECONÓMICOS DE INFORMACIÓN COMERCIAL ESPAÑOLA)			
	ESPAÑA 1 ejemplar	UNIÓN EUROPEA 1 ejemplar	RESTO DEL MUNDO 1 ejemplar
<b>NÚMERO SUELTO</b>	18,00 €	23,00 €	23,00 €
Gastos de envío España	0,90 €	3,30 €	5,66 €
Más 4% de IVA Excepto Canarias, Ceuta y Melilla	0,76 €		
<b>TOTAL</b>	<b>19,66 €</b>	<b>26,30 €</b>	<b>28,66 €</b>

### Suscripciones y venta de ejemplares sueltos

Ministerio de Industria, Comercio y Turismo. Centro de Publicaciones  
Calle Panamá, 1. Planta 0, despacho 3

Teléfonos: 91 349 51 29 - 91 349 51 33 (venta de publicaciones)

91 349 43 35 (suscripciones)

Correo electrónico: [centropublicaciones@mincotur.es](mailto:centropublicaciones@mincotur.es)



MINISTERIO  
DE INDUSTRIA, COMERCIO  
Y TURISMO

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

SUBDIRECCIÓN GENERAL  
DE DESARROLLO NORMATIVO,  
INFORMES Y PUBLICACIONES  
CENTRO DE PUBLICACIONES

## EDITOR

**Javier Salinas Jiménez**

Universidad Autónoma de Madrid

## CONSEJO CIENTÍFICO

**Boldrin, M. B.** Washington University in Saint Louis

**Dolado, J. J.** U. Carlos III de Madrid

**Escribano, A.** U. Carlos III de Madrid

**Espinosa, M. P.** U. del País Vasco

**García, J.** U. Pompeu Fabra

**Gonzalo, J. U.** Carlos III de Madrid

**Gracia, M.** U. Complutense de Madrid

**Jones, A.** University of York

**Jiménez, S.** U. Pompeu Fabra

**Kehoe, T.** University of Minnesota

**Labeaga, J. M.** UNED

**Novalés, A.** U. Complutense de Madrid

**Ocaña, C.** U. Carlos III de Madrid

**Peracchi, F.** Università di Roma «Tor Vergata»

**Ricard, J. E.** IESE. U. de Navarra

## CONSEJO EDITORIAL

**Benítez-Silva, H.** Stony Brook University, N.Y.

**Felgueroso, F.** U. de Oviedo

**Herguera, I.** U. Complutense de Madrid

**Kujal, P.** U. Carlos III de Madrid

**Ladrón de Guevara, A.** U. Pompeu Fabra

**López, A.** U. Politécnica de Cartagena

**Mateos, X.** Southampton University

**Spadaro, A.** U. de les Illes Balears

## DIRECCIÓN EJECUTIVA:

**Inés Pérez-Durántez Bayona**

## JEFA DE REDACCIÓN

**M.<sup>a</sup> Rosario Sancho Tejero**

## EDICIÓN Y REDACCIÓN

Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

Secretaría de Estado de Comercio

Paseo de la Castellana, 162, planta 12. MADRID 28046

Teléfonos 91 349 46 66

## DISTRIBUCIÓN

Paseo de la Castellana, 162

Planta 9. MADRID 28046

Teléfonos 91 603 71 48/79 93

**distribucionpublicaciones@mineco.es**

*www.revistasice.com*

Publicación incluida en el programa editorial del suprimido Ministerio de Economía, Industria y Competitividad y editada por el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

Esta publicación se encuentra en las siguientes bases de datos bibliográficas:

*IBSS, ECONIS, RAS e ISOC. Sus índices de impacto aparecen en IN-RECS.*

Las opiniones manifestadas en los artículos publicados en este monográfico son responsabilidad exclusiva de los autores de los mismos.

Depósito legal: M-22392-1977

NIPO: 057-17-180-5

e-NIPO: 057-17-181-0

ISSN.: 0210-2633

e-ISSN.: 2340-9037

Maquetación: TexTec

Papel exterior: Estucado mate ecológico

Papel interior: Offset ecológico

Impresión: Centro de Impresión Digital y Diseño. Secretaría de Estado de Comercio

**Catálogo general de publicaciones oficiales**

**<http://publicacionesoficiales.boe.es>**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE INDUSTRIA, COMERCIO  
Y TURISMO



P.V.P.: 19,66 euros (I.V.A. incluido)