

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

Pregunta. El Global Health Leadership Forum (GHLF) tiene como objetivo mejorar la calidad del liderazgo en la atención sanitaria. ¿Cómo es posible, si se tiene en cuenta que las barreras a las que se enfrenta el progreso en este campo son sistémicas y a muy largo plazo?

Respuesta. Un programa que recupera la visión sistémica del sector salud, en su dimensión global, es la clave precisamente para afrontar los retos de la política sanitaria en el largo plazo. La creación de una red de ex alumnos, que tejen visiones de futuro desde los países emergentes (la mitad de los alumnos) con los del resto de países (con más tradición de aseguramiento sanitario y servicios nacionales de salud), genera oportunidades *win to win*.

P. ¿Diría que hace falta innovar en este terreno?

R. Ciertamente. Pecamos en general de endogámicos y de una perspectiva demasiado local. El valor añadido principal del programa es situar la política basada en la evidencia y el *know how* de la gestión en el eje de la formación y compartiendo experiencias. Los sistemas de integración asistencial que ha impulsado el director del capítulo en los Estados Unidos (Berkeley) son un referente en este sentido.

P. La sesión del GHLF de este año se celebra, además, en el marco de una salida a la crisis para muchos países. ¿Cómo diría que han salido los sistemas sanitarios de esta recesión a nivel mundial?

R. De momento intocados. El *postkeynesianismo* está justificando hasta el momento la acción pública anticíclica. En el plano internacional, el presidente de Estados Unidos, Barack Obama, ha añadido una cierta vuelta de tuerca para empezar a concretar parte de lo que fueron sus promesas electorales. Y el debate entre aseguramiento social (frente al pago directo) y las dificultades de recaudación fiscal para fundamentear un servicio sanitario público administrado en países menos desarrollados, cobra un nuevo plano de gran interés.

“El gasto es suficiente si se dirige correctamente”

Guillem López Casasnovas
Catedrático de la UPF y codirector del GHLF



Guillem López Casasnovas es codirector del Foro de Liderazgo Mundial de la Salud (GHLF, por sus siglas en inglés). Se celebrará en Barcelona entre el 18 y el 23 de julio.

P. El programa comienza con una comparativa a cargo suyo como director del capítulo español: Sistemas de Seguridad Social frente a Servicios Nacionales de Salud. ¿A qué conclusión llega? ¿Se puede decir que los sistemas están convergiendo?

R. Sin duda. Los sistemas de Seguridad Social están convergiendo, orientando sus servicios hacia los cribados de primaria (más copago en el caso del acceso directo al especialista). Los servi-

cios nacionales de salud, descentralizando responsabilidades a los proveedores y asumiendo mayores cotas de responsabilidad en la gestión clínica.

P. Independiente de cómo se organice, el gasto sanitario suele ser origen de tensiones presupuestarias. ¿Dónde deberían situarse las prioridades presupuestarias? ¿Existe alguna experiencia reseñable a nivel internacional?

R. Insisto en la riqueza de estudio que permite el análisis del caso

holandés. La estrategia intersectorial para la mejora de salud de algunos países menos desarrollados, con el apoyo de fundaciones y del Banco Mundial, merece también una atención creciente. Invertir en salud para mejorar el crecimiento y bienestar permite aristas de interés en todos los países.

P. “Gasto sanitario, ¿cuánto es suficiente?”, es otra pregunta interesante que estará a cargo de Lise Rochaix, alta comisionada del Senado francés para la priorización sanitaria. ¿Cuál es su opinión? ¿Existe la financiación perfecta, o un sistema ideal?

R. Sí, existe un sistema de financiación perfecta. Sin embargo, no es tanto un problema de definir su contenido como de trazar su operativa en el día a día. El gasto es siempre suficiente y sostenible si se dirige correctamente a las mejoras de salud bajo prueba de coste efectividad.

P. ¿Comparte la idea de que ‘a más presupuesto, más gasto’?

R. Sí, de ahí la importancia que la combinación de ingresos presupuestarios (impuestos precios y tasas públicas) se adecue a la mejor gestión del gasto.

P. Dentro del gasto sanitario, el farmacéutico suele estar siempre en el ojo del huracán de las medidas gubernamentales. ¿Hay mucha diferencia en la contención de costes para controlar las facturas farmacéuticas?

R. El medicamento se ha de considerar un *input* más en la cadena de valor añadido de la salud, integrado y evaluado en su aportación conjunta a la de otros elementos relevantes y con sustituibilidad en el gasto respecto de otros factores. Las contribuciones de los participantes invitados muestran en el programa algunas aplicaciones concretas en estrategias de compartición de riesgos.

La Subcomisión del Pacto también rechaza el copago

C. R.
Madrid

La Subcomisión de Estudio del Pacto por la Sanidad del Congreso encara sus últimos debates antes de presentar sus conclusiones. Y lo hará, en principio, en torno a 20 asuntos, aquellos que el presidente de la Comisión de Sanidad, Gaspar Llamazares, ha reunido en un documento como recomendaciones comunes de varios expertos. No es una lista cerrada, ya que los grupos pueden presentar modificaciones que incluyan nuevos temas.

Entre ellos, constan de especial relevancia los acuerdos alcanzados en el Interterritorial del 18 de marzo en materia de política farmacéutica y financiación adicional de la sanidad en un 1 por ciento del PIB (del 5,7 al 6,7 por ciento). A ello se suma el acuerdo alcanzado entre los consejeros y repetido por alguno de ellos en la Cámara Baja sobre destinar financiación a la sanidad de manera finalista a través del Fondo de Cohesión e impuestos sobre tabaco y alcohol. “También hay coincidencia, aunque sólo mayoritaria, en el rechazo del copago”, señala el documento de Llamazares.

Las medidas a discutir por la subcomisión también tendrán otro punto relevante en el gobierno del sistema. Entre las propuestas a debatir se encuentra la capacidad ejecutiva del Interterritorial o la creación de un órgano de consenso sólo de las comunidades autónomas en materia de competencias propias.

En materia de I+D, sólo hay una propuesta: la vuelta del Carlos III a Sanidad y la configuración de la I+D biomédica y epidemiológica como conjunto y en relación con el SNS.

Ilustres alumnos

Durante sus siete ediciones, en el GHLF han participado 180 representantes de 43 países, con altos cargos del sector público y privado. Ministros de Sanidad, representantes de organismos como el Banco Mundial o la OMS, directivos de hospitales, compañías de seguros, farmacéuticas y de equipamiento

médico, pasarán también este año por sus aulas. La cita, en Barcelona, del 18 al 23 de julio. El evento mantendrá el carácter reducido de los grupos, básico para un objetivo de aprendizaje que no sólo se fomenta con la interacción con expertos, sino también la discusión con actores de todo el sector sanitario.

La OMS y Unicef piden más I+D y ensayos en fármacos pediátricos

Londres. Existen medicamentos eficaces para muchas enfermedades pediátricas, pero es difícil localizar formulaciones adecuadas y nueve millones de niños mueren cada año por causas tratables. La OMS y Unicef publicarán una guía *online* con las 240 medicinas básicas que pueden salvar la vida de un niño. Junto a ella, ambas organizaciones han recordado a la industria farmacéutica que muchas enfermedades siguen huérfanas de tratamiento.

La participación profesional y la equidad, retos del sistema sanitario

Madrid. Que el SNS manifiesta diferencias en el acceso, la calidad y la eficiencia no sólo entre regiones, sino también entre áreas sanita-

rias y hospitales, es un hecho que profesionales y pacientes no han dejado de denunciar y que el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud —con la colaboración de Sespas— ha constatado en su último análisis “Sistemas sanitarios en transición”. La cohesión sigue siendo asunto pendiente, así como la evolución hacia un nuevo modelo centrado en el usuario, con más mecanismos de participación del profesional en la asignación de recursos.

El ‘mes 13’ se paga en Cantabria y se discute en Extremadura

Madrid. El Estado tendrá que devolver a Cantabria 7.412.616 euros, el gasto farmacéutico que el Insalud tuvo que pagar en la región en diciembre de 2001. Todas las comunidades que a principios de 2002 obtuvieron las transferencias hicieron la misma reclamación. Las que

han sido resueltas han dado la razón a las comunidades. Las que no, siguen generando debate. En este caso, en el Congreso. La semana pasada, el diputado popular Mariano Gallego Barrero reclamaba el dinero para Extremadura. El vicepresidente tercero, Manuel Chaves, le preguntó por qué no lo pagó el PP cuando estaba en el Gobierno.

Nuevas finalidades para el Fondo de Cohesión sanitaria

Madrid. El Ministerio de Sanidad y Política Social desligará del ámbito de la financiación del Fondo de Cohesión Sanitaria para dotarlo de especificidades. Siguiendo el acuerdo alcanzado en el Interterritorial, la ministra Trinidad Jiménez explicó en el Pleno del Senado que las comunidades y el ministerio reformarán conjuntamente esta herramienta para impulsar políticas de cohesión.