

## **Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project**

*Summary in Spanish*

---

### **Por un sistema sanitario eficaz: proyecto de salud de la OCDE**

*Resumen en español*

Los países de la OCDE tienen motivos para sentirse orgullosos de las mejoras conseguidas en los sistemas sanitarios. Un niño que haya nacido en un país de la OCDE durante el año 2000 tiene de media 9 años más de esperanza de vida que cualquiera que hubiera nacido en 1960. La mortalidad infantil es actualmente cinco veces menor. En las últimas cuatro décadas la mortalidad prematura, tomando como referencia los años de vida perdidos antes de los 70, se ha reducido a la mitad.

Aunque la expansión económica y el mayor rendimiento escolar han sentado los cimientos del aumento de salud de la población, las mejoras de la atención sanitaria también merecen un reconocimiento. El pasado reciente ha visto importantes avances en la prevención y tratamiento de enfermedades cardíacas, cáncer, derrames cerebrales y partos prematuros entre otros. Y con nuevos medicamentos, instrumentos e intervenciones podemos tratar las enfermedades mejor que antes. Por ejemplo, las nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas contribuyen a una recuperación más rápida y menos dolorosa de los pacientes, y los que antiguamente no eran candidatos de cirugía ahora pueden ser tratados.

En la mayoría de los países la cobertura sanitaria universal (de financiación pública o privada) no sólo ofrece la seguridad de poder afrontar los costes de una enfermedad grave, sino que además fomenta el acceso a tratamientos vanguardistas y a servicios preventivos. En 2001, más de dos tercios de los países de la OCDE han alcanzado porcentajes superiores al 90% de inmunización de niños contra el sarampión, frente a tan sólo un tercio de los países hace diez años. Como consecuencia directa de esta evolución de los sistemas de salud y de la atención sanitaria, las personas viven más y con mejor salud.

Pero, como es natural, estos logros no son gratuitos. Los datos más recientes muestran que el gasto sanitario supone más del 8% del PIB de media en el área de la OCDE, y más del 10% en Estados Unidos, Suiza y Alemania. Hay que comparar estas cifras con las de 1970, año en que el gasto sanitario representaba una media del 5% del PIB en los países de la OCDE. Muchas de estas mejoras se pueden atribuir al progreso en la medicina y al

aumento simultáneo de las expectativas de la atención sanitaria. En otras palabras, los avances tecnológicos indican que podemos hacer mucho más, por lo que podemos esperar más, pero también tenemos que pagar más.

El aumento del gasto no tiene que ser necesariamente un problema, especialmente si los beneficios añadidos exceden los costes extraordinarios. Pero, como tres cuartas partes del gasto sanitario de la OCDE provienen de fondos públicos, los presupuestos gubernamentales se resienten del pellizco. Incluso en Estados Unidos, donde el sector privado desempeña una función inusualmente importante en la financiación, el gasto público en salud supone el 6% del PIB, comparable a lo que gasta la media de los países de la OCDE.

El problema es que las presiones hacia el aumento del gasto no amainan, reflejando los continuos avances de la atención sanitaria y el aumento de la demanda por parte de la población que envejece. Al mismo tiempo disminuirá el porcentaje de población activa, con la consiguiente presión añadida sobre las finanzas públicas.

A pesar de que los países ricos suelen gastar más en salud, todavía hay grandes diferencias de gasto entre países con rentas comparables. Y, lo que es más importante, los sistemas que más gastan no son necesariamente los que mejor funcionan.

Dejando a un lado los problemas de costes y financiación, la población es cada vez más consciente de que abundan las oportunidades para seguir mejorando los sistemas de salud. Los políticos de los países de la OCDE se enfrentan a una demanda importante y creciente para que los sistemas sean más sensibles a los consumidores y a los pacientes que sirven, mejorando la calidad de la atención y resolviendo el problema de las diferencias de salud y de acceso a los servicios. ¿Es posible mejorar sin que aumente la presión de costes?

El modelo, la cantidad y los tipos de recursos usados por cada sistema sanitario son diferentes. Igualmente difieren los resultados obtenidos en la salud y otros resultados. Pero, los políticos del sector comparten objetivos comunes y pueden aprender de la experiencia de los demás, como, por ejemplo, qué es lo que funciona (y qué no funciona) cuando se introducen cambios en el sistema para que funcione mejor. El proyecto de salud de la OCDE de tres años de vigencia ha tratado de aportar una base de hechos probados y una guía que los políticos puedan adaptar en base a sus propias circunstancias nacionales para mejorar sus sistemas de salud.

## **Atención sanitaria de alta calidad y prevención**

Las grandes diferencias de unos países a otros en cuanto a esperanza de vida y otros indicadores de salud sugieren que para muchos países, si no para todos, es posible seguir avanzando. La magnitud de las diferencias lleva al planteamiento de ciertas preguntas y también a que surjan expectativas. Así, por ejemplo, ¿porqué en 1999 Suecia y Japón tuvieron unas tasas de mortalidad infantil de tan sólo 3,4 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que Nueva Zelanda y Estados Unidos superaron el doble de esta cifra (7,2 y 7,7 respectivamente)? ¿Porqué las mujeres de 65 años de Irlanda o Polonia tuvieron una esperanza de vida inferior a 18 años en 2000, mientras que las mujeres de Japón, Suiza y Francia podían esperar vivir tres o cuatro años más?

Existen asimismo grandes diferencias de salud entre diferentes grupos demográficos dentro de un mismo país, lo que en parte se puede deber a barreras al acceso a los servicios necesarios, afectando desproporcionadamente a la población desfavorecida.

Es importante estar al tanto de las oportunidades para mejorar la salud mediante herramientas que vayan más allá del ámbito tradicional de los políticos del sector. Así, por ejemplo, teniendo en cuenta el efecto de las lesiones y enfermedades en las que intervienen el medio y factores de riesgo, mejorar la salud también significa abordar cuestiones como violencia, prevención de accidentes y seguridad laboral, cumplimiento del código de circulación, y consumo de drogas, alcohol y tabaco.

Además, los sistemas que se centran en curar enfermedades pueden pasar por alto oportunidades de prevenir éstas y futuras discapacidades. De hecho, tan sólo 5 céntimos de cada dólar que se gasta en atención sanitaria se destinan a iniciativas pensadas para mantener la salud. Y, sin embargo, la salud ha mejorado gracias a medidas preventivas como campañas públicas de concienciación, normativas e imposición fiscal (como el tabaco, por ejemplo). Llama la atención la notable reducción del número de fumadores en la mayoría de los países de la OCDE desde la década de 1960, con el resultado de una menor incidencia de cáncer de pulmón. Pero, han surgido nuevos peligros, entre los que destaca el espectacular aumento de la obesidad. La obesidad aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, desde diabetes a demencia, por lo que el rápido aumento del número de adultos obesos augura problemas de salud en los próximos años. Es altamente recomendable prestar más atención a las estrategias de prevención si se tiene en cuenta la dificultad que supone el tratamiento de la obesidad.

Uno de los hechos más destacables de la atención sanitaria en la última década ha sido la concienciación de la sociedad respecto a problemas de calidad. De hecho, en todos los países de la OCDE se dispone de un importante y creciente cúmulo de pruebas sobre serias deficiencias de calidad que han dado como resultado muertes y discapacidades innecesarias y problemas de salud, sumándose todo ello a los costes. Los problemas son de tres tipos. En primer lugar, algunos servicios se ofrecen cuando no se debería, según estándares de evidencias médicas. Los estudios de cirugía electiva como injertos de *bypass* de arteria coronaria revelan que una importante minoría de operaciones se produce en pacientes que no son candidatos adecuados. Ello implica una exposición innecesaria a riesgos de salud y el derroche de recursos. Un segundo tipo de problema de calidad es que los pacientes que se podrían beneficiar de ciertos servicios básicos, no siempre los obtienen. Así, las medicinas para controlar la hipertensión no siempre se prescriben cuando se debería, produciendo resultados inferiores y mayores costes a largo plazo. La aspirina no se prescribe con la necesaria frecuencia a pacientes que han sufrido ataque cardíaco, a pesar de que se trata de una forma económica y efectiva de reducir el riesgo de un nuevo ataque. Un tercer tipo de problemas surge de la atención que se ofrece de forma técnicamente deficiente o errónea. En este sentido se podría hablar de intervenciones quirúrgicas equivocadas y errores de administración de medicamentos.

Las diferencias entre países en los resultados después de enfermedades como derrames cerebrales, ataques cardíacos y cáncer de mama se podrían explicar por la intensidad de los tratamientos, la calidad técnica de la atención, su organización y coordinación y las influencias ajenas al sistema sanitario. Para estudiar todo ello se necesitan más datos sobre posibles factores explicativos como la prevención y la clasificación.

Muchos países de la OCDE han empezado a llevar el seguimiento de indicadores de calidad, a menudo para realizar análisis comparativos en el contexto del esfuerzo por registrar y mejorar el funcionamiento del sistema. En la mayoría de los países la atención se ha centrado en primer lugar en la calidad de la atención hospitalaria, pero ya están en camino iniciativas para evaluar otras cuestiones de salud y la atención a largo plazo. Este esfuerzo se puede respaldar con herramientas como directrices de prácticas clínicas y normas de funcionamiento que fomenten la práctica de una medicina basada en evidencias.

La mejora de sistemas para el registro y seguimiento de datos del paciente, de la salud y de la atención sanitaria son fundamentales para avanzar en la mejora de la calidad. Los registros médicos, las prescripciones y los informes en papel no contribuyen a la exactitud, al acceso ni al uso compartido de la información. Los sistemas de información automatizados han influido positivamente en la calidad y los costes de la atención sanitaria allí donde se han implantado. Por ejemplo, los hospitales de Australia y Estados Unidos que han informatizado los pedidos de medicamentos han conseguido una importante reducción de errores en la medicación y de las consiguientes lesiones en los pacientes, con una mejora tangible de la calidad y una disminución del tiempo de hospitalización.

Médicos y hospitales tienen que recibir incentivos para asumir el coste de la informatización y dar otros pasos encaminados a mejorar la calidad de la atención. Los incentivos económicos y administrativos actuales a veces llevan a los servicios a no hacer lo mejor. En algunos países, por ejemplo, se ordenan un buen número de pruebas innecesarias e inadecuadas debido a las medidas que establecen los sistemas de seguros de responsabilidad civil ante errores médicos. La corrección de tales medidas (y sustituirlas por otras que recompensen la práctica de una medicina basada en evidencias) es fundamental para fomentar una atención de primera calidad.

## **Atención sanitaria accesible**

En varios países de la OCDE ha sonado la voz de alarma en cuanto a que se puede estar aminorando una brecha entre la demanda y los servicios prestados por médicos y enfermeros. De hecho ya se han constatado deficiencias en varios países. A pesar del aumento de la demanda de servicios, se prevé una reducción de éstos, o, en el mejor de los casos, un crecimiento lento (sin existir contramedidas) como resultado de tendencias sociales de disminución de horas de trabajo y de jubilación anticipada, plantilla médica que envejece y menos interés por la profesión de enfermería frente a otras profesiones.

Algunos países ya están tratando de aumentar el número y la productividad de sus plantillas de médicos y enfermeros. Para tener más médicos se han aplicado con mayor o menor éxito estrategias de formación, retención y contratación de personal extranjero. Aunque aumentar el número de enfermeros resulta difícil, todavía se puede experimentar con planteamientos como aumentar los salarios, mejorar sus condiciones de trabajo y la calidad de los programas de enseñanza y formación.

A pesar de estar sobradamente demostrada la efectividad de una cobertura completa de servicios básicos, minimizando barreras financieras y otras barreras de acceso para fomentar un uso igualitario de los servicios, en algunos países todavía existen

desigualdades. Dichas desigualdades se deben a factores como los gastos que suponen para usuarios de bajos ingresos, diferencias de coberturas del seguro entre unos ciudadanos y otros, etc. La consecuencia puede ser una salud deficiente, que alimenta a su vez el aislamiento económico y la exclusión social. Otros tipos de desigualdad, como las diferencias de listas de espera, pueden ser consecuencia de políticas destinadas a fomentar un amplio abanico de opciones para el consumidor.

Limitar los cambios a la política sanitaria puede ser insuficiente para acabar con las desigualdades de salud en algunos grupos desfavorecidos, dado que tales diferencias son síntomas de problemas como pobreza y exclusión social. No obstante, la experiencia nos muestra que las intervenciones políticas pueden mitigar las desigualdades de acceso en función de los ingresos, aunque resulte costoso. En Francia, por ejemplo, la introducción de cobertura con financiación pública para los pobres ha reducido considerablemente el favoritismo de los ricos en el uso de especialistas.

Los avances médicos contribuyen a mejorar la atención al paciente y los resultados sanitarios, pero también pueden aumentar los costes totales. La frecuente incertidumbre en cuanto a costes y beneficios supone un dilema para los responsables políticos. La forma de adoptar decisiones y pagar nuevas tecnologías relacionadas con la salud difiere enormemente de un país a otro, lo que a su vez afecta a su difusión. Algunas tecnologías emergentes, como las terapias genéticas, plantean problemas éticos que pueden dificultar aún más la toma de decisiones. La aprobación de tecnologías prometedoras con la condición de seguirlas estudiando, la evaluación rigurosa de tecnologías y la transparencia en la toma de decisiones pueden ayudar a sobrellevar la incertidumbre.

## **Sistemas sensibles ante pacientes y consumidores de la atención sanitaria**

Los sistemas sanitarios pueden hacer más para satisfacer las expectativas y preferencias de pacientes y consumidores de la atención sanitaria. En los estudios de la OCDE se han observado políticas que reducen las listas de espera para cirugía electiva y que han mejorado la atención a largo plazo, dos fuentes importantes de descontento en los países de la organización. Además, el hecho de ofrecer la posibilidad de elección puede tener como resultado un sistema sanitario más sensible.

Como mínimo en una docena de países se han visto unas listas de espera excesivas para cirugía electiva. Los tiempos de espera moderados no parecen tener efectos negativos en la salud, pero sí afectan a la calidad de vida, aparte de que los que esperan con molestias son menos productivos en el trabajo.

Los países que desean reducir los tiempos de espera tienen que aumentar por lo general la capacidad o la productividad de sus sistemas de atención sanitaria. Los costes aumentarán probablemente, dado que los países que tienen largas listas de espera suelen gastar menos en la salud y tener menos camas hospitalarias para cuidados intensivos. Suelen, además, no pagar a los médicos en función de sus servicios ni a los hospitales en función de las bajas, algo que estimula la productividad. Y los tiempos de espera suelen ser mayores en los países con menos médicos por habitante.

A pesar de todo, si se consideran adecuados los servicios de cirugía, los tiempos de espera se pueden reducir asegurándose de no poner a los pacientes en listas, a no ser que (o hasta que) su necesidad exceda un umbral, garantizando a los que más lo necesitan un servicio a tiempo.

Algunos países están experimentando políticas para ofrecer más posibilidades de servicios a largo plazo y ayudar a los pacientes a conseguir atención domiciliaria en lugar de en una institución, siempre que sea posible. Otros ofrecen fondos para que se gasten en cuidados de este tipo en lugar de pagar la cobertura de servicios, y tales fondos se pueden usar en la mayoría de los casos para ayudar al cuidado familiar. Ello exige más flexibilidad y control en los servicios recibidos y reduce el sentimiento de dependencia. No obstante, las políticas de gasto dirigidas al consumidor pueden resultar más caras que los planteamientos tradicionales.

La disponibilidad de opciones de financiación pública o privada puede ampliar en sí y por sí misma la posibilidad de elección por parte del consumidor. Además, un sistema sanitario en el que varias aseguradoras tengan la libertad de innovar puede evolucionar a la par que las preferencias del consumidor. Pero, al igual que otras ventajas, la posibilidad de elegir tiene un coste. Si se comparan con sistemas con un solo pagador de servicios sanitarios o un sistema integrado de financiación y servicios, los sistemas de varios pagadores pueden aumentar la presión del gasto y dificultar la igualdad de acceso y financiación.

## **Costes y financiación sostenibles**

Los sistemas que se basan en las contribuciones de la población activa para su financiación van a verse presionados de forma especial por el envejecimiento demográfico y por la caída de población activa. Si se usan los ingresos de los impuestos generales para financiar la ampliación de los servicios sanitarios, aumentará la carga del contribuyente o se verán perjudicados otros servicios y programas de financiación pública. Puede que para mitigar la futura presión de la financiación pública se pida al ciudadano una mayor contribución para pagar su propia atención sanitaria.

La participación en los costes por parte de los usuarios puede reducir la carga en los sistemas de financiación pública. Pero, no es probable que el ahorro sea importante, especialmente si se tiene en cuenta que los grupos más vulnerables tienen que quedar eximidos para evitar restricciones al acceso que podrían resultar costosas a largo plazo. Tales exenciones imponen costes administrativos. Aparte de esto existe el riesgo de que el consumidor escatime los servicios preventivos y los tratamientos adecuados si no recibe incentivos para no hacerlo. Los seguros privados complementarios pueden ayudar a asegurar el acceso a la atención cuando la contribución es demasiado alta. Pero también puede hacer subir la demanda del consumidor y los costes generales.

Los seguros de salud privados pueden compensar algunos costes que de lo contrario saldrían de las arcas públicas. Sin embargo, a veces se necesitan subvenciones para estimular la contratación de seguros y pueden ser necesarias otras intervenciones para fomentar el uso de servicios privados por parte de aquellos que tienen cobertura pública y que también tienen seguros privados. Incluso en los países en los que una buena parte de la población tiene seguros privados, éstos suelen representar un porcentaje relativamente bajo del gasto total en salud, dado que a menudo se centra en riesgos menores más que en casos y tratamientos más costosos.

Las primas de seguros privados son una fuente regresiva de financiación frente a los impuestos sobre la renta o las contribuciones a la seguridad social. Cuando la cuantía de

las primas refleja el estado de salud, éstas pueden ser tan regresivas como varios desembolsos, pero sin ofrecer al individuo los medios para hacer frente a riesgos de salud ni evitar gastos drásticos. El esfuerzo de los gobiernos por fomentar el acceso a seguros privados mediante restricciones en la selección de riesgos o mediante subvenciones podría mejorar la igualdad de los mercados privados, tanto en cuanto a financiación como en cuanto al acceso, pero siempre con un coste.

Allí donde las aseguradoras privadas desempeñan una función en la financiación de la sanidad, los políticos deberían elaborar con cuidado normativas o incentivos fiscales para asegurarse de que se cumplen los objetivos políticos. De lo contrario, las aseguradoras privadas podrían dejar de fomentar la cobertura para personas con enfermedades crónicas y otras personas de alto riesgo, al igual que para personas con bajos ingresos. Otras intervenciones como la normalización de los productos asegurados u otros para ayudar al consumidor a entender los costes y beneficios del seguro podrían aumentar el potencial de las aseguradoras privadas y conseguir una contribución positiva para el funcionamiento del sistema sanitario.

Las personas necesitan protección frente al riesgo de afrontar grandes gastos por cuidados a largo plazo, por enfermedades graves o por discapacidad. Existen diversos planteamientos que podrían funcionar, tales como el seguro público obligatorio (Luxemburgo, Holanda y Japón), una combinación de seguro obligatorio público y privado (Alemania), complementos para el cuidado financiados por impuestos (Austria) y servicios en especie financiados por impuestos (Suecia y Noruega). El mercado de seguros de atención sanitaria a largo plazo es todavía pequeño, pero podría ampliarse con las políticas adecuadas.

Los países han ralentizado el crecimiento del gasto combinando controles presupuestarios y administrativos en pagos, precios y prestación de servicios. A pesar de la dificultad técnica de emplear sistemas de pago complejos, existe gran número de ejemplos de sistemas prósperos (sistemas de pago en función de bajas para los hospitales) que pueden potenciar la productividad sin que vaya en detrimento de los resultados. Por otra parte, los sistemas que mantienen artificialmente bajos los salarios y precios del sector sanitario corren el riesgo de perder calidad, tener dificultades de contratación y retención de personal sanitario o tener deficiencias en la prestación de servicios y productos médicos innovadores.

## **Relación calidad precio en los sistemas sanitarios**

Por último, una mayor eficiencia podría ser la única forma de conciliar el aumento de la demanda de atención sanitaria con las restricciones de financiación pública. Los datos de los países sugieren que todavía queda margen para mejorar la relación calidad precio de los sistemas de salud. Ello se debe a que el sector sanitario se caracteriza generalmente por fracasos del mercado y un fuerte intervencionismo público, pudiendo generar ambos un exceso o mala asignación del gasto. La consecuencia es el derroche de recursos y la pérdida de oportunidades para mejorar la salud. En otras palabras, para obtener un mejor resultado es fundamental cambiar la forma de gastar los fondos en lugar de recortar costes.

El modelo de pago en la OCDE a hospitales, médicos y otros prestatarios ha dejado de ser el reintegro de costes (que fomenta la ineficiencia) para adoptarse los pagos según actividad que recompensan la productividad. Pero, estos sistemas también incurren en riesgos, como potenciar un volumen de servicios demasiado elevado en algunas zonas y de bajo beneficio marginal. Pueden minusvalorar servicios preventivos y tratamientos que reduzcan la necesidad de costosas intervenciones en el futuro. Mucho mejores serían los métodos de pago que ofrezcan incentivos para prestar los servicios adecuados en el momento preciso y que recompensen a los prestatarios y a las organizaciones que contribuyan a alcanzar objetivos de rendimiento como unos mejores resultados sanitarios. Algunos pagadores públicos y privados están dando los primeros pasos para aumentar los incentivos de pago mediante primas destinadas a los servicios que cumplan ciertos estándares de calidad, por ejemplo.

En los sistemas en los que la financiación y los servicios son de responsabilidad pública, generalmente ha demostrado su efectividad el esfuerzo por distinguir las funciones de los pagadores y los servicios de atención sanitaria, además de dejar que el mercado funcione y sea eficiente gracias a la competencia. En los sistemas de cualquier tipo el cambio de responsabilidad en la gestión o administración de la atención sanitaria puede asimismo reducir el derroche y aumentar la productividad. Por ejemplo, ciertos enfermeros cualificados podrían realizar determinadas tareas que también realizan los médicos, siempre que sea seguro y adecuado.

Los enfermeros o médicos generalistas podrían realizar la clasificación de pacientes, evaluando la necesidad de tratamientos y dirigiendo a los pacientes al especialista más adecuado. Los pacientes pueden recibir información de costes, riesgos y resultados esperados a través de Internet. Sin embargo, una mejor información podría atenuar o aumentar la demanda. Para potenciar la calidad se podrían emplear requisitos de distribución de costes con el paciente de una forma más discriminada, dejando a los pacientes que se beneficien económicamente al elegir tratamientos con una mejor relación calidad precio.

En teoría, los sistemas con seguros que compiten entre sí (sean privados o públicos) deberían fomentar un sistema de salud más eficiente. En la práctica resulta difícil establecer una competencia basada en la relación calidad precio entre seguros, dado que los competidores suelen tratar de atraer a los individuos más sanos, que son los más baratos de asegurar. Las medidas políticas como prohibir la discriminación en la contratación e implantar un sistema de compensación de riesgo en función de la experiencia entre aseguradoras podrían contrarrestar esta situación, pero estas mismas medidas restan incentivos a las aseguradoras para gestionar los costes.

Los instrumentos burdos para contener costes pueden centrarse en los efectos de costes a corto plazo, no teniendo en cuenta posibilidades para mejorar la calidad a largo plazo mediante inversiones en nuevas tecnologías relacionadas con la salud. La gestión de la tecnología en función de la calidad puede implicar el uso de programas de evaluación y de mecanismos como contratos que especifiquen una relación calidad precio entre comprador y productor, que tenga en cuenta los efectos de una nueva tecnología en la evolución del paciente y en los costes.



## En vías de un mejor funcionamiento del sistema sanitario

Los políticos del sector sanitario de los países de la OCDE saben ahora algo acerca de cuáles son las herramientas y los planteamientos que se pueden emplear para alcanzar muchos objetivos políticos clave, como controlar el crecimiento del gasto público, asegurar un acceso igualitario a la atención sanitaria, mejorar la salud y prevenir las enfermedades, y establecer una financiación equitativa y sostenible para los servicios sanitarios y de atención a largo plazo. Estas herramientas y planteamientos se han usado, con diferentes grados de éxito, en las reformas realizadas en las décadas pasadas, aportando un cúmulo de experiencias tanto en cuanto a éxitos como a fracasos. De cara al futuro es importante aprender del esfuerzo pasado para mejorar y anticiparse a muchos obstáculos importantes para conseguir el cambio.

La política sanitaria implica equilibrar minuciosamente los sacrificios, reflejando el peso asignado a una serie de objetivos importantes y un alto grado de incertidumbre. El objetivo último, por supuesto, es una buena salud de la población, pero mejorar la salud no es la única consideración. Las decisiones sobre política sanitaria pueden tener importantes consecuencias económicas, dado que el sector sanitario es fuerte y un componente importante de las economías de los países de la OCDE, que ofrece cuantiosos puestos de trabajo y constituye una industria rentable. Incluso cuando se toman decisiones drásticas, cambiar los sistemas para mejorar el funcionamiento nunca es fácil, pues el éxito puede verse afectado por la voluntad de diferentes partes interesadas en adoptar las reformas propuestas. Teniendo en cuenta la velocidad a la que evoluciona la medicina y los objetivos de la atención sanitaria, la reforma de estos sistemas es necesariamente un proceso continuo y repetitivo; existen pocas soluciones excepcionales o inmediatas.

Los trabajos recientes de la OCDE han llenado ciertos vacíos de conocimientos. Pero sigue quedando sin contestar un buen número de importantes cuestiones políticas. Las más urgentes son: ¿Cómo se pueden fomentar los continuos avances médicos y asegurarse el acceso a tiempo administrando a la vez los recursos públicos de forma responsable? ¿Cómo se puede llevar la innovación por los caminos más adecuados a las necesidades y prioridades sanitarias? ¿Cuál es la mejor forma de asegurar un buen servicio de trabajadores de la sanidad para el futuro? ¿Cómo se podrían compaginar mejor los intereses económicos de los servicios sanitarios con los objetivos de una atención con buena relación calidad precio? ¿Cómo se pueden emplear mejor las fuerzas de un mercado competitivo para aumentar la eficiencia de los sistemas de salud? ¿Qué planteamientos de responsabilidad de la profesión médica pueden disuadir mejor de negligencias, compensar a las víctimas y animar al uso apropiado de los servicios?

La relación calidad precio es un objetivo cambiante. Aumentar la calidad requiere experimentación y medir en serio el rendimiento mediante indicadores procesables y concretos. Los análisis comparativos dentro de cada país y entre países y compartir la información puede resultar útil. La mutua observación es fundamental para revelar prácticas efectivas y las circunstancias en las que funcionan. El trabajo que resta por hacer en el ámbito internacional será, agrupando experiencias, pruebas y nuevas ideas, ayudar a los políticos a solucionar los problemas a los que se enfrentan.

© OCDE 2004

El presente resumen no es una traducción oficial de la OCDE.

Se autoriza la reproducción del presente resumen, siempre y cuando se mencionen la nota de copyright de la OCDE y el título de la publicación original arriba indicado

**Los resúmenes multilingües son traducciones de extractos de publicaciones de la OCDE publicados originalmente en inglés y en francés.**

**Se pueden obtener en línea de forma gratuita en el OECD bookshop**  
[www.oecd.org/bookshop/](http://www.oecd.org/bookshop/)

Si desea más información, póngase en contacto con la unidad de Derechos y Traducción de la Dirección de Relaciones Públicas y Comunicaciones OECD.

[rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org)

Fax: +33 (0)1 45 24 13 91

OECD Rights and Translation unit (PAC)  
2 rue André-Pascal  
75116 Paris  
Francia

Visite nuestro sitio web [www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

