INESME

Instituto de Estudios Médico Científicos

Informes

Madrid/marzo/09

Informe INESME

Sistemas sanitarios en Europa y análisis comparativo de criterios de accesibilidad a diagnósticos y tratamientos innovadores en Oncología

Este *Informe* ha sido elaborado por el Instituto de Estudios Médico Científicos (**INESME**) en colaboración con la Sociedad Española de Oncología Médica (**SEOM**), coordinado y dirigido por **José Mª Martín Moreno**, Dr. en Medicina y Cirugía y Dr. en Epidemiología y Salud Pública, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Médico Responsable de la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario, Universitat de València.

INESME
INSTITUTO DE ESTUDIOS MEDICO CIENTIFICOS

Informe INESME

Sistemas sanitarios en Europa y análisis comparativo de criterios de accesibilidad a diagnósticos y tratamientos innovadores en Oncología

Este *Informe* ha sido elaborado por el Instituto de Estudios Médico Científicos (**INESME**) en colaboración con la Sociedad Española de Oncología Médica (**SEOM**), coordinado y dirigido por

José Mª Martín Moreno,
Dr. en Medicina y Cirugía y Dr. en Epidemiología y Salud Pública, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Médico Responsable de la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario, Universitat de València

con la colaboración del equipo de investigación de Epidemiología, Salud Pública y Medicina (EPISPMED)

Eva María García López,
Lda. en Química y Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria

Inmaculada Ballesteros García,
Lda. en Farmacia y Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria

Meggan Harris,
Graduada en Filología Inglesa

Lydia Gorgojo Jiménez,
Dra. en Medicina y especialista en Oncología Radioterápica

INESME
INSTITUTO DE ESTUDIOS MEDICO CIENTIFICOS

ISSN: 1889-0512
Depósito Legal: M-12413-2009

Prólogo

El derecho a la salud como derecho básico forma parte de los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad sobre los que se fundamenta la Unión Europea. En este sentido, en 2006, los 25 ministros de Sanidad de la Unión Europea suscribieron una declaración sobre valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de Europa. En la misma, se ponía de manifiesto que los valores esenciales de universalidad, acceso a una atención sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad, ampliamente aceptados en los trabajos de las diferentes Instituciones de la UE, constituyen globalmente un conjunto de valores compartidos en toda Europa.

No obstante, en la actualidad, existen algunos hechos o circunstancias que son un obstáculo para que se realice una asistencia sanitaria de calidad. Entre estos obstáculos, destacan las medidas de contención del gasto público llevadas a cabo por cada país, que repercuten de forma negativa sobre el gasto social y se concretan en el denominado *management care*, y factores sociodemográficos, como el envejecimiento de la población, las nuevas estructuras familiares, la incorporación de la mujer al trabajo, la llegada de inmigrantes, sobre todo en los países del sur de Europa, etc.

Estos factores y la materialización concreta de los sistemas sanitarios autóctonos son la base de que, en la práctica, los valores esenciales de universalidad, acceso a una atención sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad no se cumplan. En el área concreta de la Oncología, la falta, aunque parcial, de cumplimiento de estos valores es específicamente crucial en la falta de igualdad respecto a la supervivencia y calidad de vida los pacientes, debido tanto a la gravedad de las enfermedades oncológicas como a los avances médico-científicos que se han ido consiguiendo en los últimos años.

El presente Informe, elaborado por el Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME) en colaboración con la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), y bajo la excelente coordinación y dirección del profesor José Mª Martín Moreno, ha tenido como fines principales objetivar la diversidad y tipología de sistemas sanitarios en los estados miembros de la Unión Europea, describir patrones y diferencias al comparar criterios para la toma de decisiones sobre nuevas tecnologías y tratamientos en Oncología, e indagar acerca de la opinión que tienen los pacientes sobre el acceso actual a soluciones diagnósticas y terapéuticas en sus respectivos países. Con ello, se ha pretendido identificar las virtudes de los sistemas con mejores resultados, de forma que se puedan formular iniciativas que aseguren la mejor atención diagnóstica y terapéutica de los pacientes que sufren cáncer.

A este respecto, el tiempo está demostrando que "eficiencia" no siempre es sinónimo de "ahorro" y que gastar de manera eficiente no necesariamente significa gastar menos, aunque sí debería significar gastar mejor. A ello hay que añadir la necesidad de que pacientes y profesionales de la oncología, que piensan que hay limitaciones en el acceso a tratamientos innovadores, estén involucrados en la toma de decisiones sobre iniciativas y proyectos que tengan como objetivos la mejora de la asistencia oncológica.

De esta forma, aunque destaca la carencia de información y transparencia sobre los criterios y procedimientos de toma de decisiones en los estados miembros de la Unión Europea, se puede identificar Francia como modelo a seguir en cuanto a su gestión de la asistencia sanitaria y oncológica. Asimismo, se propone el desarrollo de iniciativas en el ámbito nacional y europeo que establezcan criterios de referencia para los procesos de regulación e implantación de tratamientos innovadores. Igualmente, se considera necesaria la puesta en marcha de políticas sanitarias coordinadas que, de forma flexible con el fin de poder contemplar los avances actuales y futuros en el tratamiento del cáncer, puedan garantizar la mejor asistencia sanitaria a los pacientes oncológicos y una homogeneidad, no sólo dentro de cada país, sino también en el marco de la Unión Europea.

En esta línea, es de destacar la labor que lleva a cabo el Grupo de Parlamentarios Europeos contra el Cáncer, no sólo desde el punto de vista de situar en la agenda del Parlamento Europeo este conjunto de enfermedades, sino también de apoyar políticas sanitarias prioritarias para mejorar la prevención, el diagnóstico precoz, los tratamientos y la calidad asistencial en Oncología. Ésta debería ser otra iniciativa a tener en cuenta en cada país, de forma que en España pudiéramos contar con un Grupo de Parlamentarios Españoles contra el Cáncer, cuyo objetivo sea, entre otros, incluir las enfermedades oncológicas en la agenda política del país en un lugar prioritario.

Todo ello repercutirá, sin duda, en la concienciación de los políticos y, como consecuencia, de todos los sectores de la sociedad, sobre la necesidad de la prevención, divulgación y desarrollo de políticas sanitarias más adecuadas que mejoren todos los aspectos que engloba la asistencia a los pacientes oncológicos en España.

Jesús Honorato
Presidente del INESME y
Profesor de Farmacología de la Universidad de Navarra

Índice

Prólogo 5

0. Resumen ejecutivo 11
Executive summary 12

1. Marco conceptual y objetivos del trabajo 15

2. Metodología 17

3. Conceptos introductorios sobre salud, sistemas sanitarios y atención oncológica 19
3.1. Elementos conceptuales sobre salud, modelos sanitarios y sistemas de salud 19
3.2. Elementos para fundamentar el debate sobre sistemas sanitarios desde la perspectiva de los mejores resultados para los ciudadanos/pacientes. 22
3.2.1 Elementos de salida resultante del sistema (output) 22
3.2.2. Elementos de resultado y consecuencias (outcome) 23
3.2.3. Criterios de eficacia, eficiencia, equidad y calidad para fundamentar el debate 24
3.3. Atención oncológica: principios de equidad y eficiencia (asegurar la sostenibilidad del sistema mientras se asegura la innovación siempre buscando el bien del paciente) 26
3.3.1. El papel de los gobiernos (o administraciones públicas) en la eficiencia y la equidad 27
3.3.2. Funciones e interacción entre las agencias de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias y de la industria farmacéutica. Espacio para la necesaria sinergia y colaboración. 28

4. Descripción genérica de los sistemas sanitarios en Europa 29
4.1. Indicadores 29
4.2. Estructura, organización, planificación y regulación 29
4.2.1. Alemania 29
4.2.2. Austria 30
4.2.3. Bulgaria 31
4.2.4. Eslovenia 32
4.2.5. España 33
4.2.6. Estonia 35
4.2.7. Francia 36
4.2.8. Holanda 37
4.2.9. Italia 37
4.2.10. Polonia 38
4.2.11. Reino Unido 39
4.2.12. República Checa 39

4.2.13. Suecia 40
4.3. Financiación y gastos en servicios de salud 41
4.3.1. Alemania 41
4.3.2. Austria 42
4.3.3. Bulgaria 43
4.3.4. España 43
4.3.5. Eslovenia 44
4.3.6. Francia 44
4.3.7. Holanda 45
4.3.8. Italia 46
4.3.9. Polonia 48
4.3.10. Reino Unido 48
4.3.11. República Checa 49
4.3.12. Suecia 50
4.4 Provisión de servicios de salud 50
4.4.1. Alemania 50
4.4.2. Austria 51
4.4.3. Bulgaria 51
4.4.4. Eslovenia 51
4.4.5. España 52
4.4.6. Estonia 53
4.4.7. Francia 54
4.4.8. Holanda 54
4.4.9. Italia 55
4.4.10. Polonia 55
4.4.11. Reino Unido 56
4.4.12. República Checa 57
4.4.13. Suecia 58
4.5. Mecanismos y políticas de control del gasto 58
4.5.1. Alemania 59
4.5.2. Austria 60
4.5.3. Bélgica 61
4.5.4. Bulgaria 62
4.5.5. España 63
4.5.6. Estonia 65
4.5.7. Francia 65
4.5.8. Italia 66
4.5.9. Polonia 67
4.5.10. Reino Unido 67
4.5.11. República Checa 68
4.5.12. Suecia 71

5. Descripción específica de los recursos y sistemas dedicados al control del cáncer en Europa 73
5.1 Prevención primaria 75
5.2 Prevención secundaria 75
5.3 Criterios para técnicas y procesos diagnósticos 77
5.3.1. Análisis de las técnicas diagnosticas en Europa 77
5.4. Tratamientos farmacológicos y procedimientos quirúrgicos y radioterapeúticos 78
5.5 Consideración de cuidados paliativos 79
5.6. Investigación 80
5.7. Planes de cáncer: esquema, principios y organización 82

6. Carga de cáncer e indicadores para el análisis comparativo 85
6.1. Indicadores comparados de los estados miembros de la Unión Europea 88
6.2. Comparación del gasto porcentual en salud, en general y en atención oncológica 93
6.3. Criterios para la toma de decisiones en la asignación de recursos de control de cáncer en los diferentes sistemas sanitarios: descripción de criterios y organización del proceso de aprobación de nuevos fármacos según cada país 94
6.3.1. Instituciones y agencias de evaluación de tecnologías 98
6.3.2 Eficiencia y equidad 101
6.3.3 Gasto sanitario 102
6.3.4 Rigidez presupuestaria 102
6.3.5 Conflicto de intereses en la evaluación económica de medicamentos 103
6.3.6 Análisis continuo de la eficiencia 103
6.3.7. Innovación y eficiencia 104
6.3.8. Impacto presupuestario 104
6.4. Indicadores de satisfacción 105
6.5. La visión de los ministerios, asociaciones de pacientes, profesionales y sociedades científicas. Experiencias específicas de países 107
6.5.1. Perspectivas de los pacientes y profesionales 107
6.5.2. Las opiniones de las asociaciones 107
6.5.3. Las perspectivas de los oncólogos 112

7. Conclusiones: posibles «prácticas modelo» en Europa 115

8. Bibliografía 119
8.1. Referencias citadas 119
8.2. Otras referencias consultadas de potencial interés 121

Anexo 125

0. Resumen ejecutivo

En la Unión Europea se comparten valores esenciales referentes al derecho de protección de la salud. Entre dichos valores están el de universalidad y equidad en el acceso a una atención sanitaria de buena calidad. Sin embargo, los diversos Estados Miembros tienen diferentes planteamientos a la hora de concretar en la práctica esos valores. En el campo oncológico, la asignación de recursos públicos para los diagnósticos y tratamientos eficaces más innovadores y sus procesos de aprobación son diferentes en cada país de la Unión Europea (UE). En otras palabras, los criterios para la cobertura de dichos diagnósticos y tratamientos divergen en los Estados Miembros de la UE.

De esta forma, la organización y disposiciones de cada sistema sanitario condicionan la forma y rapidez de acceso a dichas técnicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, pudiendo estos factores estar relativamente asociados a la objetiva heterogeneidad entre países (y dentro de los propios países) respecto a la incidencia, supervivencia y mortalidad por cáncer. Y esto, en definitiva, es conceptualmente incompatible con nuestros principios de equidad.

Conscientes de esta situación, el Consejo de Ministros de Salud Pública de la EU, en la resolución sobre reducción de la incidencia del cáncer (que fue aprobada en el mes de abril de 2008 por el pleno del Parlamento Europeo), señaló la necesidad de mejorar la prevención y el diagnóstico precoz, el acceso a los tratamientos más eficaces, a fomentar la atención sanitaria integral y a incentivar la investigación, para con todo ello dar una respuesta más eficaz a las cuestiones pendientes respecto a los problemas de los pacientes oncológicos de la UE. El texto aprobado por el Consejo de Ministros de la UE plantea la necesidad de la organización de equipos oncológicos multidisciplinares y de que se facilite un tratamiento individualizado para las personas que sufren esta enfermedad. Se recuerdan, por otra parte, los derechos del paciente, fundamentalmente el derecho a la información, y la conveniencia de que los afectados participen con su experiencia en la elaboración de las políticas sanitarias.

Con todo lo anterior en mente, la motivación subyacente de este trabajo es la de intentar arrojar un rayo de luz que permita identificar buenas prácticas y soluciones sostenibles en los sistemas sanitarios. En este sentido, este trabajo del Instituto de Estudios Médico-Científicos (INESME) en colaboración con la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), inicia una línea de trabajo que se propone indagar en el funcionamiento de los distintos sistemas sanitarios europeos, incluyendo un análisis comparativo de criterios y resultados de accesibilidad a diagnósticos y tratamientos innovadores en Oncología. En el análisis de información secundaria (la que está disponible en diferentes fuentes y a la que hemos podido acceder), llama la atención que, salvo en el caso del Reino Unido y Francia, existe una extraordinaria escasez de información explícita respecto a los criterios que las autoridades sanitarias utilizan (a través de sus planes de control del cáncer o por otras vías definidas) para la toma de decisiones en materia de inclusión en la cartera de servicios del sistema sanitario público de nuevos diagnósticos y medicamentos.

Aunque hemos podido identificar los actores principales implicados y los papeles que desempeñan en este proceso en casi todos los países, no existen por el momento es-

tudios sobre qué peso tienen factores como: el coste-eficiencia, el valor terapéutico, las opiniones de los especialistas, pacientes, investigadores y la industria. En definitiva, la atención Oncológica no se define de forma explícita u operativa en la UE y sus Estados Miembros.

Por otro lado, las evidencias generadas a partir de los estudios y datos disponibles indican ciertas desigualdades entre los diferentes países europeos en el acceso a técnicas y tratamientos novedosos. Así, existen variaciones en la asignación de recursos públicos para los diagnósticos y los tratamientos más innovadores, al igual que hay diversidad en los procesos de aprobación y criterios para la cobertura de esas prestaciones oncológicas. Incluso tras la aprobación e incorporación formal a la cartera de servicios de los sistemas sanitarios de los Estados Miembros, en ocasiones se constatan obstáculos en los centros que impiden la utilización equitativa de innovaciones diagnósticas y terapéuticas que pueden tener impacto en la supervivencia de los pacientes.

Una de las primeras conclusiones que emerge es la carencia de información y transparencia sobre los criterios y procedimientos en la toma de decisiones, y la necesidad de llevar a cabo estudios con datos primarios que permitan una comparación objetiva sobre las soluciones que se articulan en cada país (soluciones genéricas y *ad hoc*). Esto es importante con el fin de identificar los mecanismos que se podrían utilizar para garantizar los mejores tratamientos a los pacientes con cáncer, de forma sostenible para el sistema y a la vez haciendo posible la innovación.

Por ahora, identificamos como modelos que tienen elementos interesantes el del Reino Unido (por la formulación de criterios, de los que puede discreparse o no, pero que están claramente definidos por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, NICE), y el de Francia (por el carácter sistemático e integrado en el sistema sanitario de su plan nacional contra el cáncer).

Se percibe como esencial el desarrollo de reglas de juego explícitas que aseguren principios éticos en la relación entre autoridades, profesionales médicos especializados e industria, lo que puede permitir la correcta planificación de la investigación y desarrollo, y operar de manera abierta y transparente. La meta que hemos de perseguir es la de promover políticas sanitarias coordinadas en el terreno del cáncer y la construcción de un catálogo de prestaciones razonablemente homogéneo para evitar desigualdades. Esta coordinación, que ha de ser básica en el ámbito nacional, también debería ser extensible en el ámbito de la UE. En juego está el noble objetivo de buscar lo mejor para los ciudadanos y fundamentalmente para los pacientes que sufren cáncer.

EXECUTIVE SUMMARY

The constituent members of the European Union share essential values with regard to issues of health protection, including the tenets of universality and equity in access to good quality healthcare. However, the Member States use different operative and practical approaches in order to provide this service to their citizens. In the field of oncology, the approval process and the allocation of public resources for innovative diagnostic procedures and therapeutic treatments reflect this diversity, and the criteria for coverage of diagnostic and therapeutic innovation varies widely.

The organization and provisions of each health system condition the quality and speed of access to preventive, diagnostic and therapeutic techniques; in turn, these factors roughly correspond to objective indicators on cancer incidence, mortality and survival within and between Member States. Simply put, this situation is conceptually incompatible with the collective values of health equity. Conscious of the challenge facing us, the Council of Public Health Ministers drafted a resolution on reduction of cancer incidence (approved in April of 2008 in a plenary session of the European Union), in which they signalled the necessity to improve prevention, early detection, access to the most effective treatments, integrated care and research on the top pending issues for European patients. The text approved by the Council of EU Ministers calls for the organization of multi-disciplinary oncological teams as well as personalized treatment for those who suffer from these pathologies. Furthermore, it reiterates the rights of patients, particularly to information, and the advisability of enlisting patient participation in health policy decisions.

This investigation of the Institute of Scientific-Medical Studies (INESME), in collaboration with the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM), begins a line of work in which we intend to examine the operation of the different European health systems, including a comparative analysis of the criteria and results on accessibility to innovative diagnostics and treatments in oncology. With the notable exceptions of France and the UK, the analysis of secondary information (publicly available and grey literature) highlighted the dearth of explicit information available on the criteria used by health authorities in decision-making (in the context of national cancer plans or other policy avenues) with regard to the inclusion of innovative diagnostics and treatments in the public health system.

Although we have been able to identify the main actors and their roles in this process for most of the countries, there are no studies on what weight the different factors have, such as cost-efficiency, therapeutic value and the opinions of specialists, patients, investigators and industry. In short, it does not seem that oncological care can be defined, operatively speaking, as a priority for Member States or the European Union.

Based on the evidence gathered from available data, we can conclude that certain inequalities persist in access to new techniques and treatments in European countries. There are variations in the allocation of public resources dedicated to this end as well as diversity in the approval processes and coverage criteria for oncological services. Even after a drug or procedure has been formally approved in the system, other obstacles can come up at a micro level which impede the equitable use of innovative diagnostic or therapeutic techniques, a circumstance which inevitably has some impact on patient survival.

Another conclusion that emerges is that there is a lack of information and transparency on the criteria and decision-making procedures, which signals the need to carry out studies with primary data to permit an objective comparison on the generic solutions which each country has found ad hoc. Further research is important in order to identify mechanisms to guarantee better treatment for cancer patients which is sustainable to the system but also encourages innovation. Two models which deserve preliminary

recognition are those in the UK (for the transparency and clearly defined criteria emerging from the National Institute of Clinical Excellence, or NICE—though this criteria can be questioned) and France (for the systematic and integrated character of its national cancer plan).

The development of clear ground rules is essential in order to assure ethical relationships between authorities, specialised medical professionals and industry, thus permitting the appropriate planning of research and development as well as the open and transparent operation of the system. The goal we must pursue, then, is to promote coordinated health policies in the field of cancer and a relatively homogeneous catalogue of services to reduce inequalities. This coordination, which must be basic at a national level, should also be expanded to the scope of the European Union. The noble objective of seeking the best care for citizens, and particularly cancer patients, is at stake.

1. Marco conceptual y objetivos del trabajo

Como marco conceptual, partimos de la idea de que la demora en la atención médica, el retraso en el correcto diagnóstico y las dificultades en el acceso a los mejores tratamientos disponibles para determinados tipos de tumores, son factores que generan sufrimiento y pueden comprometer la calidad de vida de los pacientes y su propia supervivencia. Motivados por ese punto de partida, nos propusimos en esta revisión caracterizar la diversidad de los sistemas sanitarios, los criterios de actuación y los resultados obtenidos.

Este trabajo intenta ser un primer paso en el ejercicio sistemático de *benchmarking*, entendiendo que la aportación de esta técnica es permitirnos tomar decisiones basándose en hechos y no en intuiciones. La clave está en conocer buenas soluciones en cada contexto, con el objeto de aprender de experiencias que puedan servir de inspiración para nuestro sistema de salud.

Todo ello se puede resumir de forma sistemática en los siguientes objetivos operativos:

1. Objetivar la diversidad y tipología de sistemas sanitarios en los Estados Miembros de la Unión Europea.
2. Describir patrones y diferencias al comparar los criterios que se utilizan para la toma de decisiones sobre nuevas tecnologías (incluyendo tratamientos innovadores) en Oncología.
3. Caracterizar la heterogeneidad que se presenta en los datos de incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer.
4. Indagar en la opinión de los pacientes en relación con el acceso actual a soluciones diagnósticas y terapéuticas en sus países.
5. Identificar las virtudes que caracterizan a los sistemas que obtienen mejores resultados. A partir de los datos disponibles, formular opciones y procedimientos alternativos para asegurar la mejor atención diagnóstica y terapéutica de los pacientes que sufren cáncer.

2. Metodología

Para la elaboración de este informe inicial, se ha partido de la revisión sistemática de la literatura científica publicada, la "literatura gris" (documentación que no se publica, distribuye o indexa de forma convencional) y otras fuentes de información. El manuscrito se ha elaborado intentando que sea coherente con la terminología que emerge en artículos referentes a una gran variedad de temas, desde la misma definición de salud, modelos sanitarios, reformas actuales en los sistemas de salud europeos, información demográfica sobre los países, etc., hasta el análisis de las desigualdades europeas en la incidencia y mortalidad por tumores malignos, así como la caracterización de los planes nacionales de control de cáncer.

Con el objetivo de recoger datos primarios, y aún teniendo en cuenta el carácter preliminar de este estudio, se han iniciado contactos iniciales con organismos de los Ministerios de Sanidad de los países de la UE, sociedades científicas en el campo de la Oncología y asociaciones de pacientes. Así, los investigadores enviaron cuestionarios a tres grupos de estudio en cada país de la UE (el texto de las preguntas formuladas en los cuestionarios y respuestas están disponibles para potencial consulta):

- Los directorios públicos de la Coalición Europea de Pacientes con Cáncer (ECPC en sus siglas en inglés) y la Asociación de las Ligas Europeas contra el Cáncer (ECL) nos facilitaron información para el contacto con múltiples asociaciones de cáncer pertenecientes a los países de la UE. A todas ellas se les envió un cuestionario para conocer sus opiniones respecto al tratamiento disponible en su país, aunque en el momento de dar por concluido este informe preliminar estamos aún pendientes de recibir gran parte de las respuestas posibles.

- La Sociedad Europea de Oncológica Médica (ESMO) nos proporcionó una lista de organismos miembros de este grupo, pero por motivos de regulación de confidencialidad no nos facilitaron los contactos. En cualquier caso, estos contactos se identificaron tras búsqueda de sus coordenadas en *Internet*, y a través de especialistas con los que el equipo investigador tiene relación profesional directa. Así, se han iniciado comunicaciones con los líderes de estas sociedades para saber su opinión sobre el papel de la investigación en la toma de decisiones sobre los fármacos.

- Por último, se identificó a los directores de las agencias nacionales de medicamentos y/o de evaluación de tecnologías sanitarias (o instituciones oficiales dependientes de los ministerios de sanidad de los países de la UE que actúan en esta materia), y se les envió un cuestionario más detallado pidiendo una respuesta oficial sobre los criterios utilizados.

En algunos casos, se han recibido respuestas de que la dirección electrónica no era correcta o la asociación o agencia no era la adecuada. En estos casos, se les pedía que nos proporcionaran la información de la persona de contacto precisa.

En total, se enviaron 208 encuestas iniciales a las asociaciones de pacientes, 20 a las sociedades oncológicas nacionales y 46 a las autoridades sanitarias. De éstos, hemos

recibido hasta el momento 9, 3 y 2 respuestas, respectivamente. Este trabajo sigue en marcha y lo que ahora presentamos constituye fundamentalmente la fase inicial con datos secundarios de esta investigación.

Una fuente complementaria de información ha sido la facilitada a través de los contactos personales que el coordinador del equipo de investigación (Dr. José Mª Martín Moreno) ha mantenido con otros investigadores especializados en este campo. Los dos investigadores externos que han contribuido de forma más destacada a este informe han sido el Dr. Nils Wilkings, del Instituto Karolinska (de Suecia), y el Dr. Rifat Atun, que ha estado adscrito hasta el mes de septiembre de 2008 al *Imperial College of London* (Reino Unido) y que actualmente ha pasado a formar parte del equipo directivo del Fondo Global Contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Por una parte, el Dr. Nils Wilkings nos ha proporcionado valiosa información sobre los resultados de sus investigaciones en el acceso a los tratamientos oncológicos y, por otra, el Dr. Rifat Atun (con el cual se había iniciado una colaboración en el análisis de planes oncológicos) nos ha facilitado los resultados preliminares del examen de los planes nacionales de control de cáncer, que estaba desarrollando antes de empezar el trabajo en su nuevo puesto.

3. Conceptos introductorios sobre salud, sistemas sanitarios y atención oncológica

3.1. Elementos conceptuales sobre salud, modelos sanitarios y sistemas de salud

La Salud es el bien más preciado de las personas y deseado por aquellas que no la poseen. En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que al ser uno de los principales derechos humanos, la salud constituye un fin en sí mismo. Es común a todos los seres humanos el deseo de "tener salud", de "gozar de buena salud", de "conservar la salud" o de "mejorar su salud".

La salud, considerada tanto desde el punto de vista individual, como de las poblaciones en su globalidad, tiene cada vez más importancia en la sociedad actual. Pese a los avances sanitarios individuales y comunitarios, todas las personas desean cada vez tener más salud, disfrutando más de la vida.

Aunque los Sistemas Sanitarios estén suficientemente definidos y cumplan los principios objeto de su misión, a los ciudadanos no les preocupa tanto cuáles sean los mecanismos técnicos sino que cumplan al final con esa meta. El legítimo deseo de salud trae como consecuencia que las autoridades sanitarias se planteen la revisión y actualización permanente de los diferentes Sistemas Sanitarios, dada la insistente demanda de aumento de los servicios, sobre todo de prestación asistencial sanitaria y de cuidados. Se persigue que dichos servicios sigan aportando el mayor grado posible de salud, tanto individual como colectiva.

En este contexto social europeo, se entiende por Modelo Sanitario la forma en que la administración ordena la oferta de medios y recursos a los ciudadanos, para dar satisfacción a las necesidades sanitarias de manera individual y comunitaria.

A lo largo de la historia se han desarrollado diversos modelos sanitarios. Actualmente están en vigor los siguientes (Mossialos et al, 2002):

a) Modelo Bismarck (o de Seguridad Social).

Su origen data de la Alemania del canciller Bismarck, que promovió una legislación social en 1883, bajo la concepción del ser humano como sujeto de producción y trabajador ligado a un compromiso con la sociedad.

Se acogen a este modelo países como Alemania, Austria, Francia, Bélgica y Holanda.

Su financiación se realiza mediante cuotas obligatorias pagadas por empresas y trabajadores a unos fondos o cajas de seguro obligatorio público, siendo estas cotizaciones las que permiten beneficiarse de las prestaciones en un futuro.

Los fondos obtenidos mediante las cotizaciones son gestionados por representantes de los trabajadores; en Francia por medio de los sindicatos y en Alemania a cargo de entes

legales específicos. La cobertura de los ciudadanos que no tienen acceso a este tipo de fondos se hace mediante el sistema impositivo o acogiéndose al seguro voluntario.

Los financiadores (gestores de los fondos) y los proveedores (red hospitalaria y médicos) se relacionan mediante contratos que incluyen la compensación por los servicios prestados y la extensión de la cobertura de las prestaciones.

b) Modelo Beveridge (o de Sistema Nacional de Salud).
Surgió como modelo en el Reino Unido, cuando el *National Health Service* (NHS) británico fue creado el 5 de julio de 1948 por el gobierno de Clement Attlee, siendo Ministro de Sanidad Aneurin Bevan. Tiene su origen intelectual en el Informe "Seguridad Social y Servicios Conexos", de William Beveridge.

El propio Reino Unido, Dinamarca, Holanda, Bélgica, Irlanda, España, Portugal, Grecia, Italia, Noruega y Finlandia figuran entre la lista de países que estructuran sus Servicios Sanitarios siguiendo este modelo.

El Sistema Nacional de Salud se estructura sobre la base de la realidad social, política y económica de cada país, respondiendo a un criterio centralizado, a la vez que regionalizado y jerarquizado. La financiación es soportada por el Estado mediante fondos públicos, desarrollando la provisión de servicios y prestaciones de manera global y gratuita sin previa afiliación ni participación del régimen económico de seguros estatales.

La asignación de médico se hace para cada persona y el personal sanitario es asalariado en la medicina especializada y pagado por asignación de familias en la asistencia primaria. Este modelo ha evolucionado en algunos países hacia una funcionarización de todo el personal sanitario y el reconocimiento de libertad de elección de médico y centro sanitario, manteniendo en su base una homologación de los modos de asistencia y tipo de prestaciones en el contexto de una gestión descentralizada.

c) Modelo Semashko (o centralizado).
De origen en la antigua URSS y su área de influencia y control. Este modelo se caracteriza por la universalización de la asistencia, la concentración de servicios médicos y la ausencia de alternativa de medicina privada.

La financiación del sistema, la planificación de centros y la asignación de recursos corre íntegramente por cuenta del Estado, que ejerce su control por medio del Gobierno. Hoy día ninguno de los Estados Miembros de la UE sigue este modelo.

d) Modelo Privado (o de Mercado).
Modelo desarrollado en los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.), se caracteriza por la oferta de servicios altamente tecnificados y por una demanda controlada por los colectivos médicos, compañías de seguros e industrias de la salud. Dominan los centros de capital privado con libre acceso y cobertura por medio de seguros libres individuales. El grupo de población necesitado y con escasos recursos obtiene las prestaciones de los servicios sanitarios por parte del Estado y centros benéficos.

Aunque hay acceso a servicios privados en los países de la UE, no se sigue este tipo de modelo como primordial en ninguno de los Estados Miembros.

d) Modelos Mixtos.

Los modelos anteriores son los que suelen aparecer como más definidos y característicos, pero lo más común son los modelos mixtos, que de una forma u otra, participan de las características propias de los modelos precedentes.

Así, encontramos que los servicios sanitarios se prestan en algunos países y regiones europeas a través de centros públicos, fundaciones, empresas públicas, sociedades mercantiles, consorcios, instituciones sin ánimo de lucro, etc. Sus infraestructuras y actividad económica se financian con fondos públicos, con la utilización de técnicas de organización de la gestión para hacer más eficiente y lograr mayor rentabilidad de los recursos sanitarios públicos.

Estas nuevas fórmulas de centros sanitarios regidas por el derecho privado buscan una mayor flexibilidad de gestión y de relaciones laborales y comerciales, con los financiadores, compradores, proveedores, clientes o usuarios de los Sistemas Sanitarios.

A partir de todo lo explicado en los párrafos precedentes, podemos hablar de los elementos conceptuales de los denominados sistemas sanitarios. En este sentido, aunque parezca sutil, debemos marcar las diferencias entre "Modelos Sanitarios" (que acabamos de tratar) y "Sistema Sanitario".

Al referirnos a "Sistema", se han formulado diversas definiciones al igual que de los conceptos anteriormente tratados, pero entre las más esclarecedoras están aquellas que hablan de la suma de estructuras organizativas, instalaciones, dotaciones, medios, métodos, normas, procedimientos y programas que, acordes con el método establecido y articulándose de forma operativa (ver figura 1), tienen la finalidad de conseguir el objetivo de prevenir, mantener y mejorar el nivel de salud de la población a través de la política sanitaria oportuna.

Otra forma de afrontar el concepto de Sistema es definirlo como todas las actividades de una sociedad dirigidas a proteger o restaurar la salud, tanto si son dirigidas al individuo, la comunidad o el entorno, articuladas a través de un mecanismo social que transforma recursos o *inputs* (conocimiento, personal y recursos) en *outputs* especializados en la forma de servicios sanitarios orientados a los problemas de salud de la sociedad.

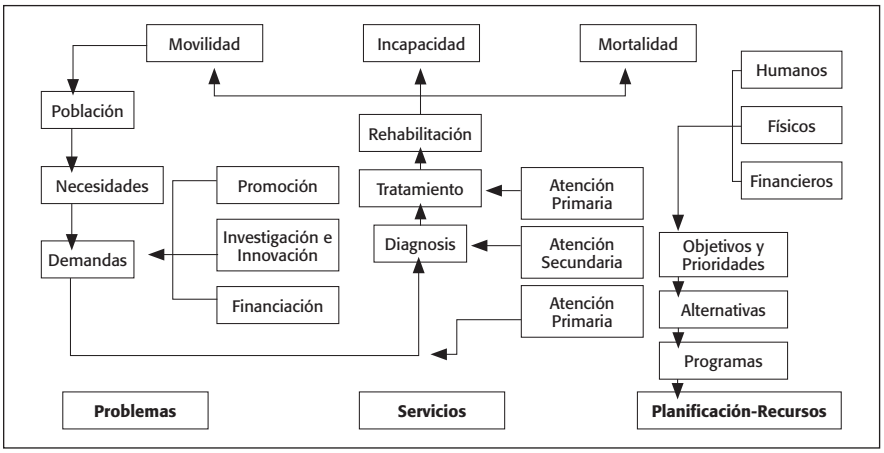


Figura 1. Esquema de articulación del Sistema Sanitario.

3.2. Elementos para fundamentar el debate sobre sistemas sanitarios desde la perspectiva de los mejores resultados para los ciudadanos/pacientes.

3.2.1. Elementos de salida resultante del sistema (output)

La utilización de los servicios sanitarios está afectada por la accesibilidad y aceptabilidad de los mismos. Es necesario identificar los factores físicos, económicos y socioculturales que pueden inhibir o frenar su utilización apropiada.

En primer lugar, la accesibilidad se puede definir como el grado por el cual los individuos que necesitan atención, llegan a acceder, recibir cuidados y servicios del sistema de salud. Entre los factores que influyen en esta capacidad se incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras. Generalmente, esta dimensión se refiere a si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados.

También puede añadirse a esta dimensión la facilidad de acceso, que debe ser prestado de manera eficaz, en un lugar adecuado y en el momento preciso, es decir, recogiendo conceptos como la oportunidad y la continuidad de la atención.

En cuanto a la valoración de la aceptabilidad en la utilización de los servicios sanitarios, se debe considerar la perspectiva científico-técnica o física, la perspectiva funcional o interactiva y la perspectiva corporativa.

- **Perspectiva Científico-Técnica o Física**, hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo, de acuerdo con la *Lex Artis*. Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas.

  Es la perspectiva más familiar para los profesionales. Por medio de protocolos y guías clínicas se monitorizan aspectos esenciales de la práctica clínica. Resume todos aquellos pilares que reflejan la mejor aplicación, y de la mejor manera posible,

del conocimiento y la tecnología disponibles. Aquí se deben incluir aquellas características que corren en paralelo y son indisolubles de esta calidad técnica, tales como la seguridad, la pertinencia y la optimización de las acciones. Su desarrollo exige la elaboración de criterios e indicadores para la prestación correcta de los servicios sanitarios.

- **Perspectiva Funcional o Interactiva**, se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional).

  Esta perspectiva está siendo paulatinamente cada vez más considerada en el ámbito profesional. Es relativamente común encontrar mención a la satisfacción de los pacientes en el planteamiento de los objetivos asistenciales de los servicios sanitarios. La calidad percibida inició su andadura con la práctica de encuestas de opinión a los pacientes ingresados en los hospitales. En la actualidad, se considera más adecuado valorar el diferencial entre las expectativas y las percepciones de los pacientes atendidos, para identificar oportunidades de mejora de la calidad percibida.

  En cualquier caso, la relación interpersonal con el paciente y las características del sitio en que se preste la atención, deben reflejar el debido respeto por el paciente.

- **Perspectiva Corporativa**, se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales e incluso la población general, tienen de los servicios sanitarios.

  Esta perspectiva condiciona la valoración de la calidad técnica y funcional, dado que la imagen de los servicios influye en todas las percepciones del mismo. Cuidar la imagen es importante porque tiene un efecto globalizador para los pacientes y es costoso modificarla. Una buena imagen facilita un crédito que perdona o limita (al menos durante algún tiempo) las impresiones y, a veces, las experiencias insatisfactorias de los pacientes. Y a la inversa, una mala imagen contamina tanto las percepciones que ha tenido el paciente tras su paso por los servicios sanitarios como las expectativas con que pueda afrontar posteriores encuentros. Así pues, el análisis de la percepción o imagen corporativa debe estar integrado en las acciones de prestación de servicios que se lleven a cabo.

Estas diferentes perspectivas permiten abordajes metodológicos comunes: monitorización de indicadores, evaluaciones *ad hoc*, gestión de procesos y grupos de mejora.

3.2.2. Elementos de resultado y consecuencias (*outcome*)

El *outcome* (efecto, consecuencia de la utilización) es la combinación de los datos clínicos y las percepciones de los usuarios, que son de utilidad para la evaluación de los Sistemas Sanitarios y se concretan en distintas fórmulas, como las siguientes:

- QALY (*Quality Adjusted Life-Years*): años de vida ajustados por calidad (en castellan, el acrónimo sería AVAC). Es una medida para cuantificar resultados en salud; consiste en una combinación del cambio en la calidad de vida con el cambio en la esperanza de vida a raíz de una intervención de atención de salud. Se define como el producto de la calidad de vida por la longevidad.

- DALY (*Disability Adjusted Life-Years*): años de vida ajustados por discapacidad (en castellano el acrónimo sería AVAD). Unidad usada para medir tanto la carga global de morbilidad como la eficacia de las intervenciones de salud, calculada por la reducción de la carga de morbilidad. Se calcula como el valor actual de los años venideros de vida sin discapacidad que se pierden como resultado de las muertes prematuras o los casos de discapacidad que ocurren en un año dado.

- Análisis Coste – Efectividad: tipo de análisis que compara intervenciones o programas que tienen un resultado de salud común en una situación donde, para un nivel dado de recursos, los encargados de adoptar las decisiones desean maximizar las prestaciones de servicios médicos a la población de interés. Este tipo de análisis puede usarse para evaluar la medición del coste-eficacia o eficacia en función de los costes.

La medición del *outcome* de los cuidados de la salud se hace desde una perspectiva multifacética, pues la calidad de los servicios que los facilitan viene determinada por factores tales como la tecnología, la interacción entre los usuarios y los especialistas, y las utilidades o soportes que acompañan a los tratamientos que se ofertan.

Estos componentes se asientan sobre la base de la potencial competencia de los recursos humanos del sistema de atención en salud y de la capacidad gerencial del sistema. Toda esta arquitectura debe tener un sólo objetivo: la mejora de la salud de los individuos y de la sociedad.

El resultado obtenido tras la evaluación del beneficio o impacto producido en la salud de los ciudadanos y las consecuencias de los programas aplicados en la prestación de los servicios sanitarios determina el propio nivel de salud de la población.

3.2.3. Criterios de eficacia, eficiencia, equidad y calidad para fundamentar el debate

Para que los servicios sanitarios resulten efectivos, es necesario intentar asegurar, al menos, los siguientes elementos (Walsh, 1995):

- Que el proveedor tenga la habilidad de especificar el servicio y sea capaz de velar por su calidad.
- Que sea consciente de la relevancia del servicio que se presta.
- Que se conozca el número de usuarios.
- Que haya disponibilidad de recursos para la sustitución de los profesionales necesarios.
- Que se tenga capacidad de resolución de los conflictos propios de cada rol o función.
- Que se haya regulado de forma explícita o contractual los derechos y obligaciones, y existiendo desarrollos de formalización y control.
- Que se disponga de sistemas de información novedosos.

Estos elementos, que son necesarios para que los servicios sanitarios sean efectivos, no son suficientes y hay que añadir: incentivos en la toma de decisiones para incurrir en los menores costes, además de asegurar formación adecuada, cultura empresarial, información convincente y plena libertad para superar los conflictos de intereses.

La concepción del Sistema Sanitario se caracteriza por la participación de múltiples agentes y organizaciones interrelacionadas entre sí en la práctica para conseguir un mismo objetivo: el mantenimiento y mejora de la salud de la población siguiendo criterios de máxima eficacia, eficiencia, equidad y calidad.

3.2.3.1. Criterios del Sistema Sanitario

EFICACIA:
Es el logro de un objetivo propuesto. Si se alcanza un objetivo en su totalidad se puede concluir que se ha actuado con eficacia, entendiéndose que el grado de consecución de aquél determinará el nivel de eficacia alcanzado. Aplicando este concepto al Sistema Sanitario, su eficacia estará determinada por la consecución de los objetivos perseguidos en cada proceso.

Es de destacar que costes o beneficios no intervienen en la valoración de la eficacia, ya que ésta se mide exclusivamente por la consecución del objetivo. Por tanto, la dificultad en la medición de la eficacia estará centrada en una adecuada utilización de indicadores que reflejen fielmente si se alcanzan los objetivos finales.

EFICIENCIA:
El concepto de eficiencia sí que tiene en cuenta los costes del proceso productivo. Se trata de que el objetivo propuesto sea alcanzado al coste mínimo o que con unos recursos determinados se obtenga la máxima productividad. La idea de eficiencia, así expresada, puede tener dos acepciones:

- Eficiencia "Asignativa" o "Paretiana", la cual se persigue cuando se intenta alcanzar el coste mínimo de producir un nivel dado de producto o servicio modificando las proporciones de los factores de producción utilizados, de acuerdo a sus precios y productividades marginales. La eficiencia asignativa implica obtener un máximo de producción, manteniendo el coste, a través del reajuste de los factores de la producción según sus costes de uso. Este escenario, que se ve frecuentemente en ciertos sistemas sanitarios, limita la capacidad de avanzar en intervenciones que mejoran la supervivencia y calidad de vida los pacientes.
- Eficiencia Técnica, que es el de uso más frecuente como eficiencia económica. La eficiencia técnica se logra si se alcanza el coste mínimo de obtener un nivel dado de producción o servicio con una combinación concreta de factores de producción. Existe ineficiencia técnica si se puede reducir al menos el consumo de un factor sin que se incremente el uso de otros factores -que se combinan en una proporción dada- y sin que varíen las cantidades producidas. Idealmente la eficiencia técnica ha de hacerse compatible con los avances diagnósticos, terapéuticos y con la equidad en el sistema.

EQUIDAD:
La materialización de la equidad en materia de prestaciones sanitarias públicas ha de sustentarse en cuatro elementos:

- Toda la población protegida tiene derecho a las mismas prestaciones sanitarias frente a idénticas contingencias sanitarias.
- Acceso a los recursos sanitarios sin diferencias o dificultades significativas.

- No hay racionamiento en la provisión de las prestaciones sanitarias, de forma que no existen listas de espera. Las listas de espera "expulsan" del sistema sanitario público a aquellos pacientes que pueden financiarse una asistencia privada sin esperas, produciéndose una selección adversa de éstos según niveles de renta: estarán forzados a esperar aquellos que no disponen de recursos para dirigirse al sector privado.
- No existe "ticket moderador" que obligue a los pacientes a financiar, total o parcialmente, los costes de la atención recibida.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:
Será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

CALIDAD ASISTENCIAL:
Es definida por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad, y sus objetivos prioritarios son:
- Prestar asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia ("Medicina Basada en la Evidencia").
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.
- Asegurar la continuidad de los cuidados, respetando la cadena proveedor - cliente.
- Lograr cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes.

3.3. Atención oncológica: principios de equidad y eficiencia (asegurar la sostenibilidad del sistema mientras se asegura la innovación siempre buscando el bien del paciente)

Los sistemas sanitarios asumen una obligación ética cuando se comprometen a proporcionar cuidados a todos sus ciudadanos, y de esta obligación depende la vida muchas personas. Dado que los recursos están siempre limitados, éstos se tienen que distribuir de una manera eficiente y equitativa, intentando explotarlos de forma eficiente sin sacrificar la calidad de los servicios. Estos principios se tienen que mantener en la atención oncológica, a pesar de las complejidades y retos que esta misión pueda conllevar.

Los recursos se deben asignar teniendo en cuenta una visión integral que incluya las actividades de prevención primaria y secundaria, los tratamientos curativos y paliativos y la investigación. Además, hay que tener en cuenta los recursos sanitarios y los servicios sociales, junto al entramado de intereses complementarios que no siempre hace fácil el consenso entre los actores implicados.

El Consejo de la UE ha dibujado las líneas maestras de una estrategia para reducir la carga del cáncer en las poblaciones europeas, publicando sus conclusiones en junio de 2008 (*Council of the European Union*, 2008). Con un énfasis especial en la prevención y la detección temprana y de acuerdo con el Código Europeo Contra el Cáncer (ECAC en sus siglas en inglés), el Consejo anima a los estados miembros a desarrollar un plan integral e interdisciplinario que abarque el reto que supone esta enfermedad, abordando la persistente inequidad sanitaria inter e intra países de la UE.

La colaboración europea, sobre todo en la investigación, es clave para reducir estas brechas e involucrar en esta lucha a los actores principales. Las recomendaciones del Consejo Europeo han sido secundadas por muchos implicados, incluidas asociaciones de pacientes, que abogan por la prevención y la detección precoz además de por la innovación farmacológica. Desde la perspectiva europea, la eficiencia y la equidad se consiguen a través de la coordinación.

3.3.1. El papel de los gobiernos (o administraciones públicas) en la eficiencia y la equidad

En el contexto de cada país, los gobiernos tienen la responsabilidad de maximizar la eficiencia. Las autoridades sanitarias deben desplegar un abanico amplio de medidas para asegurar que los costes se controlen.

El primer paso en este sentido es garantizar la máxima transparencia y responsabilidad desde los estamentos políticos más altos hasta los que están más cerca del paciente. Es el ambiente que se genera cuando los actores públicos se sienten responsables ante el contribuyente y el paciente y fomenta la eficiencia.

Según la OMS, la corrupción es responsable de la pérdida pública de hasta 25% de los tratamientos eficaces en todo el mundo (Anello, 2008), y se estima que puede asociarse a la mala utilización de casi un 10% de los recursos sanitarios en algún país europeo. El buen gobierno debe promover también el uso correcto de las técnicas diagnósticas y medicamentos a través de guías de práctica clínica, que optimizan el uso de recursos. Estas guías o directrices orientativas han de estar basadas en las evidencias científicamente demostradas.

El coste-eficiencia se debe tener en cuenta, pero el peso que tiene el precio en la toma de decisiones es difícil de determinar, dependiendo de los recursos disponibles, la fuerza de la evidencia, el valor terapéutico innovador y factores de preferencias o prioridades personales y sociales.

Dentro del contexto de la prevención secundaria (cribados) y de la atención clínica a pacientes que ya han desarrollado un cáncer, la innovación se erige como la mejor esperanza para la detección temprana y la cura del cáncer. Tan necesaria para afrontar la complejidad de los servicios oncológicos, asegurar que no perdemos la posibilidad de encontrar nuevas soluciones mediante la innovación representa uno de los principales retos para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios europeos. Téngase en cuenta que todo este esfuerzo por encontrar nuevas soluciones supone un desafío. Se estima que el coste de producir un nuevo fármaco supera los 400 millones de dólares (DiMasi et al, 2003). Un gasto que el sector privado intenta recuperar con precios que compensen la inversión que ofrecen a los proveedores de servicios. Éstos, en cambio, buscan limitar los costes al máximo para asegurar la sostenibilidad de los cuidados que se ofrecen a los ciudadanos.

En la medida de lo posible sin aumentar el presupuesto, existe un conflicto inherente en estas perspectivas contrapuestas que introducen un elemento de confusión que induce a que no se llegue a ver por ambas partes el hecho de que tienen objetivos

complementarios, no enfrentados. Estos objetivos se pueden fortalecer mutuamente con la máxima eficiencia, transparencia y práctica ética.

La eficiencia, necesaria y deseada en todos los sistemas, se debe acompañar siempre con los principios de igualdad en acceso y calidad. Una medida controvertida que muchos países han adoptado es el "co-pago", un coste parcial que el paciente asume directamente por cada intervención sanitaria. La fórmula, ideada para ayudar a bajar los gastos farmacéuticos, puede resultar contraproducente en la búsqueda de la equidad sanitaria. Aunque en teoría, los pacientes dejarán de comprar los medicamentos menos esenciales para evitar esa carga económica personal, en la práctica se ha visto que muchos pacientes no saben cuál es esencial y cuál no, llevando a una situación que puede resultar en subidas de costes en otros sectores del sistema sanitario (por reingresos o nuevas hospitalizaciones evitables) cuando los pacientes no siguen las recomendaciones de sus médicos.

Otra dimensión a tener en cuenta es la propia de los pacientes con enfermedades crónicas, como es el caso del cáncer. Aunque una cantidad menor por receta pueda no suponer un problema para alguien que compre un antibiótico para una infección pasajera, los gastos se acumulan rápidamente para los que tienen enfermedades crónicas. En ambos casos, son las poblaciones desfavorecidas las que más sufren con estas medidas.

Es importante puntualizar que muchos países de la UE sí han pasado por un debate sobre estas cuestiones y tienen en cuenta la consideración especial de la atención farmacéutica para pacientes crónicos, haciendo una excepción para estos grupos. Para mejorar la equidad en la atención oncológica, es esencial que otros países adopten estos preceptos (Gemmill et al, 2008).

3.3.2. Funciones e interacción entre las agencias de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias y de la industria farmacéutica. Espacio para la necesaria sinergia y colaboración.

Dado el papel que juegan y que se juegan las empresas farmacéuticas y de tecnología sanitaria como principales proveedores de la innovación de los medicamentos y técnicas diagnósticas en la atención oncológica, parece obvia la necesidad de reconocerles un legítimo interés en contribuir a la eficiencia y sostenibilidad del sistema en su conjunto.

Promover la utilización correcta de sus productos, seguir los resultados en los pacientes y colaborar en la investigación con científicos independientes de centros universitarios e instituciones cualificadas son pasos importantes. Aunque estas empresas tienen un interés claro e inherente a sus principios de negociar por un precio que amortigüe su inversión, también tienen interés en asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario, porque en ello les va también su futuro.

Por ello, la sociedad se verá siempre beneficiada de la existencia de reglas de juego explícitas que aseguren principios éticos en esta relación, permitiendo la correcta planificación de la investigación y desarrollo, y operando de manera abierta y transparente, mientras se busca el objetivo compartido de lo mejor para el paciente.

4. Descripción genérica de los sistemas sanitarios en Europa

4.1. Indicadores

A continuación se resumen los indicadores más importantes para cada uno de los países europeos que hemos evaluado en este informe. Además, en el anexo del presente informe se detallan los indicadores de cada país.

4.2. Estructura, organización, planificación y regulación

En este apartado se describen los principales fundamentos estructurales y funcionales de los países europeos seleccionados para el análisis comparativo en este estudio. Conviene especificar que en el presente informe solamente se incluyen determinados países de la Europa de los 27, que han sido seleccionados fundamentalmente sobre la base de dos criterios: el grado de representatividad del sistema sanitario del país en cuestión en el conjunto de la UE, y la disponibilidad de información, tanto en las referencias indexadas como en la denominada "literatura gris" (no accesible a partir de repertorios bibliográficos, pero disponible por otras fuentes).

4.2.1. Alemania

Los inicios del sistema de salud alemán datan de 1883, cuando el seguro médico se hizo obligatorio.

El sistema articula la asistencia sanitaria en un modelo de Seguridad Social (Busse y Riesberg, 2004) (conocido como "modelo bismarckiano", por el nombre de su promotor original, el canciller Otto von Bismarck). Actualmente, coexisten los siguientes esquemas de cobertura sanitaria en Alemania:

- Utilizando los datos más recientes (2003), podemos afirmar que la mayoría de la población (cerca de un 87%) está cubierta por el seguro médico estatutario, basado en los ingresos laborales. La pertenencia o afiliación a la Seguridad Social es obligatoria aproximadamente para un 77% y voluntaria para un 10% de la población.
- Dentro del porcentaje restante:
  - un 10% de la población posee un seguro médico privado,
  - un 2% se halla al amparo de los esquemas gubernamentales complementarios,
  - y un 0,2% no está actualmente cubierto por ningún esquema de aseguramiento formalizado.

El sistema de asistencia sanitaria se organiza de manera descentralizada. Se caracteriza por el federalismo y la delegación en organismos corporativos no-gubernamentales (que son actores esenciales en el sistema del seguro médico social), tales como las asociaciones de médicos y dentistas, por una parte, y los fondos de enfermedad y sus asociaciones legales, por otra.

Los hospitales no están representados por ninguna institución legal corporativa, pero sí por organizaciones basadas en el derecho privado que tienen gran poder de referencia.

Los actores se organizan en el esquema descentralizado federal (*Länder*).

El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social propone las actuaciones sanitarias que, siempre y cuando hayan sido aprobadas por el Parlamento, definen el marco legislativo del sistema social de seguro médico. A su vez, supervisa los organismos corporativos y, con la asistencia de algunas autoridades subordinadas, cumple funciones de supervisión y otorgamiento de licencias, realiza un trabajo de asesoría científica y proporciona servicios de información.

Los denominados Fondos de Seguros Sanitarios (Seguros de Enfermedad) han ido evolucionando hacia una mayor concentración, de manera que el número total ha ido disminuyendo (ver Tabla 1). Los casi trescientos Fondos de Seguros Sanitarios recogen las contribuciones del seguro estatutario para la salud y los cuidados a largo plazo o de enfermedades crónicas. También negocian contratos con los proveedores de asistencia sanitaria.

	1993	**1995**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
General regional funds	269	92	18	18	17	17	17	17	17	17
Company-based funds	744	690	457	386	361	337	318	282	255	229
Substitute funds	15	15	14	13	13	12	12	12	12	10
Guild funds	169	140	43	43	42	32	28	25	24	20
Farmers' fund	22	21	20	20	20	20	19	17	15	14
Sallors' fund	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Miners' fund	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	1.221	960	554	482	455	420	396	365	325	292

Tabla 1: Evolución del número de cajas aseguradoras en Alemania para el período 1993-2004 (fuente: Busse y Riesberg, 2004)

Desde 1996, prácticamente cada una de las personas aseguradas ha tenido el derecho de escoger libremente un Fondo de Seguro Sanitario. Desde el año 2004, la toma de decisiones sobre el seguro de salud estatutario ha sido integrada en un comité conjunto federal *trans-sectorial*, que es apoyada por un instituto independiente para la calidad y la eficiencia, aunque hoy por hoy hay escasos datos sobre el impacto de este instituto o de su repercusión práctica en la toma de decisiones sobre incorporación de diagnósticos y tratamientos oncológicos.

4.2.2. Austria

Desde la introducción del seguro obligatorio de salud y accidentes en 1887, la proporción de población austriaca asegurada en materia sanitaria se mantiene estable en torno al 97,6% de la población.

El sistema de salud austriaco se caracteriza por la estructura federal del país (estructurado en *länders*) (Horfmarcher y Rach, 2006).

La transferencia de competencias a los actores implicados en el sistema de seguridad social se hace a través de los *länders* con la supervisión del Ministerio de Sanidad en materia de planificación, coordinación y financiación.

El Parlamento austriaco y el Ministerio de Sanidad del Gobierno de ese país son los entes responsables en materia de legislación sanitaria. A través de la colaboración con diferentes autoridades subordinadas ejecuta las labores que tiene asignadas, tales como seguridad alimentaria, protección de la salud, regulación de la profesión sanitaria, etc.

De acuerdo con el marco legal austriaco, los 9 *länders* son responsables de la provisión de hospitales y de la creación de instituciones socio-sanitarias, así como del mantenimiento de sus infraestructuras. Parte de estas tareas son delegadas en las autoridades locales.

Además, los *länders*, como estructuras regionales, son responsables de los servicios de salud pública, la formación de los profesionales sanitarios no universitarios, la gestión de ayudas para los cuidados de larga estancia y los servicios de ambulancias.

Este sistema de Seguridad Social está articulado a través de 21 instituciones, agrupadas en la Federación Austriaca de Seguridad Social junto con otras 5 responsables de las pensiones y los seguros de accidentes.

La Federación coordina, entre otros, la actividad administrativa de las instituciones que la componen, principalmente a través de la creación de sus estatutos, además de señalar las directrices de obligado cumplimento, y tiene potestad en la aprobación de presupuestos.

La planificación e implementación del plan de salud austriaco en cada *länder*, es llevada a cabo a través de cada una de las nueve plataformas de salud mediante las cuales están representados los actores implicados en el sistema sanitario, incluyendo representantes de los pacientes. En estas plataformas converge el fondo de financiación de la sanidad estatal, a través de las cuales se distribuyen los fondos provenientes del estado federal, los *länders* y las autoridades locales.

4.2.3. Bulgaria

Antes de la caída del muro de Berlín, Bulgaria poseía un sistema de salud financiado por impuestos, basado en el modelo soviético (*Semashko*). Tras los cambios estructurales en los años 90, la organización, la toma de decisiones y la financiación de la salud se corresponden a un modelo descentralizado.

El Ministerio de Sanidad búlgaro y sus 28 centros regionales de salud desarrollan e implementan la política nacional de salud, así como los programas correspondientes, definiendo las metas y prioridades del sistema, desarrollando la legislación necesaria, así como planificando y supervisando las reformas estructurales (Georgieva et al, 2007). Además, el Ministerio de Sanidad es el responsable de los servicios de emergencia y salud pública.

El Fondo Nacional de Aseguramiento Sanitario (*National Health Insurance Fund*, NHIF en sus siglas en inglés) es el organismo semiautónomo encargado de la recaudación de fondos y financiación de los proveedores de servicios. La actividad del fondo está descentralizada en 28 oficinas regionales.

La privatización es otra característica importante de las reformas sanitarias llevadas a cabo en Bulgaria. A partir de 1992, las entidades locales pasaron a ser las titulares de las instalaciones sanitarias. Desde que fue legalizada la práctica privada en 1991, ésta se ha expandido notablemente, incrementándose de 32 establecimientos en 2003 a 40 en 2004, y contando con el 16% de los hospitales y el 2% del total de camas.

4.2.4. Eslovenia

El Sistema de Salud esloveno ha experimentado reformas mayores desde 1991, tras la independencia del país, además de los problemas de liquidez que abocaron a la modificación de la legislación en 1992 (Albreht et al, 2002).

El número de actores implicados en el sistema esloveno es elevado, y a modo de resumen destacaremos los siguientes:

- La Mesa Nacional de Sanidad, cuerpo de consulta para el Gobierno y que se responsabiliza de mantener en la agenda política la salud. Su papel se encuentra bajo revisión en los últimos tiempos.
- Ministerio de Sanidad, que desarrolla las políticas sanitarias nacionales y proporciona soporte regulador y de supervisión al sistema sanitario.
- El Consejo de Salud, órgano consultivo del gobierno en materia de políticas sanitarias.
- El Comité Parlamentario de Asuntos Sociales, Trabajo, Familia y Salud, que se encarga de la preparación de las propuestas legislativas y otros materiales para su discusión en el parlamento.
- El Instituto de Seguro Médico (HIHS), creado en 1992 como una entidad pública sin ánimo de lucro, supervisado directamente por el estado y capacitado estatutariamente para proporcionar un seguro sanitario obligatorio a la población. Cuenta con 56 oficinas.
- El Instituto de Salud Pública de la República de Eslovenia (IPH), con 9 institutos regionales, fue fundado en 1992 y cubre los siguientes campos: medicina social, higiene, salud ambiental, epidemiología, estadísticas sanitarias e investigación sanitaria.
- Gobiernos locales o autónomos, donde se ha delegado cierta autonomía en la planificación de la Atención Primaria, pero que todavía no han empezado a jugar un papel activo en la toma de decisiones.

El Ministerio de Sanidad es responsable de la gran mayoría de la atención sanitaria y, en cuanto a la introducción de tecnologías médicas innovadoras, no existe ningún tipo de planificación explícita.

En resumen, el sistema esloveno de salud permanece todavía relativamente centralizado. La mayoría de las funciones administrativas y reguladoras son ejercidas por el estado, y los estamentos más bajos se ocupan sobre todo de tareas ejecutivas.

En el apartado relativo a la atención oncológica, durante la presidencia europea que por primera vez ostentó Eslovenia en el primer semestre de 2008, se fijó el tema del cáncer como prioridad en salud, lo que ha contribuido de forma notable a formalizar acuerdos y resoluciones que se citan a lo largo del informe.

4.2.5. España

La Constitución de 1978 consagra el derecho a la protección de la salud para todos los ciudadanos, y permitió el tránsito desde un sistema sanitario de Seguridad Social, de cobertura restringida y financiado a través de cuotas de trabajadores y empresarios, al Sistema Nacional de Salud vigente en la actualidad, de cobertura universal y financiado a través de los Presupuestos Generales del Estado.

La Ley General de Sanidad aprobada el 25 de abril de 1986 (LGS/1986), define el modelo sanitario español con los siguientes rasgos fundamentales: cobertura universal, financiación pública, gestión mayoritariamente pública de los servicios y descentralización de competencias hacia las comunidades autónomas (CC.AA.), que culminó en el año 2002. Se creó así el Sistema Nacional de Salud, concebido como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las CC.AA.

Una vez completado el proceso de descentralización de competencias sanitarias en 2002, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, promulgada en mayo de 2003, se configuró como el marco legal que ha de garantizar la coordinación y cooperación de los distintos Servicios Regionales.

Cada comunidad autónoma ha constituido un Servicio de Salud para la gestión de los servicios sanitarios. Este Servicio de Salud depende de una Consejería del Gobierno Autónomo. No hay jerarquía entre el Gobierno Central y los Gobiernos Autonómicos en las materias transferidas. En estas materias, el Gobierno Central tiene la responsabilidad de impulsar la coordinación y la cooperación, así como de velar por la garantía de calidad de los servicios y la equidad en el acceso en todo el territorio nacional.

Quedan reservadas a la Administración Central las competencias relativas a sanidad exterior, relaciones internacionales, política del medicamento, fomento de la investigación y la alta inspección.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), según la definición que recoge el artículo 69 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, es "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado. Tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado".

En el CISNS las decisiones se deben adoptar por consenso y tienen la forma de recomendaciones, ya que afectan a materias transferidas. En algunos casos, las CC.AA. y la Administración Central pueden firmar "convenios/acuerdos" que obligan a las partes.

La cobertura de la población por el SNS español es prácticamente universal (99,1%) y garantiza un conjunto de prestaciones a todos los ciudadanos independientemente de su capacidad de pago. Dentro de la población española que sí está cubierta por el sistema obligatorio, pueden diferenciarse dos grupos principales: aproximadamente el 95% cubierto por afiliación obligatoria al sistema de Seguridad Social y a los servicios

sanitarios del SNS, y un 5% integrado por funcionarios y sus familiares, que tiene cobertura a través de mutualidades propias (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado -MUFACE-, Mutualidad General Judicial -MUGEJU-, e Instituto Social de las Fuerzas Armadas -ISFAS-), que permiten a sus miembros elegir entre la asistencia sanitaria dentro del SNS y la prestación privada de servicios gestionada por compañías de seguros privadas (aunque financiada públicamente).

En cuanto al seguro privado voluntario, y según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2004, cerca del 7,9% de la población española está cubierta por un seguro de este tipo, siendo su contratación más común en las grandes ciudades (se estima que en Madrid y Barcelona cerca del 25% de la población está cubierta por un seguro privado adicional).

Si tenemos en cuenta el porcentaje de empleados en el sector privado beneficiarios de un seguro privado voluntario como beneficio de su empresa (3,8%), además del grupo integrado por funcionarios y sus familiares, para el año 2004 se estimó que el porcentaje de población cubierta en España por un seguro privado alcanzaba el 15%.

Todas las comunidades autónomas sin excepción recogen en sus leyes el principio de universalización de la atención sanitaria individual y colectiva a todos los ciudadanos, como principio rector de sus respectivos Servicios de Salud. Como titulares de los derechos reconocidos en estas normas, la gran mayoría reproduce lo establecido en la normativa estatal básica (se reconoce a los ciudadanos españoles residentes en la comunidad autónoma, además de los transeúntes y no residentes en los términos establecidos en la normativa estatal; mientras los extranjeros comunitarios y los de los países no comunitarios se consideran titulares en función de los tratados y convenios internacionales suscritos por el Estado español).

El Ministerio de Sanidad y Consumo es responsable de la gestión de la política sanitaria y de las competencias exclusivas del Estado. Por su parte, las CC.AA. son competentes en lo que se refiere a la organización y gestión de la asistencia sanitaria. Las CC.AA. tienen separadas sus competencias en materia sanitaria entre la Consejería (autoridad sanitaria) y el Servicio de Salud (gestión y provisión de servicios). La mayoría de las Consejerías de Sanidad han abandonado las competencias relacionadas con asuntos sociales y consumo, quedando adscritas dichas competencias a otra Consejería.

En cuanto a la naturaleza jurídica de los Servicios de Salud, once de ellos adoptaron la forma de organismo autónomo de carácter administrativo, con adscripción a la respectiva Consejería de Sanidad. Otros cinco adoptaron la forma de entes públicos, a los que hay que añadir otro que optó por el modelo de empresa pública regional. En pocas palabras, se puede afirmar que no existe un modelo organizativo definitivo para los Servicios Regionales de Salud en España, y que para muchos profesionales y analistas, e incluso ciudadanos, tenga en estos momentos un rumbo divergente entre las diferentes comunidades. Esta divergencia se traduce en la identificación de problemas de equidad en el acceso a los servicios por parte de la población.

Para poder alcanzar el objetivo de equidad y claridad en el cuidado de la salud, se ha venido planteando la necesidad de un Pacto de Estado entre los partidos políticos que

deje al margen de la confrontación cotidiana esta área. Esta iniciativa se identifica con el concepto de "Pacto de Estado por la Sanidad".

A raíz de todo lo anterior, el actual ministro de Sanidad y Consumo, Dr. Bernat Soria, propuso a todas las fuerzas políticas parlamentarias el pasado 2 de junio de 2008, en el marco de su comparecencia en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, un pacto global en materia sanitaria. Este pacto se sustenta sobre seis principios básicos: Equidad en las prestaciones sanitarias para toda la ciudadanía; Cohesión entre las autonomías; Calidad; Innovación; Seguridad para los pacientes, y Sostenibilidad.

Para intentar dar pasos que aporten contenido a esta propuesta, el propio Sr. Ministro presentó el 30 de septiembre de 2008 la propuesta de creación de los comités institucionales que se encargarán de aportar los contenidos del "Pacto por la Sanidad" y de buscar puntos de encuentro entre todas las administraciones sanitarias para garantizar y reforzar la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Está previsto que estos comités estén compuestos por alrededor de un centenar de miembros representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo y de las CC.AA. y su forma de trabajo seguirá un modelo similar al establecido con las llamadas "Estrategias de Salud". Además, el Sr. Ministro se ha comprometido a que el proceso de trabajo sea transparente y dé cabida al resto de agentes que operan en el SNS o que tienen una estrecha relación con él, incluyendo organizaciones profesionales, empresariales y de pacientes.

Mediante este "Pacto por la Sanidad" y a través del trabajo de los comités recién constituidos, se persigue consensuar propósitos comunes para todo el SNS y acordar cómo alcanzarlos, en función de las competencias que ostenta cada Administración, todo ello para aunar esfuerzos de cara a mejorar el Sistema Nacional de Salud. Queda por ver qué dará de sí esta iniciativa, pero de forma preliminar parece un instrumento potencialmente útil de cara a favorecer el acceso a diagnósticos y tratamientos innovadores de forma más equitativa.

4.2.6. Estonia

El sistema sanitario estonio ha experimentado una reforma muy extensa desde principio de los años 90, así como cambios en la última época, que reflejan las lecciones aprendidas de las experiencias reformadoras de la primera etapa (Koppel et al, 2008). Por ejemplo, en el caso del sistema sanitario, el grado de descentralización no fue equiparable con el grado de descentralización territorial que tuvo lugar a finales de los años 90.

Las últimas reformas se han orientado al incremento de la eficiencia en la provisión de servicios (incluyendo el refuerzo de la Atención Primaria, introduciendo el control de entrada al sistema a través de ésta y con cambios en el sistema de pagos), a la vez que se ha intentado mantener el acceso y el nivel de calidad del sistema.

A través del Ministerio de Asuntos Sociales, el gobierno estonio desarrolla sus responsabilidades en la implementación de las políticas de salud, incluyendo la salud pública,

así como la supervisión de la calidad y acceso del sistema sanitario. Su principal función es la regulación.

Desde el año 2001, el Fondo de Seguros Sanitarios Estonio (*Estonian Health Insurance Fund*, EHIF en sus siglas en inglés), actúa como agencia financiadora y responsable de la contratación de los provisores de servicios, pagando por los servicios sanitarios prestados, reembolsando el gasto farmacéutico así como pagando las bajas por enfermedad y maternales.

La provisión de servicios está completamente descentralizada desde el año 2002, y los proveedores son completamente autónomos.

Al igual que mencionamos anteriormente el papel de Eslovenia en el marco europeo de atención al reto del cáncer, merece la pena destacar el papel de Estonia al posibilitar la "Conferencia Ministerial Europea de la OMS" sobre "Sistemas Sanitarios, Salud y Prosperidad" que tuvo lugar en la capital de este país (Tallin, en junio de 2008), conferencia en la que se han formulado los principios que pueden permitir la adecuada articulación de los sistemas sanitarios.

4.2.7. Francia

El Sistema Francés de Salud se basa en un seguro de prestación social y sanitaria nacional, con elementos de financiación a partir de impuestos generales (fundamentalmente Impuesto Social General - CSG) complementados con un Seguro Sanitario de carácter Voluntario (ASV).

Este Sistema está regulado por el Estado (Ministerios, Gabinete del Gobierno y Parlamento), que fija los denominados fondos estatutarios para el seguro sanitario, existiendo una estructura organizativa propia de dichos fondos. En cualquier caso, es el Estado el que establece el gasto máximo para el seguro sanitario, aprueba el informe sobre la salud y las tendencias de la seguridad social, y ajusta las prestaciones y su regulación.

Hay tres "esquemas" de cobertura dentro del sistema estatutario de seguro sanitario francés:

- El esquema general, que cubre cerca del 84% de la población (fundamentalmente empleados del sector del comercio e industria, y sus familias).
- El esquema agrícola, que cubre al 7,2% de la población, representado por los agricultores y sus familias.
- El esquema para trabajadores autónomos, que cubre al 5% de la población que trabaja por cuenta propia.

Recordemos que en el año 1999, se estableció en este país la denominada "cobertura médica universal" (CMU), con la única condición de residir en Francia (cobertura de 99,9%). Pues bien, se puede constatar que el ASV (Seguro Sanitario Voluntario) complementario se ha extendido significativamente en las últimas décadas y, desde la introducción de la CMU en el año 2000, ha estado disponible de manera gratuita para personas de bajos ingresos.

Además de lo anterior, en 2004 se estableció un Fondo de Seguro Específico para personas "ancianas dependientes". De una forma u otra, el Seguro Sanitario de carácter Voluntario (ASV) -que cubría a menos del 85% de la población en el año 2000- ahora cubre a más del 95% de la población.

Desde el punto de vista organizativo, el tradicionalmente centralista Sistema Francés de Salud se está descentralizando gradualmente de nivel nacional a regional y local. A su vez, la toma de decisiones sobre prestaciones y regulaciones ha cambiado de posición desde un origen más articulado en la microgestión centralizada de los administradores de los fondos de seguro médico, a las estructuras más políticas y gestoras del Estado, quizá reflejando la importancia y demanda social que el sector sanitario está adquiriendo en el ámbito nacional, regional o municipal (recuérdese la atención mediática y social generada tras problemas tales como las transfusiones sanguíneas contaminadas por VIH, la ola de calor del verano de 2003 y los intensos debates sobre el consumo excesivo de antibióticos y la forma de abordar estos retos).

Respecto a la atención oncológica, merece la pena destacar la sistematizada articulación del plan nacional de control del cáncer, configurando no sólo los servicios necesarios para la atención, sino también la financiación, generación de recursos y supervisión de la ejecución de dicho plan (Atun et al, 2009).

4.2.8. Holanda

El sistema de salud holandés se compartimenta en tres tipos de aseguramiento coexistentes:

- El primero, denominado seguro de salud para gastos médicos excepcionales, obligatorio para toda la población.
- El segundo, un seguro de enfermedad obligatorio para personas con un nivel bajo de ingresos, y otro privado de carácter voluntario.
- El tercero es un seguro complementario de carácter voluntario.

Estos tres compartimentos y los sistemas que los constituyen son supervisados por diferentes ministerios.

El Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte define las políticas encaminadas a mantener el estado de bienestar de la población, con el fin de mantener un grado de salud óptimo para sus ciudadanos (Den Exter et al, 2004). Uno de sus principales objetivos es garantizar el acceso a un sistema de salud de elevada calidad.

Este sistema de salud se ha desarrollado progresivamente desde un sistema descentralizado a uno centralizado desde la mitad del siglo XX.

4.2.9. Italia

El actual Servicio Nacional de Salud de Italia se creó tras una reforma iniciada en 1978, que tenía el objetivo de transformar el sistema sanitario, que hasta entonces estaba basado en un modelo de seguridad social (*tipo Bismarck*), para alcanzar un sistema de acceso universal y equitativo en el ámbito de la asistencia ofrecida a lo largo del país, y con una financiación generada por medio de impuestos generales (*tipo Beveridge*).

Hoy en día, puede decirse que se ha logrado alcanzar la cobertura universal, aunque existen amplias diferencias en asistencia y gasto sanitario entre las distintas regiones, con una clara división norte-sur (Donatini et al, 2001).

Tras la reforma de la constitución italiana el año 2001, el Estado y las regiones (actualmente existen 20 regiones definidas oficialmente al efecto) comparten responsabilidades en asistencia sanitaria. De esta forma, el Estado es el único con competencias para definir el paquete básico de prestaciones que deben ofrecerse de manera igualitaria a lo largo del país (*Livelli Essenziali Di* Assistenza, siglas LEA); las regiones son responsables de la organización y administración del sistema de atención de salud y las autoridades sanitarias locales son las encargadas de la provisión de servicios de asistencia sanitaria local, prestando servicio a áreas geográficas con poblaciones de una media de 300.000 habitantes.

En definitiva, puede afirmarse que en Italia existe un modelo descentralizado, en el que el aseguramiento es obligatorio y se hace a través del SSN (*Servizio Sanitario Nazionale*), con una financiación generada por medio de impuestos generales.

4.2.10. Polonia

Durante el periodo de la independencia polaca entre 1918 y 1939, los servicios sanitarios se fueron poco a poco implantando, y un sistema bismarckiano de seguridad social muy limitado cubría al 7% de la población.

El Ministerio de Sanidad, cuya creación se remonta al año 1945, durante la ocupación comunista, fue durante todo este tiempo el encargado de la administración de un sistema sanitario fuertemente centralizado, que fue evolucionando con el paso del tiempo.

La administración, gestión y financiación del sistema sanitario polaco se dividen entre el Ministerio de Sanidad, el Fondo Nacional de Salud (*National Health Funding*, NHF en sus siglas en inglés) y las administraciones regionales (Kuszewski y Gericke, 2005).

El gobierno central, representado por el Ministerio de Sanidad, es responsable de la política sanitaria nacional, la mayor parte de las inversiones en ciencia médica y formación, y solamente con responsabilidad administrativa sobre aquellas entidades que financia de forma directa.

El Fondo Nacional de Salud (NHF), gobernado por 9 miembros, financia los servicios sanitarios de los asegurados a través de sus contribuciones sociales, y contrata los servicios con los proveedores.

Los gobiernos regionales son responsables principalmente de: planificación estratégica de acuerdo a las necesidades de su región, promoción de la salud y gestión de las instituciones sanitarias públicas.

Por su parte, el NHF es responsable de la financiación de los cuidados de salud en Polonia, siendo así mismo responsable de la gestión y planificación de los servicios sanitarios. De esta forma, la planificación en Polonia se elabora por el NHF sobre la base del Plan Nacional de Salud, donde se recogen los niveles de los servicios de salud que

se prestan a la población. Estos planes son aprobados por el Ministerio de Sanidad. Asimismo, el NHF contrata la prestación de servicios a través de concursos públicos o negociaciones con los proveedores.

4.2.11. Reino Unido

El Reino Unido sirve como punto de referencia del modelo sanitario *tipo Beveridge,* financiado a través de los presupuestos generales del estado, y que tiene como objetivo garantizar una cobertura de servicios homogénea a todos los ciudadanos. Como se mencionó anteriormente, el nombre de este modelo tiene su origen en el informe de William Beveridge que fue utilizado como base por el Ministro Aneurin Bevan para la creación del NHS el 5 de julio de 1948 (de ahí que haya autores que conocen el modelo como *tipo Beveridge/Bevan*).

Actualmente, el Reino Unido delega las responsabilidades de asistencia sanitaria en sus "países constituyentes": Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Cada uno de estos países constituyentes financia el cuidado de la salud de su población fundamentalmente a través de los recursos generados a partir de la imposición fiscal, facilitando servicios a través de proveedores públicos; a su vez, trasladan responsabilidades de compra a instituciones específicas: en **Inglaterra** a los *trusts* ó Fundaciones Públicas de Atención Primaria; en **Escocia** a los *boards* ó Consejos de Sanidad; en **Gales**, a los Consejos Locales de Sanidad, y en **Irlanda del Norte** a las Asociaciones de Atención Primaria.

La cobertura está disponible para todos los residentes legales en el Reino Unido, ciudadanos de Estados Miembros de la Unión Europea y ciudadanos de otros países con los que Reino Unido tiene convenios bilaterales. Quizá debido a esta amplia cobertura, la suscripción de seguro médico privado es relativamente baja (en el año 2001, tan sólo un 11,5% de la población poseía un seguro médico privado suplementario).

Las prestaciones del Servicio Nacional de Salud (NHS) son de gran amplitud, pero no se encuentran explícitamente definidas.

Desde 1999, en Inglaterra y Gales, la Secretaría de Estado de Salud y la Asamblea Galesa de Gobierno han recibido recomendaciones por parte del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE=*Nacional Institute for Clinical Excellence*). El NICE juzga si un servicio concreto es efectivo y eficiente, y si debiera ponerse a disposición de toda o parte de la población.

Si bien la implementación de la orientación del *NICE* es teóricamente obligatoria, una evaluación reciente indica que la puesta en marcha práctica o implementación de estas recomendaciones, ha sido variable.

4.2.12. República Checa

Los enormes cambios políticos que siguieron la caída del muro de Berlín en 1989 repercutieron en casi todos los aspectos de la política interna de la República Checa, el sistema sanitario incluido. El cambio más grande en este terreno (a principios de los 90) fue la transformación de la financiación del sistema desde el Estado en un Fondo

General de Seguros (FGS) obligatorio, que paga los proveedores (la mayoría privados) a base de contratos (Rokosová y Háva, 2005).

Las tres características principales del sistema sanitario checo son: la existencia de un seguro de salud obligatorio financiado por las contribuciones de los empleados y el Estado; la diversidad en la provisión de servicios (fundamentalmente a través de proveedores de servicios ambulatorios de carácter privado y hospitales públicos con contratos con las compañías aseguradores); y, por último, las negociaciones entre los implicados para la determinación de la cobertura y el reembolso.

Cualquier residente en la República Checa es instado a contratar un seguro de salud, que puede elegir libremente cada año.

El Estado garantiza la asistencia sanitaria y el sistema de seguridad social, y participa en la supervisión de los fondos de aseguramiento.

El Ministerio de Salud es responsable de la legislación en materia sanitaria, la salud pública, la investigación científica y la regulación de la tecnología sanitaria.

Algunos de los hospitales más grandes están bajo el control directo del Ministerio, y los hospitales pequeños suelen estar gestionados por los gobiernos locales y regionales, pero muchos otros sectores, entre ellos los servicios ambulatorios, odontológicos y farmacéuticos, son efectivamente privados.

Las entidades aseguradoras son relativamente independientes del Ministerio de Sanidad y son las responsables por completo de los contratos de prestación de servicios, normalmente con una duración de dos años.

En las negociaciones se incluyen la cartera de servicios, el valor de los servicios para el reembolso y las condiciones de prestación de servicios. Estas negociaciones, tras la aprobación gubernamental, son consideradas como el esqueleto del sistema sanitario.

4.2.13. Suecia

El Sistema de Salud sueco está organizado en tres niveles de competencia: nacional (gobierno central), regional y local (condados).

La responsabilidad del sector salud recae, a nivel nacional, en el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales. La Mesa Nacional de Salud y Bienestar, organismo semi-independiente, ejecuta la supervisión en los condados, actuando como órgano de consejo para el gobierno central (Glenngard et al, 2006).

En el ámbito regional, son los 18 condados existentes, los que están a cargo de la prestación de servicios de Atención Primaria y Especializada. A su vez, los condados están agrupados en 6 regiones sanitarias, que fueron establecidas para facilitar la cooperación entre condados.

Localmente, existen 290 municipios con sus correspondientes áreas de responsabilidad, incluyendo asuntos como la protección del medio donde se desenvuelven los ciudadanos (escuelas, servicios sociales, carreteras, agua y energía). En Suecia, la provisión de servicios sanitarios va más allá de la simple prestación de financiación para la asistencia, e incluye la sanidad en las escuelas, la higiene ambiental, los cuidados a la tercera edad y la atención a las personas dependientes.

Los condados planifican y desarrollan la organización el sistema sanitario de acuerdo a las necesidades de su población. Las responsabilidades planificadoras también incluyen los servicios médicos prestados por otros proveedores, como facultativos que ejercen en la práctica pública y la medicina laboral.

4.3. Financiación y gastos en servicios de salud

A continuación se describen ingredientes presupuestarios y financieros de países europeos seleccionados para el análisis comparativo en este estudio:

4.3.1. Alemania

El gasto en salud estimado en Alemania en el año 2002, fue de un 10,9% de su Producto Interior Bruto (PIB). El 79% se cubría con fondos públicos, de forma que Alemania se sitúa la primera en la lista de gasto porcentual en salud en Europa, y la tercera entre todos los países en la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (Busse y Riesberg, 2004).

En términos absolutos, el gasto total ascendía a 2.817 $(US) *per cápita* (cantidad expresada en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo).

Del gasto global, un 57% de los fondos provino del seguro de salud estatutario en su esquema básico; un 7 %, del denominado seguro de cuidados a largo plazo (para enfermedades crónicas y discapacidades); un 4%, de otros esquemas de seguro estatutario y, un 8% de fuentes gubernamentales complementarias. Los aseguradores de salud privados financiaron un 8%; los empleadores (patronal) un 4%; y las organizaciones "sin ánimo de lucro" un 12%.

La mayoría de los pagos directos de los usuarios fueron empleados en comprar fármacos de libre dispensación (sin receta u OTC = *Over-The-Counter*) y cubrir los co-pagos para fármacos prescritos.

El 1 de enero del 2004, se introdujeron mecanismos de co-pago para las visitas a "consultas externas" de especialidades hospitalarias y aumentaron estas contribuciones para prácticamente todas las otras prestaciones que contemplaban co-pago por parte de los usuarios.

Existe un "esquema de compensación de riesgos" que, junto con los Fondos de Seguros Sanitarios (Seguros de Enfermedad), pretende reducir las diferencias de atención sanitaria debidas a diversidad de según edad, sexo y del estado de salud de los asegurados a través de los diferentes esquemas. Este sistema ha sido complementado con un depósito o fondo especial de alto riesgo desde 2001, y con programas de control de enfermedades para los enfermos crónicos desde 2003.

En referencia a los cuidados médicos ambulatorios, existe una asociación regional de médicos que negocia un convenio colectivo con cada fondo de seguro de enfermedad en forma de "cuasi-presupuesto" por los servicios médicos que se vayan a prestar. La asociación distribuye posteriormente los fondos entre los médicos generalistas (GPs) y los especialistas que reclaman los reembolsos que les correspondan, fundamentalmente en función de un sistema de pago por servicio. Es importante tener en cuenta que se aplican las limitaciones por volumen de servicio.

Los hospitales son financiados por dos vías: mientras las inversiones son planificadas por los Gobiernos de los 16 Estados (*Länder*), y posteriormente co-financiadas por los *Länder* y el Gobierno Federal, los costes de asistencia (gastos recurrentes) y costes de mantenimiento se financian a través de los Fondos de Seguros Sanitarios (Seguros de Enfermedad).

Desde enero de 2004, la adaptación alemana del modelo australiano de "grupos diagnósticos relacionados" (DRG o *Diagnosis-related group*, en terminología sajona) es el sistema que se utiliza para el pago de los gastos recurrentes de los hospitales, a excepción de la asistencia psiquiátrica, en la cual todavía se aplican los cargos por "dietas" diarias (*per-diem*).

4.3.2. Austria

La financiación del sistema sanitario austriaco es plural de acuerdo a la constitución federal y las leyes en materia de seguridad social.

En 2004, el 45,3% del total de los fondos en material sanitario provenían del sistema de seguros sociales (Horfmarcher y Rack, 2006).

Estos seguros sociales obligatorios cubrían en 2004 a cerca del 98% de la población, y el resto de población austriaca recibía los servicios sanitarios a través de las entidades regionales tipo asistencia social.

El seguro social obligatorio está basado en la categoría profesional del trabajador o el lugar de residencia. Éste se aplica a la mayoría de empleados por cuenta ajena y propia, así como pensionistas, desempleados y estudiantes en activo en el mercado laboral.

Los empleados con un nivel bajo de ingresos pueden optar por un seguro voluntario, así como los profesionales autónomos.

En el caso de niños y otros miembros del hogar que no estén activos en el mercado laboral, éstos son subsidiarios del trabajador principal del núcleo familiar.

Las contribuciones al seguro social no dependen del estado de salud del asegurado, así como tampoco del riesgo de gasto de la persona asegurada y sus beneficiarios, pero son proporcionales a los ingresos. Estas contribuciones son fijadas anualmente por el *Nationalrat*, y son cubiertas al 50% por el empleado y el empleador.

Además de los seguros, el 25% fue financiado por el gobierno federal, *länders* y autoridades locales a través de impuestos y el 25% restante por entidades privadas (datos de 2004).

4.3.3. Bulgaria

El gasto total en salud desde 1998 se ha ido incrementado progresivamente, junto con el Producto Interior Bruto (PIB). Paradójicamente, se observa un descenso de gasto en salud pública, acompañado de un incremento en la financiación de compañías privadas (Georgieva et al, 2007).

El seguro de salud obligatorio es auspiciado por el *National Health Insurance Fund* (NHIF). El mercado de los seguros obligatorios ofrece seguros complementarios que a su vez cubren servicios básicos pero asegurando una mayor rapidez de atención y acceso.

Además de los seguros obligatorios cubiertos desde 1999 por los empleados y sus empleadores, los impuestos (con las consiguientes contribuciones de los ciudadanos acordes a sus ingresos) son la otra fuente de financiación.

4.3.4. España

El Servicio Nacional de Salud es financiado principalmente a través de los impuestos generales de naturaleza directa e indirecta. El gasto en salud estimado en España en el 2003 fue de un 7,7% del Producto Interior Bruto (PIB). En términos absolutos, el gasto ascendía a 1.835 $(US) *per cápita* –cantidad expresada en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo. El gasto público constituyó un 71,2% del gasto total en salud de ese mismo año.

El gasto en materia sanitaria ha ido aumentado de manera significativa en los últimos años, con incrementos cercanos al 10% entre los años 2003 y 2006, alcanzando un total de 48.650.890 € en 2006 (Martin-Moreno et al, 2009).

Este aumento se debe en parte al crecimiento de la población, cercano al 5,5% entre los años 1999 y 2005, particularmente debido a la inmigración, y por otro lado al proceso de envejecimiento de la población española.

La mayoría de los pagos directos de los usuarios, un 28,1%, fueron empleados en comprar fármacos de libre dispensación, cubrir los co-pagos para fármacos prescritos (0%, 10%, 40%), algunos servicios dentales y primas de seguros privados.

En enero de 2002, entró en vigor el actual sistema de financiación autonómica general. En el mismo se integran los sistemas de financiación de las competencias comunes, el sistema de financiación de la sanidad y el sistema de financiación de los servicios sociales transferidos. El modelo proporciona más del 90% de los recursos presupuestarios de las administraciones generales de las comunidades autónomas de régimen común.

El acuerdo respecto al sistema de financiación de la sanidad alteró el criterio tradicional de distribución de recursos, del criterio de población protegida como variable *proxy* de la necesidad financiera de cada comunidad autónoma, y se introdujo una fórmula de distribución según la población protegida, teniendo en cuenta variables de ponderación tales como la población mayor de 65 años y la insularidad.

Además, el Sistema establece dos fondos específicos:

1. El Fondo de Cohesión Sanitaria, cuya finalidad es garantizar la igualdad en el acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos, en todo el territorio nacional, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de la Unión Europea o de otros países con convenio de asistencia recíproca. Este fondo recibe una financiación adicional a la establecida en el Fondo General.

2. El Fondo del Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal para financiar la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la Incapacidad Temporal (IT) y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Hay que señalar que en realidad no se trata de financiación adicional, dado que en su cuantía se hallan integradas las necesidades de financiación que para cada comunidad autónoma se deriva del reparto del Fondo General y de las garantías de mínimos.

4.3.5. Eslovenia

Desde el año 1992, los impuestos de acuerdo a la cuantía de ingresos han sido la principal fuente de financiación en Estonia, alcanzando cifras cercanas al 66% del gasto sanitario.

La cobertura facilitada por el *Estonian Health Insurance Fund* (EHIF) se basa fundamentalmente en la residencia en Estonia y la pertenencia a un determinado grupo definido legalmente (Albreht et al, 2002).

Los trabajadores por cuenta ajena y propia contribuyen al EHIF a través de sus impuestos, que son recaudados por la Agencia Tributaria. Estos impuestos se destinan a cubrir los cuidados de salud y el sistema de pensiones, y equivalen entre un 13% y un 20% de sus ingresos para empleados por cuenta ajena y empleados por cuenta propia, respectivamente.

En la práctica, los empleadores hacen las aportaciones en nombre de los empleados, así que estos últimos no contribuyen directamente.

La población cubierta se divide en regiones geográficas, y el EHIF cubre aproximadamente al 94% de la población total.

4.3.6. Francia

El gasto en salud estimado en Francia en el 2002 fue de un 9,7% del Producto Interior Bruto (PIB). En términos absolutos, el gasto ascendía a 2.736 $(US) *per cápita*, cantidad expresada en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo. El gasto público constituyó un 76% del gasto total en salud de ese mismo año.

Francia se sitúa en segundo lugar entre los Estados Miembros de la UE en cuanto a la proporción de PIB que es invertida en el gasto público en salud (datos actualizados a mayo de 2004).

En 2002, el seguro de prestación social y sanitaria constituyó un 73,3% de gasto total en salud; el resto fue a parar al denominado ASV o Seguro Sanitario de carácter Vo-

luntario (13,2%), a pagos directos de usuarios (9,8%) y a contribuciones nacionales a partir del fondo de impuestos generales (3,7%).

Desde 1996, el Parlamento lleva aprobando anualmente un gasto máximo fijado para el seguro sanitario, lo cual se explicita a través del documento: *Objectifs nationaux des dépenses Assurance maladie* (cuyo acrónimo en francés es ONDAM). Una vez que el tope general se ha fijado, el presupuesto se divide entre cuatro subgrupos: regiones, hospitales públicos, asistencia privada "sin ánimo de lucro", centros de cuidado social y hospitales privados con ánimo de lucro.

El esquema principal del seguro sanitario paga a los hospitales públicos a través de los presupuestos globales establecidos de forma prospectiva, y a los que dichos hospitales se ajustan. En cuanto a los hospitales con ánimo de lucro, reciben una tasa fija que cubre todos los conceptos, excepto el pago a los facultativos. Téngase en cuenta que éstos reciben su remuneración a través de un esquema de tarifa o pago por servicio.

Por otra parte, los hospitales privados sin ánimo de lucro pueden escoger entre los dos sistemas de pago, el de los hospitales públicos o el de los que se declaran con ánimo de lucro.

Es importante señalar que existe una reforma actualmente en marcha que tiene como meta introducir un sistema de reembolso ligado a las actividades/servicios realizados, para armonizar la financiación de los sectores privado y público.

Los médicos autónomos realizan la mayor parte de los servicios a pacientes de consultas externas (no hospitalizados) y de hospitales privados. Los pacientes pagan tarifas directas por el servicio y estas cantidades son reembolsadas posteriormente, al menos de forma parcial, mediante el sistema del seguro de prestación social y sanitaria conforme a sus estatutos.

El acuerdo nacional entre los facultativos y la entidad gestora de los fondos del seguro sanitario define unas tarifas concretas por servicios. Las tarifas podían elevarse ligeramente en casos específicamente complejos (el denominado "Sector 2") y por cualquier médico desde 1980 a 1990; no obstante, desde 1990, sólo los facultativos con aptitudes específicas han podido tramitar este tipo de tarifas superiores (actualmente cerca del 24% de los médicos está cualificado para hacerlo).

Los médicos en hospitales públicos reciben un salario. Desde 1986, se les ha permitido conjugar la práctica privada a tiempo parcial junto con la actividad en su hospital, ello ante la diáspora que se estaba produciendo y como incentivo para que los facultativos permanezcan en los hospitales públicos.

4.3.7. Holanda

Los cuidados de salud están financiados principalmente a través de un esquema de seguros públicos y privados (88%). Para el primer compartimento, responsable de cerca del 40% del presupuesto sanitario y destinado a cubrir los gastos médicos asociados a enfermedades crónicas y tratamientos de elevado coste, se cubre en diferentes por-

centajes por las contribuciones de los ciudadanos y fondos públicos (Den Exter et al, 2004). En el caso de segundo compartimento de aseguramiento, destinado a cubrir los gastos médicos no excepcionales así como las bajas por incapacidad temporal, se cubren a través de seguros privados, y representan alrededor del 48% del total de gasto en salud. El porcentaje restante proviene de financiación *out-of-poket* y otros esquemas.

Los gastos médicos normales están cubiertos por una amplia variedad de acuerdos de seguros de pago obligatorio, que cubren al 63% de la población.

Las recaudaciones para esta modalidad de aseguramiento se aportan al 50% por el empleado y el empleador de acuerdo a una tarifa plana y una subvención del gobierno cercana al 24%. El resto de financiación proviene de impuestos públicos (5,6%), pagos extraordinarios (5,8%) y suplementos voluntarios para el seguro básico (3%) destinados principalmente a cubrir servicios como odontología, prótesis, audífonos, etc.

4.3.8. Italia

A pesar de que una de las aspiraciones principales de la reforma del año 1978 era un rápido movimiento hacia la progresiva financiación a través de presupuestos generales del Servicio Nacional de Salud, a lo largo de la década de 1990, las contribuciones provenientes del seguro sanitario social todavía suponían hasta el 50% de la financiación pública del sistema sanitario.

En 1998, un impuesto regional empresarial reemplazó a las contribuciones sanitarias de seguridad social. Este impuesto se ha suplido con una subvención central que se financia por medio de ingresos a través de impuestos de valor añadido (IVA), para así "poder garantizar los recursos adecuados para cada región" (Donatini et al, 2001).

Los pagos directos de los usuarios del sistema han venido aplicándose para los gastos compartidos previstos en los servicios públicos. De ahí proviene la base para los co-pagos para los procedimientos diagnósticos, los medicamentos y las consultas a especialistas. Desde el año 1993, los pacientes han tenido que pagar hasta una cantidad máxima (36 € desde el año 2000) por las consultas externas de especialistas médicos. Sin embargo, los co-pagos para fármacos y servicios ambulatorios especializados han tenido un impacto limitado. Así, y habiendo alcanzado su máximo en 1996, cuando éstos llegaron al 4,8% de los ingresos totales del Servicio Nacional de Salud, han caído hasta el 2,9% en el año 2002, tras la supresión de los co-pagos por medicamentos.

Complementariamente a lo anterior, los pacientes abonan directamente los servicios privados de asistencia sanitaria, y los fármacos que no necesitan receta (OTC o fármacos "*Over-The-Counter*"). Aproximadamente un 15% de la población tiene un seguro médico privado complementario, que es suscrito individualmente o es ofrecido por la empresa donde se trabaja.

El gasto en salud estimado en Italia en el año 2002, alcanzó un 8,5% del Producto Interior Bruto (PIB). En términos absolutos, el gasto total ascendía a 2.166 $ (US) *per cápita* –cantidad expresada en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

De esa cantidad, el 75% se cubría con fondos públicos. Desde que fueron introducidos los esquemas de co-pago, el gasto privado ha aumentado, llegando a alcanzar un 25% en el año 2002.

En 1997, se introdujo el concepto de tasa capitativa regional ponderada para la asignación de recursos. Esta tasa de financiación se concibió teniendo en cuenta la estructura de edad y el estado de salud de la población. Este instrumento de búsqueda de equidad también se reflejó en los procesos por los que las regiones transfieren fondos a las unidades locales de salud; ello basado en fórmula de capitación ponderada.

Los hospitales terciarios tienen estatus de *Trusts* o Fundaciones Públicas Institucionalizadas, y disfrutan de amplia flexibilidad financiera. A los hospitales secundarios públicos se les concede cierta autonomía financiera, pero permanecen bajo el control de las Unidades Locales de Salud. A través de tarifas definidas por las regiones, se articula un sistema prospectivo de pagos, basado en un sistema de "grupos relacionados por el diagnóstico" (GRD o *Diagnosis-related group*, en terminología sajona). De este método se excluye la rehabilitación y los cuidados a crónicos y de largo plazo.

Recordemos que los GRD (o DRG) constituyen un sistema diseñado a principios de los años 80 por Robert B. Fetter y colaboradores de la Universidad de Yale, como herramienta de gestión hospitalaria mediante la clasificación de pacientes en grupos de isoconsumo de recursos o clases clínicamente coherentes respecto del mismo consumo de recursos, de manera que se maximice el nivel de homogeneidad dentro de cada grupo (Fetter et al, 1980). Trata de la clasificación de los procesos asistenciales, a través de la agrupación homogénea de los pacientes que requieren un paquete similar de recursos asistenciales, según diagnósticos primarios y secundarios, con la consideración de otras circunstancias claramente influyentes en la cantidad, calidad y tiempo de consumo de recursos necesarios para la prestación de los servicios sanitarios. Constituyen el fundamento de los sistemas de medición del *case mix* hospitalario, orientados al procedimiento de pago por proceso.

Las clasificaciones en grupos relacionados con el diagnóstico se consideran procedimientos innovadores y efectivos para la contención de costes, en la medida en que proporcionan incentivos para reducir la utilización hospitalaria, y hacen posible la participación de los médicos en el producto final hospitalario. En este sentido, el algoritmo de los GRDs se construye a partir de 16 diagnósticos principales (las llamadas categorías diagnósticas mayores o CDM); según subgrupos médicos que se subclasifican por intensidad de consumo de recursos o subgrupos quirúrgicos que se subclasifican conforme al tipo de diagnóstico principal, y según subclases a partir de la edad y la presencia o ausencia de complicaciones. Las nuevas versiones de los GRDs refinados (*refined DRGs*) incluyen ajustes que tienen en cuenta la gravedad de los pacientes en cada grupo, al objeto de mejorar la predicción de los costes.

Volviendo a la situación específica de Italia y examinando los mecanismos de remuneración de los profesionales médicos del Sistema, mientras que los facultativos que trabajan en hospitales se vinculan al Sistema como personal asalariado, los médicos generales y los pediatras prestan sus servicios como contratados independientes del

Servicio Nacional de Salud y sus honorarios se fijan fundamentalmente sobre la base de un esquema de capitación.

Las reformas han tenido la intención de proporcionar incentivos a la eficiencia, la obtención de ingresos adicionales a través de cargos por tratamientos específicos y el ofrecimiento de incentivos financieros para una contención efectiva de costes.

4.3.9. Polonia

El sistema polaco de financiación es una mezcla público-privada. Respecto a la financiación pública, ésta emerge de las contribuciones al seguro de salud, primas de seguro voluntario, el presupuesto del estado y el presupuesto de las autoridades regionales. El seguro obligatorio se calcula en función de los ingresos y la clase social (Kuszewski y Gericke, 2005).

En cuanto a la aportación estatal polaca, es un tanto limitada y se refiere principalmente a los programas de salud pública, las contribuciones de grupos específicos de población (tales como desempleados, pensionistas, granjeros, veteranos de guerra y otros) e inversión en instituciones sanitarias públicas.

Todos los fondos son gestionados por el NHF y las contribuciones obligatorias suponen el 80% del presupuesto total del NHF y los presupuestos del Estado el 10%. A este respecto, el pago de los servicios sigue siendo hoy en día un reto importante para el NHF.

4.3.10. Reino Unido

El Servicio Nacional de Salud es financiado principalmente a través de los impuestos generales: directos --contribuciones en función del ingreso de trabajadores-- e indirectos, fundamentalmente a través del impuesto de valor añadido. La financiación ulterior para los servicios sociales está disponible por la vía de la tributación local.

La financiación privada puede subdividirse en: pagos en efectivo para fármacos prescritos, servicios oftalmológicos y dentales, y primas de seguro médico privado (Robinson et al, 1999).

En el año 2003, el Gobierno anunció que tenía la intención de recaudar un 1% más de ingresos en concepto de impuesto directamente destinado al Servicio Nacional de Salud.

El gasto total en salud del Reino Unido se ha mantenido bastante bajo con relación a la media EU-15 (antes de mayo de 2004). En 2002, se calculó que se correspondía con un 7,7% del Producto Interior Bruto (PIB). Se estimó que con la financiación pública se cubría un 83% del gasto total. En el mismo año, el gasto en asistencia sanitaria -expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo- fue de 2.160 $(US) *per cápita*.

En Inglaterra, los presupuestos de Asistencia Sanitaria se fijan cada tres años, después de las negociaciones entre el Ministerio de Hacienda y el Departamento de Salud. En el resto de los países constituyentes del Reino Unido, los presupuestos se determinan

de forma independiente. Los Consejos Locales de Sanidad (LHB) y los Consorcios de Atención Primaria (PCT o *Primary Care Trusts*, en terminología sajona), que cubren poblaciones de 50.000 a 250.000 personas, son los principales compradores de servicios de salud. A la hora de asignar los fondos del gobierno central a los PCT y LHB se utiliza una fórmula ponderada de capitación. Para este fin, se ha venido utilizando el método RAWP (acrónimo que viene de las siglas *Resource Allocation Working Party,* "Grupo de Trabajo para la Asignación de Recursos"), que ajusta por medidas de necesidad relativa utilizando la Razón Estandarizada de Mortalidad o de Morbilidad, por ser un indicador disponible con suficiente desglose geográfico, siendo generalmente factible realizar cálculos por diagnóstico, edad y sexo. La idea es conseguir una distribución equitativa de recursos (en función de las necesidades).

Los médicos generales o de Atención Primaria (GP o *general practitioners*) trabajan por cuenta propia. En abril de 2004 se introdujo un cambio en el sistema de remuneración de sus servicios. De ser un sistema basado fundamentalmente de capitación (población adscrita al médico general) y concesiones fijas, pasó a combinar los llamados "puntos de calidad" (evaluación de rendimiento a través de indicadores específicos) junto al citado cupo de pacientes adscritos, estando pendiente de evaluar hasta qué punto este sistema remunerativo introduce alguna ventaja. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que la mayor parte de la población se concentra en áreas urbanas, de manera que el acceso y la sostenibilidad de los servicios de calidad se ven reducidos en áreas remotas y rurales.

En cuanto a los hospitales, tienen una financiación basada en contratos-marco y servicios prestados. La mayoría del personal del hospital es asalariado fijo, pero los facultativos especialistas consultores tienen permitido trabajar en paralelo dentro del sector privado.

4.3.11. República Checa

La mayoría de la financiación (80,5%) proviene de los fondos obtenidos a través del seguro obligatorio. Durante los últimos años, las entidades aseguradas han experimentado una serie de dificultades financieras causadas principalmente por factores como la inadecuada inspección y control de la carga de trabajo de los profesionales, los niveles de contribución insuficientes y la insostenibilidad a largo plazo del sistema de pago por servicio (*fee for service*). El actual Ministro de Salud, Tomas Julinek, ha propuesto reformas fundamentales para abordar estos retos, tocando temas como la definición de los derechos de los pacientes y las condiciones de los proveedores de servicios.

Aunque todos los partidos políticos han expresado su opinión de que es prioritario disponer de un mejor sistema sanitario, parece haber poco acuerdo en cómo llevar a cabo las reformas y es difícil predecir exactamente cómo evolucionarán los acontecimientos en los próximos meses.

Las contribuciones al sistema están definidas por ley de la siguiente manera: los empleados aportan el 4,5% de sus ingresos (antes de impuestos) y los empleadores el 9%. La segunda fuente de financiación del sistema son los impuestos (10,2% del total en 2002). Éstos se utilizan principalmente para cubrir el gasto nacional de los hospitales.

4.3.12. Suecia

El sistema de salud sueco se financia fundamentalmente a través de impuestos. Tanto los condados como los municipios están autorizados a instaurar impuestos en su población, de acuerdo con los ingresos. Además de éstos, la financiación se suplementa con ayudas estatales y pagos directos por parte de los usuarios (Glenngard et al, 2006).

La proporción del presupuesto total movilizado para el sistema sanitario en los últimos 20 años se ha incrementado considerablemente.

4.4. Provisión de servicios de salud

En este apartado se describen elementos organizativos que explican la forma en la que se articula la provisión de servicios en países europeos seleccionados para el análisis comparativo en este estudio.

4.4.1. Alemania

Los cuidados ambulatorios se administran, por un lado, por los médicos de Atención Primaria, que poseen un contrato con los fondos de seguro de enfermedad y, por otro lado, por los médicos especialistas con práctica privada. Los pacientes tienen capacidad de elegir libremente a los médicos, psicoterapeutas, dentistas, farmacéuticos y asistencia de urgencias.

Hasta ahora no existe un sistema formal de puerta de entrada (*gate-keeping*) que sea ejercido por los médicos de Atención Primaria (que representan cerca de la mitad de los médicos que prestan cuidados ambulatorios). Sin embargo, las competencias de éstos en tareas de coordinación han sido reforzadas en los últimos años y las últimas medidas gubernamentales y de los *Länder* han venido a obligar a los fondos de seguro de enfermedad a ofrecer modelos de "puerta de entrada" a sus miembros desde enero de 2004 (Busse y Riesberg, 2004).

El cuidado de los pacientes hospitalizados ("hospitales de agudos") lo realiza un conjunto de proveedores públicos y privados: el sector público cuenta con el 53% de las camas hospitalarias disponibles en el país para agudos, las organizaciones "sin ánimo de lucro" con el 39%, y el sector privado con el 8%. Aunque el número de camas y la duración media de la estancia en los hospitales de agudos han disminuido sustancialmente (6,3 camas por cada 1.000 habitantes y 9,3 días en 2001), Alemania todavía se encuentra en las primeras posiciones en cuanto a estos indicadores entre los 15 estados miembros de la UE. La separación, tradicionalmente estricta, entre la atención ambulatoria y hospitalaria se ha suavizado durante estos últimos años por medio de la promoción de clínicas de pacientes no hospitalizados o consultas externas en hospitales, programas trans-sectoriales de gestión de enfermedades (*disease management*) y redes de provisión de cuidados especializados.

En el período 1990-2002, el número de facultativos aumentó un 20%. El número de enfermeras aumentó, a su vez, un 8% en el 2001. En la actualidad, aproximadamente la mitad del personal en hospitales es fijo asalariado, estando el resto vinculado a través de contratas o de fórmulas de empleo temporal.

4.4.2. Austria

Los servicios de salud pública son competencia de los *länders* y en su mayoría están descentralizados hacia las autoridades locales o de distrito.

Los beneficiarios del sistema de seguridad social tienen libre elección de servicios de atención ambulatoria entre la oferta existente (profesionales autónomos o clínicas).

Como una parte de los acuerdos generales, se negocia un plan de localización con los facultativos, sobre la base del cual cada aseguradora financia selectivamente a una serie de profesionales. Este plan regula el número y la distribución geográfica de los profesionales prestadores de servicios de acuerdo a factores sociodemográficos y la capacidad de reclutamiento de los hospitales de área (Horfmarcher y Rack, 2006).

En el año 2003, más del 43% de los profesionales sanitarios autónomos tenían relaciones contractuales con una o más entidades aseguradoras. Por otra parte, en el año 2004, las entidades aseguradoras financiaron una media de 5,5 casos con profesionales con relaciones contractuales y una media de 1,2 casos con profesionales no contratados a través del reembolso de gastos. Los servicios reembolsados a esta última categoría de profesionales corresponden al 80% de la tasa que es pagada a un profesional contratado por el mismo servicio.

La asistencia hospitalaria es suministrada por hospitales públicos (49%), organizaciones sin ánimo de lucro (19%) y compañías privadas (17%).

Desde el año 2006, los productos farmacéuticos son aprobados por *PharmMed* Austria. Asimismo, la Federación Austriaca de Seguridad Social es la que decide sobre el reembolso de fármacos, tarea para la cual es aconsejada por la Comisión de Evaluación de Medicamentos.

4.4.3. Bulgaria

Hasta 1998, el sistema de contratos entre el *National Health Insurance Fund* (NHIF) y los provisores de servicios ha marcado las directrices de asistencia sanitaria.

Los hospitales reciben la financiación del NHIF a través del pago por casos atendidos.

Desde 1999 se han establecido nuevos tipos de atención ambulatoria (primaria y consultas externas) (Georgieva et al, 2007). La Atención Primaria se presta por parte de los facultativos que trabajan en entidades privadas, policlínicas o consultas externas en base a cápitas. En el caso de que el paciente quiera acceder directamente a la consulta del especialista, el coste corre al 100% de su bolsillo.

Los cuidados hospitalarios en Bulgaria son proporcionados por entidades públicas y privadas. Los hospitales se diferencian entre hospitales multidisciplinares y especializados.

4.4.4. Eslovenia

Tanto los proveedores públicos como privados prestan servicios de Atención Primaria. Los proveedores públicos incluyen a los centros de salud y las estaciones de salud.

Estas últimas están dotadas de urgencias, médicos de familia, pediatras y servicios de diagnóstico básicos, y están conectadas a los centros de salud más cercanos para el tratamiento de enfermedades más complejas (Albreht et al, 2002).

Los empleados de los centros de salud son empleados públicos, que pueden ejercer en el ámbito privado previa autorización.

La población cubierta tiene derecho a la elección de facultativo de Atención Primaria, renovable cada año, y que actúa como puerta de entrada al sistema.

En cuanto a los servicios secundarios y terciarios, éstos se llevan a cabo en hospitales o instalaciones de carácter privado. Los hospitales proporcionan el 75% de la asistencia entre pacientes internos y externos.

Respecto a la prestación de servicios farmacéuticos, Eslovenia dispone de una lista denominada positiva y una denomina intermedia. Además, existe también una lista negativa. El reembolso de los productos incluidos en la primera es de un 75% y los de la segunda de un 25%.

Los dos problemas más importantes en relación con los productos farmacéuticos en Eslovenia son comunes al resto de países europeos, y se pueden resumir en dos: incremento del nivel de consumo e incremento de los precios.

4.4.5. España

La Atención Primaria de Salud se considera como el primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria. Este tipo de atención se organiza en Áreas Básicas de Salud o unidades territoriales, que concentran el núcleo fundamental de la actividad asistencial en el Centro de Atención Primaria, compuesto por una serie de profesionales, con un núcleo fijo común (médicos de familia, pediatras, enfermeros, personal auxiliar y, en casi todas las CC.AA., también trabajadores sociales) al que se adscriben otros profesionales, que en algunas comunidades están incorporados al Equipo de Atención Primaria (EAP) y en otras constituyen estructuras de apoyo al mismo; éste es el caso de los odontólogos, fisioterapeutas, matronas, veterinarios y farmacéuticos.

La cobertura poblacional de los EAP se sitúa en 2001 en torno al 90%, presentando un rango entre CC.AA. que oscila entre el 83 y el 100%.

El número de médicos se sitúa en 71 cada 100.000 habitantes. Desde la otra perspectiva, el promedio de habitantes asignados a cada médico de familia era de 1.900 en el año 2001, el correspondiente a pediatras 1.080 y el relativo a personal de enfermería de 1.750.

La Atención Especializada constituye el segundo nivel de acceso a la asistencia sanitaria. Fundamentalmente se presta a través de recursos de internamiento hospitalario, consultas especializadas, atención de urgencias, hospitales de día, hospitalización a domicilio y unidades de cirugía mayor ambulatoria localizadas en los hospitales y centros de especialidades. Sin embargo, el concepto tradicional de hospital se ha visto supe-

rado por las nuevas formas de estructuración y organización de la asistencia sanitaria especializada.

En este sentido, desde los años 90 la Atención Especializada pública ha dado lugar a experiencias de integración funcional del hospital y de los centros de especialidades en un único nivel de asistencia especializada, de tal forma que cuenta con recursos comunes tanto humanos como materiales en los diferentes centros de las Áreas Sanitarias. Esta nueva forma de organización presenta características propias y diferenciadas dependiendo de la CC.AA. de que se trate.

4.4.6. Estonia

La reforma emprendida en 1991 nació con el objetivo de establecer la Medicina de Familia como una especialidad médica. Así pues no existe una distinción clara, entre la Atención Primaria y la Atención Ambulatoria Especializada.

Los principales servicios prestados por los médicos de familia incluyen procedimientos diagnósticos, tratamiento de patologías generales, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El paciente debe ser remitido por su médico de familia para acceder a una consulta con el especialista, a excepción de algunas especialidades, como Oftalmología, Ginecología, Psiquiatría y Odontología (Koppel et al, 2008).

Cada médico de familia tiene asignado un cupo de pacientes y éstos pueden solicitar el cambio de facultativo tantas veces como deseen.

En cuanto a la Atención Especializada en Estonia se diferencian dos tipos: la ambulatoria y la hospitalaria.

La Atención Especializada ambulatoria se presta en policlínicas, centros de salud y consultas externas, así como a través de facultativos independientes que ejercen en el ámbito privado. Tanto unos como otros, tienen contratos de prestación de servicios con el EHIF.

En cuanto a la Atención Especializada hospitalaria es suministrada a través de los hospitales regionales, centrales y generales (o locales). Todos ellos deben estar acreditados por la Mesa de Asistencia Sanitaria y operan de acuerdo al derecho privado o en calidad de entidades sin ánimo de lucro. La mayoría de los hospitales son propiedad del gobierno municipal, pero con considerables niveles de decisión en cuanto a la renovación de infraestructuras, contratación de personal, condiciones laborales de sus empleados, etc.

En cuanto a los servicios de farmacia, la Agencia Estatal de Medicamentos de Estonia (SAM) es la responsable del control de todos los productos farmacéuticos desde el año 2000. Además, la SAM es la encargada de dar la autorización de nuevos productos de probada calidad, seguridad y eficacia, aprueba los ensayos clínicos, regula la publicidad y realiza las tareas de farmacovigilancia.

La *Estonian Health Insurance Fund* (EHIF) reembolsa los medicamentos incluidos en el listado de cobertura.

4.4.7. Francia

En Francia existen aproximadamente 1,6 millones de profesionales de la salud, cifra que se corresponde con un 6,2% de la población activa. En el año 2002 había 3,3 médicos y 6,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes, lo cual sitúa a Francia por debajo de la media europea UE-15. La distribución de facultativos muestra disparidades geográficas: mayor densidad en París y el sur de Francia, y en el ámbito urbano en relación con el rural.

La Atención Primaria de salud (y la mayor parte de la denominada atención secundaria) se provee de médicos autónomos, dentistas, auxiliares sanitarios, unos 1.000 Centros de Salud bajo la dirección de las administraciones locales, y -en menor grado- por plantillas asalariadas de hospitales.

Lo más llamativo es el hecho de que no existe un filtro de primera línea para la entrada al sistema (lo que se conoce como "puerta de entrada" o *gate-keeping*) y los pacientes pueden elegir libremente al facultativo. Esta libertad de elección de médico es una de las características más notables del sistema francés, representando un elemento apreciado por los ciudadanos, pero también es una fuente de complejidad para el control del gasto sanitario, por lo que algunos han propuesto restringir la libre elección, de cara a "ordenar de forma eficiente la entrada al sistema". En cualquier caso, los recientes intentos para introducir un sistema de "puerta de entrada" no han obtenido éxito, a pesar de los incentivos financieros propuestos tanto para doctores como para pacientes.

En cuanto a la atención terciaria o más especializada, ha de señalarse que la mayoría de los hospitales en Francia son públicos (65% de las camas de hospitalización), existiendo también hospitales privados sin ánimo de lucro (15%) y hospitales privados con ánimo de lucro (20%). Mientras, los hospitales con ánimo de lucro se ocupan fundamentalmente de procedimientos de cirugía menor; los hospitales públicos y privados "sin ánimo de lucro" se centran proporcionalmente más en urgencias y admisiones relacionadas, rehabilitación, cuidados crónicos (a largo plazo) y tratamiento psiquiátrico.

En cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias, Francia se aproxima a la media de los 15 Estados Miembros originales de la UE, con 8,4 camas por cada 1.000 habitantes, la mitad de las cuales son camas para hospitalizaciones de patologías "agudas".

Los muchos actores y fuentes de recursos financieros implicados en la política y práctica sanitaria en Francia dan lugar a una falta de cohesión entre los actores y a responsabilidades que quedan algo difusas o diluidas. En marzo de 2003, se presentó un nuevo proyecto de ley para acometer este problema, con el objeto de definir un marco legislativo exhaustivo para una política sanitaria que desarrolle planes estratégicos en áreas de prioridad designadas y establezca un marco de objetivos y metas. El tema está aún pendiente de articular.

4.4.8. Holanda

La Atención Primaria se provee a través de los médicos de familia con la puerta de acceso al sistema y figuras principales en el sistema sanitario holandés. Cada paciente tiene asignado un médico de familia, que es el responsable de referir al paciente a los servicios de especialistas.

La importancia de los médicos de familia como puerta de acceso al sistema se manifiesta en la baja tasa de remisión a los servicios de especialistas, de forma que la Atención Primaria representa 2/3 de la atención ambulatoria (Den Exter et al, 2004).

Los médicos de familia invierten bastante tiempo en la comunicación con los pacientes como una parte más del tratamiento integral. Este hecho explica las bajas tasas de prescripción situadas en el 66% y que difieren de los porcentajes en otros países europeos situados entre el 75 y el 95%.

Los cuidados secundarios y terciarios se facilitan principalmente a través de los hospitales, en las consultas externas y hospitalarias. Más del 90% de los hospitales son privados.

La política farmacéutica holandesa persigue tres objetivos: alta calidad, control del gasto y uso racional. Una vez que un medicamento es autorizado para su uso en el país, el gobierno determina si debe ser reembolsado o no a través de estudios coste-beneficio entre el nuevo tratamiento y el ya existente en la cartera de servicios. El reembolso está basado en el precio medio de las especialidades farmacéuticas con un efecto comparable (sistema de precios de referencia). En el caso de que el precio sea mayor que el de la media, el consumidor debe pagar la diferencia.

4.4.9. Italia

En Italia hay aproximadamente 6,1 médicos por cada 1.000 habitantes (cifras del 2001), una de las proporciones más altas en Europa occidental. Como contraste, el número de enfermeras es aproximadamente de 3,0 por cada 1.000 habitantes, y está entre los más bajos de la media de la UE.

Los médicos generalistas y los pediatras que trabajan para el Servicio Nacional de Salud como contratados independientes ofrecen servicios de Atención Primaria y actúan como "puerta de entrada" (*gatekeepers*) de la atención secundaria especializada (Donatini et al, 2001).

Las unidades locales de salud son responsables de proteger y promover la salud pública, fundamentalmente a través de la prevención de enfermedades (especialmente la inmunización mediante vacunaciones frente a enfermedades infecciosas), la promoción de la salud, y el control higiénico de los alimentos/seguridad alimentaria.

Los servicios de especialidades médicas son proporcionados, bien directamente por los servicios ambulatorios de las unidades locales de salud, o bien a través de las consultas externas de centros hospitalarios públicos (61%) y privados (en su mayoría definidos como "sin ánimo de lucro"), debidamente acreditadas por las unidades locales de salud.

El número de camas por cada 1.000 habitantes ha descendido desde 7,2 en 1990 hasta 4 en el 2001.

4.4.10. Polonia

La Atención Primaria y la Medicina de Familia son conceptos relativamente novedosos en Polonia, y habían estado muy devaluados hasta 1991, cuando la estrategia de me-

jora del *estatus* y calidad de la Atención Primaria se puso en marcha bajo el nombre "Medicina de Familia". El pago se produce en base a cápitas.

Existe una gran división entre los pacientes externos e internos en Atención Especializada. Los especialistas que trabajan con pacientes internos, en base a su contrato con los financiadores de servicios, no pueden ejercer con pacientes externos (Kuszewski y Gericke, 2005).

El sector de los pacientes externos está basado principalmente en profesionales en la práctica privada, excepto en las grandes ciudades, donde se han constituido centros de Atención Especializada, que operan como instituciones sanitarias independientes.

En el año 2003 había 723 hospitales públicos en Polonia. Los hospitales se clasifican de la siguiente forma:

- Hospitales de primer nivel de referencia, creados principalmente por los gobiernos regionales y que prestan servicios de Medicina Interna, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría.
- Hospitales de segundo nivel de referencia, que prestan servicios de otras especialidades tales como: Cardiología, Dermatología, Oncología, Urología y Neurología.
- Hospitales de tercer nivel de referencia, que proporcionan un nivel de especialización elevado.

La financiación de los hospitales proviene principalmente del *National Health Funding* (NHF).

El Ministerio de Sanidad es el responsable de autorizar nuevos medicamentos en base a criterios de seguridad, calidad y eficacia. A este respecto, los medicamentos que son objeto de reembolso se dividen en dos grandes categorías: medicamentos destinados a todos los beneficiarios y medicamentos destinados a aquellos pacientes con determinadas enfermedades crónicas. Ambos llevan asociados un nivel de co-pago.

Una vez que un determinado producto es aprobado, la industria farmacéutica negocia su precio.

4.4.11. Reino Unido

En el Reino Unido, la Atención Primaria se provee con fondos públicos, por parte de los médicos generalistas (GP), en equipos clínicos básicos (con una media de 3 GP por cada centro). El paciente ha de ser residente del área del equipo clínico designado para poder registrarse con un GP. En Inglaterra, en el año 2002, cada GP era responsable de una media de 1.800 personas de la comunidad local en la que trabajaba.

Aunque hay un número pequeño de clínicas abiertas directamente a pacientes en el Servicio Nacional de Salud (NHS), los médicos generales o de Atención Primaria actúan como "puerta de entrada" (*gate-keepers*) del sistema, de forma que son ellos los que remiten que el paciente pueda acceder a la Atención Secundaria y, por lo tanto, a los servicios de un especialista.

En 2002, el Reino Unido tenía 3,9 camas hospitalarias de "agudos" por cada 1.000 habitantes. En el 2004, la Atención Secundaria en el NHS inglés fue administrada por 209 *trusts* (Fundaciones Públicas o Consorcios) del NHS. A su vez, 23 *trusts* de Salud Mental ofrecían servicios de Psiquiatría para hospitales y en consultas especializadas (Robinson et al, 1999).

Existen alrededor de 240 hospitales de agudos privados, aunque globalmente llegan a ofrecer menos del 5% de todas las camas hospitalarias disponibles en el país.

En el año 2001, había 0,6 GP por cada 1.000 habitantes. La realidad es que se considera que hay un déficit de personal cualificado en el Servicio Nacional de Salud. En vista de ello, el gobierno comprometió a aumentar la plantilla del NHS, mediante el establecimiento de unas metas para el aumento de personal que se decía que debían cumplirse en Inglaterra para finales de 2004 (con la idea de, entre otras cosas, reforzar la fuerza de trabajo de Atención Primaria mediante la adición de 2.000 GP).

La Asamblea Galesa de Gobierno también fijó unos objetivos para acrecentar el número de médicos, enfermeras y dentistas en Gales, y medidas similares se están poniendo en práctica en Escocia y en Irlanda del Norte.

Las estructuras organizativas para la administración y reparto de servicios sanitarios difieren entre los distintos países constituyentes del Reino Unido. En Inglaterra, por ejemplo, el personal de salud pública funciona dentro de los Departamentos Central y Regional de Salud, las denominadas Autoridades Estratégicas de Salud y los *trusts* (Fundaciones Públicas o Consorcios) de Atención Primaria (PCT). En Gales, se ha establecido un Servicio Nacional de Salud Pública para ofrecer servicios y apoyo a los Consejos Locales de Sanidad (LHB), a otras organizaciones dentro del NHS y a las autoridades locales.

4.4.12. República Checa

En Enero de 2003, las oficinas regionales de Salud Pública fueron sustituidas por sus homólogas de distrito. Estas oficinas son las responsables de la vigilancia epidemiológica, los programas de inmunización y las medidas de protección de la salud.

La atención ambulatoria, actualmente, se encuentra divida entre el estado, las regiones y las entidades aseguradoras. Los ciudadanos eligen un médico de Atención Primaria, y esta elección puede ser renovada cada tres meses. Por otra parte, hay un médico de familia por cada 1.650 habitantes mayores de 15 años y un pediatra por cada 1.050 niños (Rokosová y Háva, 2005).

Más del 95% de la Atención Primaria fue privatizada en 2002. La mayoría de los facultativos que trabajan con las aseguradoras lo hace aisladamente o en centros de titularidad municipal o policlínicas donde deben pagar un alquiler por el uso de las instalaciones.

Una gran parte de la labor de estos facultativos se dirige a la expedición de bajas laborales, a pesar de que se están llevando a cabo iniciativas dirigidas a incentivar su implicación en otras áreas, como la provisión de servicios más especializados.

La principal forma de reembolso es la *cápita*.

En cuanto a la atención especializada/hospitalaria, ésta se presta en las consultas de los facultativos, hospitales y otras instalaciones a tal efecto.

Cerca del 75% de los servicios de consultas externas ha sido privatizado, y el acceso del paciente no está restringido por la Atención Primaria.

Los hospitales responden a una mezcla público-privada de hospitales regionales, de distrito, locales y universitarios. En este sentido, el gobierno posee 19 hospitales que suponen un 9,5% del total y constituyen el 26,9% de las camas. Por su parte, los hospitales privados constituyen el 31% del total y el 10,6% de las camas.

4.4.13. Suecia

Cada condado tiene potestad para decidir libremente cómo proveer los servicios de Atención Primaria a sus habitantes. En la gran mayoría de los casos, estos servicios son prestados a nivel público. Además de éstos, hay proveedores privados que ejercen fundamentalmente en el ámbito local.

En el año 2003, de los cerca 1.100 centros de salud existentes, 300 eran privados.

En cuanto a la atención hospitalaria, los servicios son prestados por el condado en los hospitales regionales. En comparación con otros países europeos, Suecia posee una elevada proporción de recursos destinados a la atención hospitalaria (Glenngard et al, 2006). Respecto a la tipología de los hospitales podemos diferenciar entre: hospitales de distrito, hospitales centrales y hospitales regionales, dentro de cada condado.

En cuanto a centros superespecializados, Suecia cuenta con 6 regiones sanitarias, en las que los condados cooperan en términos de prestación de servicio.

Los fármacos deben ser aprobados por la Agencia de Productos Médicos. En paralelo, la Mesa de Beneficio Farmacéutico es la responsable de determinar si un fármaco o producto específico debe incluirse en la cartera de servicios. En caso de ser así, se inicia el proceso de negociación del precio con la compañía farmacéutica correspondiente.

4.5. Mecanismos y políticas de control del gasto

El reto omnipresente de la sostenibilidad económica es un denominador común a la mayoría de sistemas sanitarios europeos. Las medidas encaminadas a mejorar la gestión de los recursos disponibles en materia sanitaria, así como las iniciativas de control de gasto, han sido objeto de estudio en los últimos años.

Como paradigma de estas iniciativas, se han intentando establecer mecanismos de control de consumo y de control de precios de las especialidades farmacéuticas que revisaremos para algunos de los sistemas sanitarios europeos.

Se ha sugerido que el objetivo perseguido inicialmente con las Evaluaciones Económicas de Medicamentos (EEM) era contener el gasto farmacéutico. Sin embargo, el tiempo ha

demostrado que "eficiencia" no siempre es sinónimo de ahorro y que gastar de manera eficiente no necesariamente significa gastar menos, aunque sí debería significar gastar mejor.

La mayoría de los medicamentos eficientes no ahorran dinero (no olvidemos que una opción terapéutica cuyo CE incremental es de 20.000 euros/AVAC respecto a otra de base, significa que es necesario pagar 20.000 euros extra por cada AVAC adicional conseguido respecto a la opción de base).

Según una revisión de las EEM realizadas en todo el mundo durante 25 años, tan sólo un 19% de las intervenciones sanitarias producía ahorros netos directamente identificables en el análisis de balance presupuestario a corto plazo. Por ello, tenemos que empezar a concienciarnos de que los nuevos fármacos y dispositivos médicos pueden contribuir a que los pacientes se sientan mejor o vivan más tiempo, pero raramente ahorrarán dinero de forma directa. Sin embargo, hemos de recordar el principio de que el objetivo del presupuesto de un sistema no es el de ahorrar, sino el de ser utilizado de la mejor forma posible para responder a su función de servir a los ciudadanos.

La conferencia interministerial que tuvo lugar recientemente (junio de 2008) en Tallin (Estonia) versó sobre la importancia de los sistemas sanitarios y del cambio de paradigma. En lugar de gasto en sanidad se pasó a hablar de inversión en salud, bajo la perspectiva de que invertir en salud es invertir en el desarrollo de los propios países (*health and wealth*).

La existencia de estructuras presupuestarias segmentadas para cada uno de los componentes del gasto sanitario es una de las principales barreras identificadas por la mayoría de los expertos para adoptar el criterio de eficiencia. Este problema, que puede considerarse un mal endémico en Europa, favorece la aparición de mentalidades de compartimento estanco o de "silo" que, en la práctica, suponen que no se tenga en cuenta el ahorro que puede generar una determinada intervención, si dicho ahorro no impacta en el propio presupuesto de forma visible directa y a corto plazo.

Es necesario matizar que la raíz del problema no es la existencia de un presupuesto farmacéutico, ya que ésta es la única forma en la que el gestor puede hacer un seguimiento de la evolución del gasto en medicamentos, sino que no se analice, al mismo tiempo, cuál es el impacto que tienen las variaciones en esta partida (de gasto farmacéutico) sobre las partidas del resto de los presupuestos del sistema sanitario y social (reingresos, incapacidades temporales, cuidados sociales…).

4.5.1. Alemania

Las reformas del sistema sanitario alemán de los últimos tiempos han ido encaminadas a la contención del gasto. Paralelamente, otros objetivos tales como la efectividad, idoneidad, calidad y coste-efectividad han ido ganando peso entre los proveedores de salud alemanes.

Además de esto, otras reformas de carácter no sanitario, tales como la reunificación de Alemania y las directivas de la UE, han incidido en las formas de financiación y prestación de servicios sanitarios en Alemania.

Las reformas introducidas entre los años 1989 y 1995 iban encaminadas sobre todo al control del gasto en el sector sanitario. Además de éstas, se introdujeron regulaciones que estimulaban la competitividad en el sector hospitalario. Por otra parte, la reforma llevada a cabo entre los años 1996 y 1997 se encaminó al recorte de las prestaciones a nivel preventivo y de rehabilitación, con un aumento del co-pago por determinados servicios.

Ya para el periodo 2000-2003, se introdujo de forma progresiva una gran variedad de pequeñas medidas, tales como el control de precios, la negociación de precios por parte de los órganos de gobierno del seguro de enfermedad así como la comunicación del volumen de prescripción a los facultativos.

Desde el año 2003, los nuevos fármacos que se introducen en el mercado son cubiertos por el seguro, a excepción de aquellos que se incluyen en la lista negativa debido a su ineficiencia, o bien porque son utilizados en el tratamiento de enfermedades triviales.

Por último, el estatuto de modernización del seguro de enfermedad en 2004, introdujo todo un arsenal de medidas de contención del gasto y cambios estructurales en el sector farmacéutico. Desde la reforma, los niveles de co-pago han aumentado, los beneficios del seguro obligatorio se han reducido, al igual que las rebajas en el sector farmacéutico, traduciéndose estas medidas en grandes ahorros para los fondos de aseguramiento, pero no han dado lugar a un descenso de las primas, tal y como esperaba el gobierno federal.

4.5.2. Austria

El gasto farmacéutico ha aumentado desde principios de 1990. La razón para este aumento son los cambios demográficos y el progreso de la Medicina. El aumento desproporcionado del gasto farmacéutico afectó fundamentalmente a las compañías aseguradoras (sobre todo para el caso de medicamentos de patente reciente sujetos a la supervisión de los facultativos).

En comparación con los demás países, la proporción de fármacos genéricos en el mercado austriaco es muy baja (menos del 10%). Además, más del 60% del aumento de coste es debido a los medicamentos que necesitan la autorización del "médico de cabecera".

A lo largo de los últimos años, han ido aumentando las regulaciones de los precios y cantidades del mercado farmacéutico. En 2003, el Ministerio Federal de Sanidad (entonces denominado *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, en terminología alemana* – o *Austrian Federal Ministry for health and women* en los documentos de la UE) inició las negociaciones con varios grupos de interés (industria farmacéutica, médicos, farmacéuticos, etc.) para llevar a cabo un paquete de reformas en dicho sector. Esta reforma se focalizaba principalmente en medidas de contención del gasto. El resultado fue la presentación a finales de 2003 de un nuevo "código de reembolso" para el sistema de seguridad social que trata de abarcar los defectos estructurales en la distribución y acceso al mercado de fármacos innovadores y genéricos. Este nuevo código está caracterizado como *Box System* (Horfmarcher y Rack, 2006).

Desde el año 2004, cada medicamento es asignado a una "caja" (categoría), a las cuales se les aplican diferentes condiciones de reembolso y regulación de precio. La "Caja Roja" contiene (por un periodo limitado y definido de tiempo) todos los productos farmacéuticos con licencia de comercialización. Estos están sujetos a la prescripción y autorización por parte de los facultativos, así como a controles por parte de las entidades aseguradoras. Estos controles se refieren a los requisitos médicos de grupos de pacientes, indicaciones especiales y estadios de la enfermedad, al igual que la incidencia y prevalencia de la enfermedad. El resto de medicamentos se dividen entre los que tienen un importante valor terapéutico añadido ("Caja Amarilla") y los que pueden ser prescritos libremente ("Caja Verde").

Los precios se fijan de acuerdo a la media de la UE para la "Caja Roja", están sujetos a descuentos por cantidades adquiridas para la "Caja Amarilla", y son objeto de promociones en el caso de los genéricos y los de la "Caja Verde".

4.5.3. Bélgica

Más de 2.500 productos farmacéuticos están en "lista positiva", por lo que son susceptibles de reembolso parcial o total. El porcentaje de reembolso de los costes depende de la importancia terapéutica del fármaco.

Una característica importante es que son reembolsables sólo para los pacientes cubiertos por seguro médico obligatorio. Para todos aquellos que tengan un seguro por ser autónomo, el coste farmacéutico ambulatorio ha venido siendo cubierto íntegramente por los pacientes. Este escenario cambió en 2008, dando cobertura por el seguro obligatorio a estos últimos.

En 2005, el gasto farmacéutico representaba el 17,6% de los presupuestos de salud. Además, la media anual de crecimiento de estos costes ha ido subiendo progresivamente, de forma que para el 1990-2000 subió un 7,5% y del 2000 al 2005 un 6,7% más.

Comparando con otros países europeos, el gasto farmacéutico en Bélgica es superior. En 2004 tenía una media de gasto de 359 euros por habitante en farmacia ambulatoria.

Al menos el 75% de los fármacos reembolsables son prescritos por GP.

Todo esto ha llevado a tomar medidas de control de gasto en los últimos años. En 2002 fueron introducidas las siguientes medidas para modernizar la política farmacéutica:

- Simplificar los procesos y estructuras para aprobar nuevos fármacos, mientras la efectividad de los que ya estaban en el mercado puede ser científicamente revisada.
- Garantizar el suministro de innovaciones farmacoterapéuticas.
- Fomentar el uso de fármacos basado en la evidencia y las guías terapéuticas con atención a la ratio precio/calidad de las diferentes alternativas posibles.
- Implantar objetivos realistas de gasto basados en políticas de toma de decisiones.
- Introducir mecanismos de recuperación para cuando el gasto se excede.

4.5.4. Bulgaria

Hasta 1991, la producción y la distribución de los productos farmacéuticos estaban centralizadas y bajo el poder de la *State Pharmaceutical Company*, la cual cubría todas las funciones relacionadas con el sector farmacéutico. En 1995, *The Phrmaceutical and Human Medicine Pharmacies Act* creó las bases de la reestructuración y privatización de la producción y distribución de los productos farmacéuticos.

En la actualidad, existen alrededor de 30 compañías fabricantes de productos farmacéuticos independientes del Estado, 330 mayoristas, los cuales importan y comercian con 4.518 farmacias, y menos de una docena de distribuidores, que mantienen el 90% del mercado farmacéutico doméstico.

En 2004 se reguló el mercado de los mayoristas por el Ministerio de Sanidad búlgaro y la BDA (Georgieva et al, 2007). Los fabricantes locales de productos farmacéuticos fueron autorizados para distribuir sus propios productos, basados en las licencias y podían participar en la oferta obtenida del Ministerio de Sanidad, el NHIF y los hospitales directamente. Los fabricantes extranjeros podían ser representados de dos formas:

- Por oficinas de representación: no son entidades legales, sólo para promoción y actividades de marketing. La venta de los fármacos la hace directamente una entidad legal extranjera, a través de un proveedor autorizado, el cual después vende y distribuye a las farmacias y participa en las ofertas.
- Por oficinas locales: entidades legales propiedad de compañías extranjeras que tienen licencia para la distribución de fármacos. Éstas pueden participar en las ofertas del Ministerio de Sanidad y el NHIF directamente, y pueden legalmente vender directamente a farmacias, aunque desde el punto de vista práctico no lo hagan porque no tienen su red de distribución propia. Por esta razón, ellos también autorizan mayoristas locales para la oferta hospitalaria.

La *Pharmaceutical and Human Medicine Pharmacies Act* prohíbe explícitamente la venta de fármacos de prescripción por aquellos que no sean farmacias. Los productos OTC se venden sólo en farmacias, parafarmacias y centros similares (*drug stores*).

El consumo de fármacos ha ido incrementándose desde 1999. Mientras que este consumo está aumentando, el número de envases vendidos disminuyó del 2003 al 2004. El mayor cliente de productos farmacéuticos en Bulgaria es el NHIF, que subvenciona los pacientes de consultas externas de grupos vulnerables (bajos ingresos, en paro, retirados, niños y veteranos de guerra) y los fármacos de 21 hospitales universitarios, 28 hospitales multidisciplinarios, dispensarios y 64 centros de hemodiálisis. El NHIF reembolsa completa o parcialmente.

El reembolso de los farmacazo se prioriza para los fármacos indicados para el tratamiento de las siguientes enfermedades:

- Cardiovasculares
- Neurológicas
- Gastroenterológicas
- Diabetes
- Esclerosis

- Esclerosis múltiple
- Metabólicas

En 2003 y 2004, el Ministro de Sanidad búlgaro y el Parlamento aprobaron la cláusula de *Data Exclusivity* y la cláusula de *Roche-Bolar* adoptadas por la EU. Para Bulgaria esto se tradujo en el reconocimiento de la protección de las patentes de los productos farmacéuticos durante 20 años. En 2003 el gobierno introdujo un periodo de 6 años de información para proveer protección adicional al mercado para los fabricantes de fármacos originales, previniendo así la autorización de genéricos durante el periodo de exclusividad.

Para nuevas tecnologías y productos biológicos las patentes tienen una duración de 10 años. Paralelo a todo esto, la aplicación de la cláusula *Roche-Bolar* (en Estados Unidos también conocida como *Hatch-Waxman exemption*) permite a una empresa farmacéutica iniciar los ensayos clínicos y el registro de un fármaco dos años antes de que la patente expire, para empezar la fabricación del fármaco equivalente o relacionado sin solución de continuidad después de que expire dicha patente.

Bulgaria está introduciendo estándares de buenas prácticas clínicas. Actualmente, Bulgaria está intentando crear un sistema de manejo, estructura y control adecuado para la harmonización de la legislación búlgara con los requisitos de UE. También está en proceso de implementar buenos sistemas de información para asegurar unos controles de acceso estrictamente regulados. Otros objetivos recientemente formulados son: incrementar la eficiencia y eficacia del sector farmacéutico, incluyendo asegurar un balance controlado entre la innovación de la industria farmacéutica y las políticas de genéricos e intentar tener precios competitivos de los genéricos búlgaros.

4.5.5. España

El gasto farmacéutico público en España ha crecido en la última década a una tasa superior al gasto sanitario público y este diferencial de crecimiento es aún superior al experimentado por el PIB. Como consecuencia de esta evolución, se tiene la percepción de que el gasto porcentual que supone el componente farmacéutico en relación al gasto sanitario público ha crecido de forma constante en España en la última década, hasta alcanzar valores superiores al 20% en 2000. Sin embargo, antes de llegar a conclusiones precipitadas es preciso adentrarnos en diferentes aspectos relacionados con este tema.

En primer lugar, es necesario conocer los motivos de este crecimiento diferencial del gasto farmacéutico. La respuesta deberá encontrarse en los factores subyacentes a alguna de estas tres variables: el volumen de medicamentos consumidos, los precios de los fármacos o el *mix* (diversidad) de productos prescritos.

En cuanto al volumen de medicamentos consumidos, el número medio de recetas por habitante ha aumentado en la última década en España, si bien este incremento no llega a ser identificado como estadísticamente significativo.

Por otra parte, la población española ha crecido de forma objetiva en este periodo (fundamentalmente gracias a la inmigración), y además ha envejecido sustancialmente: la

población mayor de 65 años ha pasado de suponer el 13,6% del total en 1990 al 16,8% en 2000. Es este segmento de la población el que realiza un mayor consumo de medicamentos.

En España, los precios de los fármacos financiados total o parcialmente con fondos públicos están intervenidos y el índice de precios de los medicamentos prácticamente no ha crecido en la última década. Sin embargo, esto no es óbice para que los productos innovadores que se introducen en el mercado suelan hacerlo a un precio de venta al público superior al de los ya existentes, lo que, en principio, debería repercutir en un aumento del gasto a corto plazo. Ahora bien, hay que tener en cuenta que estos medicamentos suelen sustituir a otros tratamientos menos efectivos para las mismas enfermedades y esto puede revertir en un descenso del gasto sanitario total a medio plazo.

Junto con el gasto farmacéutico, la introducción de nuevas tecnologías sanitarias y el gasto asociado a éstas, ha contribuido a generar expectativas y necesidades en los ciudadanos, que se traducen en aumentos de la demanda de éstos y, en consecuencia, en un incremento del gasto.

Entre los trabajos que más luz han arrojado en este campo en nuestro país, destaca uno reciente sobre el "Acceso de los pacientes a fármacos anticancerígenos en España" elaborado por los mismos expertos del Instituto Karolinska (Bengt Jönsson y Nils Wilking, a los que en esta ocasión se unió Ulf Staginnus) y publicado en un monográfico de la Revista Española Economía de la Salud. Este informe analiza la situación de las 17 comunidades autónomas (CC.AA.) y su diagnóstico habla de "desequilibrios", "arbitrariedades" y "grandes diferencias" entre regiones con respecto al nivel de incorporación y al tiempo que tardan los fármacos contra el cáncer en estar disponibles para los pacientes (Jönsson et al, 2007).

Entre los factores que podrían tener la "culpa" de ello, los autores suecos mencionan la financiación de la investigación, el proceso de reembolso o negociación de precios, el papel de las tecnologías de evaluación sanitaria o los problemas presupuestarios de los hospitales. Así, por ejemplo, Madrid y Cataluña, seguidas del País Vasco, albergan la principal actividad investigadora del país, que representa el 59,7% del total del gasto nacional en I+D. Y son precisamente las dos primeras las que tienen también la mejor y más rápida incorporación de novedades farmacológicas.

España ocupa un discreto puesto 17 en investigación en cáncer en el seno de Europa con 18,3 millones de euros (Reino Unido, Alemania y Francia gastan más de 100 millones anuales). Y eso a pesar del "esfuerzo" realizado en los últimos años para aumentar el presupuesto del PIB dedicado a I+D del 0,7% al 1,07% entre 1998 y 2004. En total, nuestro país ha dedicado unos 92 euros por habitante a la atención sanitaria del cáncer (por debajo de Francia, Alemania, Suecia y Reino Unido).

Desde un punto de vista comparativo, el citado informe concluye que "las comunidades autónomas de Madrid, Navarra, Cataluña, Asturias, Cantabria, Castilla-León y Valencia tienden a estar fundamentalmente por encima de la media española en la incorporación de fármacos, mientras que otras comunidades, en particular La Rioja, Ceuta y

Melilla, Castilla-La Mancha, Andalucía y Canarias están por debajo de la media española en la mayoría de los fármacos examinados en este informe. Las comunidades autónomas de Galicia, País Vasco, Aragón, Extremadura, Baleares y Murcia, en la mayoría de los casos, tienen una posición intermedia en la incorporación de nuevos fármacos para el cáncer" (Jönsson et al, 2007).

En definitiva, a pesar de que España está identificada como uno de los países capaz de incorporar los tratamientos y técnicas novedosas en el sistema de forma más rápida, esta incorporación es desigual, y tiende a verse acompañada en ocasiones de restricciones del uso de fármacos y técnicas en los centros u hospitales a través de la introducción de guías de práctica clínica de uso interno. Dado que el acceso a diagnósticos y fármacos depende en buena medida de una financiación adecuada y suficiente dentro de los propios sistemas sanitarios, y en el caso de España, la mayoría de los fármacos contra el cáncer son productos hospitalarios, son los hospitales los que a menudo se encuentran con un "rígido" presupuesto cerrado para varios años con el que tienen que hacer frente a novedades terapéuticas. Las estrategias de contención del gasto, al margen de las recomendaciones de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, en ocasiones, produce desplazamientos de presupuesto de un área a otra, limitando el acceso a tratamientos innovadores (González et al, 2005; Martin-Moreno et al, 2009).

4.5.6. Estonia

Desde el año 2002, se han establecido directrices más claras en cuanto a la introducción de nuevos servicios en la cartera existente, así como al establecimiento de los niveles de uso adecuado.

El *Estonian Health Insurance Fund* (EHIF) y el Ministerio de Asuntos Sociales acuerdan un paquete de servicios, y el gobierno es el responsable de la decisión final (Koppel et al, 2008).

Los criterios utilizados para la inclusión de nuevos beneficios son: eficacia médica, coste-efectividad, concordancia con las políticas de salud nacionales y la disponibilidad de recursos financieros.

4.5.7. Francia

Francia es uno de los países más importantes en cuanto a las industrias farmacéuticas en Europa, ya que son los líderes en fabricación de productos farmacéuticos. Además, Francia es uno de los países que más consume en el mundo *per capita* (382 dólares), y dos veces más que en el Reino Unido.

El sistema nacional sanitario francés da cobertura a toda la población francesa en la mayor parte de sus costes médicos. Debido a la alta cobertura de tratamientos, existen incentivos para médicos y pacientes para limitar el consumo de fármacos. El gobierno francés recientemente está presionando a los médicos para prescribir menos fármacos o más baratos con el objetivo de controlar el coste. Todo ello ha favorecido el mercado de genéricos en Francia, aunque el porcentaje de genéricos sigue siendo relativamente bajo.

En 2001, Francia era la tercera productora de fármacos del mundo, empleando a más de 95.000 personas en este sector. Existen 300 compañías farmacéuticas y menos del 40% tiene un capital mayoritariamente francés. También es uno de los países que más exporta. Los mayores compradores son Alemania, Italia, Bélgica, España y Reino Unido.

Las compañías francesas invierten aproximadamente el 15% de sus beneficios en I+D (como ejemplo los datos del 2001: aproximadamente 4.000 millones de dólares). Un porcentaje cada vez más grande (45%) es invertido por compañías francesas en I+D fuera del propio país. El gobierno francés está intentando aumentar las inversiones en I+D. En 2003, se hicieron diversas reformas para mantener las innovaciones en este sector mediante medidas fiscales.

Respecto a los procesos de aprobación de fármacos, la industria farmacéutica francesa identifica unas 100.000 posibles moléculas al año, moléculas que han de ser sometidas a test preliminares dentro de la cadena de sucesivos pasos. De estas moléculas, sólo 10 serán sometidas a solicitud de patentes, y sólo una de ellas llegará a completar todos los test y los ensayos clínicos. Se tarda una media de 12 años entre la innovación y síntesis de una molécula y su puesta en el mercado. El coste de desarrollo de un nuevo fármaco es aproximadamente de 800 millones de euros. Después de obtener una patente, el fármaco tiene que ser autorizado para su comercialización y con la aprobación de *Transparency Comission*.

Francia tiene, en cuanto a los precios, uno de los sistemas más estrictos de la UE. Aunque desde 1980 a 2000 ha aumentado el doble el coste de la vida (como concepto teórico que representa el valor o coste de los bienes y servicios que los hogares consumen para obtener determinado nivel de satisfacción), el precio de los productos farmacéuticos sólo ha aumentado en un 34% durante el mismo periodo.

El gobierno regula el precio de los fármacos reembolsables. El denominado *Code de la sécurité sociale / Social Security Code* establece los procedimientos, los criterios de precios y la lista de fármacos reembolsables. Las decisiones sobre los precios son consensuadas entre el Ministerio de Asuntos Sociales y el de Economía. Para aumentar el consumo de genéricos, el gobierno francés implementó un nuevo sistema de márgenes en la distribución farmacéutica. El mercado de genéricos sólo representa en este país del 4 al 6% del total del mercado de prescripciones.

4.5.8. Italia

Desde principios de los años 90 se viene produciendo en Italia un cambio radical en materia de política farmacéutica, debido sobre todo a los escándalos acontecidos en esa época, así como la presión para la necesaria introducción de mecanismos de contención del gasto.

Desde el año 1994, los fármacos se clasifican en cuatro categorías sujetas a diferentes condiciones de co-pago y diferentes esquemas de excepción:

- Grupo A: medicamentos para enfermedades graves y crónicas.
- Grupo B: medicamentos de importancia terapéutica no incluidos en el grupo A.
- Grupo C: medicamentos no incluidos en los grupos A y B.

- Grupo H: medicamentos de uso hospitalario exclusivamente.

Esta clasificación se realiza atendiendo a criterios de eficacia clínica documentada y basada en la evidencia, balance de riesgo-beneficio de la terapia en cuestión, la aceptabilidad del tratamiento por parte del paciente y, por último, su coste.

Un numeroso grupo de productos, considerados de valor terapéutico limitado, han sido excluidos de la financiación pública como en la mayoría de países del ámbito europeo.

Complementariamente, en 1994 el gobierno italiano introdujo un umbral superior (techo) para el gasto farmacéutico público anual, de forma que en 1998 la existencia de este techo hizo que las compañías privadas y los farmacéuticos sean en parte responsables del déficit público más allá de la factura fijada, haciendo frente al 60% de este déficit.

En paralelo a esto, los precios de referencia fueron introducidos en el año 1996, y desde el año 1997 los beneficios de las farmacias están sujetos a mecanismos de escala, de forma que se intenta incentivar la venta de las especialidades más económicas.

4.5.9. Polonia

La cobertura universal es una de las características del sistema sanitario polaco, y viene definida por un paquete de prestaciones para todas aquellas personas con derecho a cobertura.

Determinados servicios, como las terapias alternativas (cirugía estética, tratamientos no estandarizados, vacunas no incluidas en los calendarios, etc.) están excluidos del paquete de prestaciones (Kuszewski y Gericke, 2005). La exclusión de estos servicios se determina por el Ministerio de Sanidad y se publica a través de decretos sucesivos. En cualquier caso, las exclusiones no han sido objeto de reforma en los últimos años.

Las listas de espera y la falta de especialistas son problemas prevalentes del sector sanitario público en toda la UE. En el caso de Polonia, esto se ve más acentuado a la hora de abordar terapias especiales o intervenciones complejas, tales como determinadas operaciones de cáncer. Esto supone un gasto extra para el paciente, quien debe recurrir el pago de servicios en el sector privado.

Las reformas impulsadas a partir de 2003 suponen una oportunidad para la modernización de la financiación sanitaria en Polonia. A modo de ejemplo ilustrativo, y en el campo de la reducción de gastos de farmacia, se han iniciado reformas en materia de prescripción de genéricos y receta electrónica.

4.5.11. Reino Unido

La industria farmacéutica del Reino Unido es la quinta más importante del mundo detrás de USA, Japón, Alemania y Francia. Sin embargo, el gasto en nuevos tratamientos es relativamente bajo.

En 2002, menos del 16% del gasto en fármacos correspondía a fármacos comercializados durante los últimos cinco años (comparado con el 20-25% de la UE y el 29% de USA). Al mismo tiempo, la implantación de los genéricos es del 20% superior a cualquier país europeo, excepto Alemania (Robinson et al, 1999).

La MHRA (*Medicines and Healthcare Productos Regulatory Agency*) es el organismo con competencia para autorizar productos farmacéuticos en el país. Las comisiones del MHRA en colaboración con el Comité de Seguridad Farmacéutica son los encargados de supervisar los ensayos clínicos.

Las prácticas usadas para la probación de los fármacos en Reino Unido son consideradas como unas de las más eficientes comparadas con los demás países de la UE. El tiempo medio de aprobación para un nuevo fármaco ha ido disminuyendo en los últimos años.

El NHS paga la mayoría de los fármacos prescritos en el Reino Unido, pero el gobierno está muy interesado en el estricto control del gasto farmacéutico. Algunas de las medidas tomadas para contener el gasto son las siguientes:

- Control de precios.
- Impulso del uso de genéricos y co-pago.
- Publicación de "listas negativas" para fármacos ineficientes.
- Publicación de "listas selectas" de fármacos no financiados por el NHS.
- Campañas de sensibilización para el control de la prescripción.

Algunos pacientes pagan una cuota estándar por fármacos prescritos y otros una cuota anual que cubre todas las prescripciones de un año. No obstante, aproximadamente el 90% de los pacientes está exento de pagar por prescripción.

El uso de fármacos está muy influenciado por las recomendaciones del NICE (*National Institute for Clinical Excellence*). Recordemos que el NICE es un organismo independiente encargado de elaborar guías clínicas, estudios de coste-efectividad y hacer recomendaciones sobre los tratamientos que deberían ser o no ser financiados por el NHS.

El PPRS (*Pharmaceutical Price Regulation Scheme*) regula los precios de los fármacos financiados por el NHS, negociándolos con la industria farmacéutica, representada por la *Association of the British Pharmaceutical Industry* y el Ministerio de Sanidad.

El PPRS no cubre los fármacos genéricos. El aumento del uso de éstos en el Reino Unido ha producido un aumento en los precios y en las ventas. En respuesta a ello, en 2002 el gobierno estableció un precio máximo para los genéricos. El precio máximo es calculado mensualmente por el *Prescription Pricing Authority.*

4.5.10. República Checa

El Fondo General de Seguros (FGS) paga aproximadamente el 80% de los gastos sanitarios, y los gastos restantes están cubiertos por el Estado o por pagos directos de los pacientes (aproximadamente el 10% del gasto total). Hasta el 2008, estos pagos

estaban destinados principalmente a pagar fármacos, sin duda una de las áreas en las que se han producido los mayores incrementos de gastos en los últimos quince años. En 1994, el gasto farmacéutico *per capita* subió un 39% y en 1995, este porcentaje llegó al 45%, incremento claramente superior al propio que mostraron los gastos totales en salud, con subidas de 9,4% y 9,1% durante los mismos periodos, respectivamente. Entre 1998 y 2001, el consumo anual de fármacos subió desde 33,3 miles de millones hasta 44,2 miles de millones de coronas checas (CZK)[1]. Actualmente, representa casi un cuarto de todos los gastos en salud o aproximadamente $350 *PPP per capita* (recordemos que *PPP* estima lo que se denomina *"purchasing power parity"*). Los gastos en equipos sanitarios han subido también, con grandes incrementos en el número de equipos de RMN y TAC comprados entre 1991-2001 (Rokosová y Háva, 2005).

Para reducir costes y asegurar la sostenibilidad del sistema, las autoridades han tomado diversas medidas. El uso de un sistema de precios de referencia se estableció en 1995 y fue combinado con una negociación energética con la industria farmacéutica para bajar los precios. El Ministerio de Finanzas y el FGS tienen el papel de negociar los precios máximos de fármacos con los fabricantes e importadores, e intenta que sea siempre comparable con el menor precio acordado con otros países europeos parecidos.

Desde 1997, este sistema ha funcionado hasta cierto punto, dado que el crecimiento de los gastos en medicamentos *per cápita* no ha subido más de 10% por año, a la par con la subida de los gastos sanitarios totales. Por otro lado, se ha ido incrementando rápidamente la proporción del gasto que tienen que pagar los pacientes con pagos directos. En 2004, por ejemplo, el 76,3% del gasto farmacéutico total era público, pero en 2006 este número había bajado al 70,8%. En enero de 2008, se introdujeron más pagos particulares (30 CZK por receta o por operación quirúrgica, 60 CZK por día hospitalizado y 90 CZK por servicios fuera de horario).

Sin embargo, hacen falta más reformas en el terreno de eficiencia para poder ampliar la accesibilidad. En materia de fármacos sobre todo, el proceso es lento e ineficiente. Además, aunque prácticamente no hay evaluaciones checas de coste-eficiencia en tecnología sanitaria, el tiempo de incorporación de un nuevo fármaco en el sistema público suele tardar más de dos años después de la aprobación de la EMEA (*European Medicines Agency*), lo cual da información sobre el tiempo que se pierde por el proceso administrativo y la burocracia.

Este proceso se tendría que agilizar mucho para poder responder a la presión creciente por el acceso a los fármacos innovadores. Además, las numerosas limitaciones en el acceso a los fármacos caros (incluyendo el requerimiento de pagos por parte de paciente) contribuyen a que las ventas son muy bajas respecto al resto de Europa, y no sólo para formulaciones nuevas, sino también para los medicamentos introducidos antes de 1995. En estas dos cuestiones, el tiempo de incorporación y las ventas de fármacos innovadores, la República Checa está a la cola de Europa.

---

[1] CZK = *Ckoruna česká* o corona checa. 1 euro equivale a 28,6 coronas checas.

4.5.10.1. Actores y regulaciones principales en el acceso a la tecnología sanitaria en la República Checa.

- El Ministerio de Salud: fija las prioridades generales, supervisa las negociaciones de precios y dirige la política del Estado en materia de tecnología sanitaria.
- Ministerio de Finanzas: consulta al Ministerio de Salud en la toma de decisiones respecto a la autorización de medicamentos en la lista de fármacos reembolsables. Determina el beneficio máximo de las farmacias y los vendedores al por mayor.
- FGS: aconseja al Ministerio de Salud en la autorización de medicamentos. Emite una lista de todas los fármacos reembolsables e influye en los precios de éstos al negociar con los fabricantes y los importadores.
- Cámara Checa de Farmacéuticos: también aconseja al Ministerio de Salud en la autorización de medicamentos.
- La Comisión de Categorización (organismo externo, constituido por especialistas médicos y farmacéuticos, economistas de las empresas aseguradoras y empleados del Ministerio de Salud): formula recomendaciones para actualizar el "decreto de drogas" (57/1997), que define el nivel de reembolso para cada fármaco cada seis meses.
- Comité de Coordinación (organismo constituido por líderes del Ministerio de Salud y del FSG): asigna tareas a la Comisión de Categorización según los objetivos de la política sanitaria del Estado. El objetivo de este Comité es formular directrices claras en materia de fármacos, lo cual está pendiente de que realmente se lleve a cabo.
- Ley 48/1997 (sobre seguros sociales de salud): define 521 grupos de productos farmacéuticos y establece condiciones específicas para rembolsar el coste de cada grupo (por ejemplo el diagnóstico del paciente, el especialista que hace la receta, la aprobación de un médico revisor, etc). Sólo la formulación eficaz más barata de todos los fármacos esenciales se reembolsa totalmente. Frecuentemente, estas preparaciones se fabrican dentro del país.
- Ley 57/1997 ("decreto de drogas"): define el nivel de reembolso para los fármacos en la lista positiva.

4.5.10.2. Acciones para el control del cáncer en la República Checa.

La incidencia creciente de cáncer y el envejecimiento de la población en Europa han subrayado la importancia de encontrar políticas eficaces para servir los ciudadanos. En la República Checa, estas circunstancias se han plasmado en medidas públicas e independientes que tratan de abordar dimensiones distintas, pero hasta ahora, no ha habido un plan nacional de control contra el cáncer.

Sin embargo, la Web oficial de la República Checa anuncia que el Ministerio de Salud está formulando un nuevo programa nacional de oncología, un paso muy positivo en la lucha contra esta enfermedad. Las prioridades anunciadas serán tres: prevención de la enfermedad, mejora de vida para los pacientes y racionalización de los costes. El gobierno checo, a diferencia de lo que expresan otras administraciones en estudios publicados, valora positivamente el acceso a los medicamentos.

Las principales medidas propuestas se articulan a partir de actividades de prevención primaria y secundaria y la concentración de los cuidados especializados en veinte centros por todo el país.

De momento, hay escasa información sobre este plan en inglés, pero es de esperar que estén disponibles en breve más detalles. Las escasas iniciativas que quedan explícitas no incluyen la importancia de la investigación ni de los cuidados paliativos y, curiosamente, se presenta el coste actual de los cuidados de cáncer (6,5% del gasto sanitario total) como muy alto, pero también asegura que un tercio de los checos serán diagnosticados con algún tipo de cáncer en el futuro. En cualquier caso se reconoce que, dado la creciente incidencia de esta enfermedad y su protagonismo actual en Europa, la inversión parece insuficiente.

Entre los programas más relevantes en funcionamiento actualmente están los de cribado formulado por el Ministerio de Salud, grupos de pacientes y universidades. Hay programas de cribados establecidos para cáncer de cérvix y de mama, además de una reciente iniciativa para cáncer colorrectal que ha logrado un incremento porcentual de 68% en el número de cribados entre 2002 y 2005.

Otro aspecto positivo es el que supone la información generada por los registros de cáncer, que funcionan desde los años 50 con informes obligatorios de todos los tumores diagnosticados.

A la hora de analizar la situación de los tratamientos oncológicos en la República Checa hay que ser cauto, dado el contexto cambiante, como el propio sistema sanitario, dado que el sistema está experimentando cambios profundos que transformarán el panorama en los próximos meses. No obstante, se puede observar que las autoridades sanitarias y financieras están tomando medidas drásticas para reducir costes, frecuentemente transfiriendo la carga fiscal desde el Estado al paciente, imponiendo un impuesto *de facto* a los enfermos.

Antes de 2008, los pagos directos sólo pagaban medicamentos no esenciales, pero ahora hay una carga por cada receta, cada operación quirúrgica, cada día hospitalizado y cada visita fuera de horario. Esto, combinado con los límites impuestos a los médicos y hospitales para reducir costes, es quizás una respuesta extrema en una situación (de falta de sostenibilidad financiera) extrema, pero para los pacientes de cáncer, la carga fiscal a los pacientes y la inaccesibilidad de muchos medicamentos llevan a conclusiones poco esperanzadoras.

4.5.12. Suecia

Todos los productos farmacéuticos en Suecia son distribuidos y dispensados al público en general por la cadena de propiedad pública: *National Corporation of Swedich Pharmacies* (también identificado como *Apoteket AB*).

Antes de que un nuevo fármaco entre en el mercado, debe ser aprobado y registrado por la *Swedish Medical Products Agency* (MPA), una autoridad nacional responsable de la regulación y el desarrollo, fabricación y venta de los fármacos y productos farmacéuticos. Existen aproximadamente 6.000 productos registrados en Suecia. Las tres áreas terapéuticas mas dispensadas, según el sistema de clasificación anatomo-terapéutica, son: el sistema nervioso central (19,6%), el sistema cardiovascular (13,9%) y el tracto

digestivo y metabolismo (11,9%). Y los tres grandes grupos que siguen a éstos son: antipsicóticos, antiasmáticos y analgésicos (Glenngard et al, 2006).

El consumo de productos farmacéuticos ha ido aumentando en los últimos años. Los pacientes pagan el coste íntegro de las prescripciones hasta 900 SKr [2]. Por encima de este valor, una escala de subsidio marca lo que el paciente tiene que pagar, nunca superando las 1.800 SKr en un periodo de 12 meses.

El Comité de Beneficios Farmacéuticos (LFN en sueco) posee la responsabilidad de que un fármaco pueda ser financiado o no. Este órgano decide fundamentalmente, en función de los estudios de coste-efectividad existentes.

[2] SKr o SEK = Swedish kronor o coronas suecas. 1euro equivale a 10,7 coronas suecas.

5. Descripción específica de los recursos y sistemas dedicados al control del cáncer en Europa

La evidencia señala que el acceso a hospitales con amplia curva de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer, hospitales especializados y especialistas en Oncología, posee una influencia positiva en las tasas de supervivencia y disminuye la tasa de mortalidad. A su vez, los programas de cribado poblacionales han demostrado una clara efectividad para aumentar las tasas de detección, disminuir la incidencia y la mortalidad y aumentar la supervivencia. De la misma manera, el acceso a tratamientos innovadores mejora el resultado del tratamiento.

Para mejorar la respuesta al cáncer, es crucial que los pacientes tengan acceso sucesivo y sin demora tanto a servicios diagnósticos como a tratamientos. Sin embargo, los estudios que han tratado de examinar la situación muestran que en los países miembros de la UE, el tipo de servicios y financiación del cáncer y su calidad varían sustancialmente de un país a otro. Todo ello, afecta a la supervivencia y contribuye a que haya desigualdades entre los ciudadanos europeos.

La provisión racional y equitativa de los recursos basada en la evidencia es actualmente un reto para todos los gestores sanitarios europeos. Micheli y colaboradores (2003), en su revisión de los sistemas sanitarios y atención oncológica en Europa, revelan diferencias importantes en la organización y distribución de la atención oncológica. Algunos estudios que exploran la relación existente entre las características de los sistemas sanitarios y los indicadores de cáncer, han sido difíciles de completar satisfactoriamente, dadas las dificultades para obtener datos de calidad.

No hace mucho tiempo el diagnóstico del cáncer se percibía como asociado a un pronóstico letal. Sin embargo, los avances tecnológicos han incrementado los tratamientos, aumentando las tasas de éxito y, debido a ello, las tasas de supervivencia. Si hoy en día aplicamos con efectividad el conocimiento y la tecnología necesaria, podemos prevenir un 25% de todos los cánceres y curar, al menos, la tercera parte. Aplicando y mejorando todas las herramientas tecnológicas, avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento puede que no se esté tan lejos convertir al cáncer en una enfermedad crónica (Sikora, 2006).

En la tabla 2 se pueden observar datos comparativos entre los diferentes países en relación a los recursos específicos dedicados al cáncer: cribado, diagnóstico y tratamiento, cuidados paliativos y registros.

Appendix 2: European Health Systems and Cancer Care

	Predominant financing mode and payment for cancer care and medicines	Screening for cancers of	Diagnosis and treatment	Palliative care	Cancer registry
Austria	Insurance. No co-payment	Breast Cervical Prostate in Tyrol only	In general hospitals, few specialist centres	Hospices. Not country wide	Yes
Czech Republic	Insurance. Co-payment	No data central cancer units	District, regional and	No data	Yes
Denmark*	Tax fundes. No co-payment	Breast Cervical	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
England*	Tax fundes. t No co-payment	Breast Cervical Colorectal (pilot)	General hospitals, specialist centres, private sector	Yes	Yes
Estonia	Insurance. Co-payment for some medicines	Not nationwide programmes	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Finland	Insurance. Co-payment for medicines and services	no data	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
France	Social security. No co-payment	No data	General hospitals, specialist centres, private sector	No data	Yes
Germany	Insurance. Co-payment for medicines and services	Breast Cervical Prostate Rectal Skin	General hospitals, specialist centres, private sector	No data	Yes
Iceland	Insurance. No co-payment	Breast Cervical	General hospitals and specialist centres	Yes	Yes
Italy	Tax funded. No co-payment	No data	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Malta	Tax funded. No co-payment	No data	Specialist centre	No data	Yes
Netherlands	Insurance. No co-payment	Breast Cervical	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Norway	Tax funded. No co-payment	Breast Cervical	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Poland	Insurance. No co-payment	No data	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Portugal*	Tax and insurance funded. No co-payment	Breast Cervical (Regional programmes)	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Scotland	Tax funded. No co-payment	Breast Cervical Colorectal (pilot)	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Slovakia	Insurance. No co-payment	Breast Cervical	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Slovenia	Insurance. No co-payment	No data	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Spain	Social security and tax. Co-payment for medicines and services	No data	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Sweden	Tax funded. No co-payment	Breast Cervical	General hospitals and specialist centres	No data	Yes
Wales*	Tax funded. No co-payment	Breast Cervical	General hospitals and specialist centres	No data	Yes

* National Cancer Plan

Source: Michell A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M, Oberaigner W et al. European health systems and cancer care. Annals of Oncology 2003.

Tabla 2: Tabla comparativa de recursos oncológicos en la UE.

5.1 Prevención primaria

La prevención en cáncer es el conjunto de acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir la incidencia y/o mortalidad por esta enfermedad. La prevención tiene los siguientes objetivos:

- Disminución de la incidencia: alrededor de un 75% de los cánceres pueden atribuirse a factores externos, que la persona podría llegar a modificar, llegando a reducir, por tanto, el riesgo de desarrollar un cáncer.
- Disminución de la mortalidad: se consigue una disminución de la mortalidad si se detecta el cáncer en sus etapas más tempranas y se aplican tratamientos específicos más sencillos y eficaces.

La Prevención Primaria es el conjunto de acciones encaminadas a modificar los hábitos poco saludables de la población hacia otros más adecuados. Con esto se consigue evitar que los factores de riesgo actúen sobre un órgano concreto y causen en él alteraciones que puedan generar un cáncer. Para que una persona modifique un hábito es necesaria una serie de pasos:

- Que posea información suficiente y veraz sobre un factor de riesgo.
- Que tome conciencia del riesgo que supone mantener dicho hábito.
- Que tome la decisión de modificar o evitar su contacto.
- Que mantenga a lo largo del tiempo el cambio de comportamiento aprendido.

Esto se consigue ofreciendo información a la población a través de campañas y llevando a cabo programas de Educación para la Salud en las que se conciencie y ayude a la persona a adoptar y mantener hábitos de vida saludables.

En el estudio que estamos llevando a cabo de forma paralela (Atun et al, 2009), se dispone de datos preliminares sobre los programas de prevención primaria de Europa enfocados a reducir el riesgo por cáncer usando subcategorías como: control del tabaco, prevención del alcoholismo, dieta saludable, actividad física, exposición al sol y factores ocupacionales y ambientales.

5.2 Prevención secundaria

La Prevención Secundaria es la agrupación de acciones dirigidas a detectar precozmente determinados tumores malignos. Este conjunto de acciones se denominan programas de *screening* o cribado. Cada programa se caracteriza por una serie de factores:

- Debe ir dirigido a detectar precozmente un tumor concreto. Este tumor debe poderse diagnosticar bien en las fases más precoces de la enfermedad, en fases premalignas o en ambas circunstancias.
- Debe determinar qué población sana tiene más riesgo de desarrollar dicho cáncer.
- Debe existir una prueba que lo detecte de forma sencilla.
- Debe existir tratamiento eficaz para las fases tempranas de la enfermedad.

El principal objetivo de la Prevención Secundaria es disminuir la mortalidad producida por un determinado tipo de cáncer, detectando precozmente la enfermedad mediante el cribado de la población que corre el riesgo de contraerla (población de riesgo).

Existen determinados cánceres que se pueden prevenir como el de pulmón, colon o piel. Otros se pueden detectar precozmente mediante la realización de una prueba sencilla como el de mama, colon o cérvix (cuello del útero). Y otro grupo de tumores son también detectables de forma temprana, pero sin que ello posibilite hoy por hoy la modificación o mejora de la historia natural de la enfermedad (adelantaríamos el momento en el que se diagnostica, pero no por ello conseguiríamos incrementar el tiempo total de vida). Por ello es tan importante identificar los programas de cribado con eficacia demostrada por la evidencia científica.

Recordemos que un programa de *screening* o cribado consiste en la identificación de personas que probablemente posean un cáncer o lesión premaligna y que aún no tengan síntomas. Estos programas se deben ofertar y realizar a toda la población de riesgo para un cáncer concreto (se aboga por programas poblacionales –más que para individuos en riesgo o programas de conveniencia- que sean sistemáticos y que cumplan estándares de calidad).

Cuando el resultado de la prueba o test del *screening* es positivo, es preciso realizar más pruebas para confirmar o descartar el diagnóstico. Estas serán diferentes dependiendo del cribado que se esté llevando a cabo.

El diagnóstico precoz de la enfermedad conlleva ventajas importantes para la persona:

- Generalmente recibe tratamientos menos agresivos y más eficaces que los que recibiría si el tumor estuviera en fase más avanzada.
- Los efectos secundarios del tratamiento son menores, por lo que no altera su calidad de vida.
- Si se diagnostica la lesión premaligna se puede evitar que esta progrese a un cáncer, por lo que la persona puede no necesitar ciertos tratamientos oncológicos.

Antes de ofertar a la población un programa de *screening* es preciso que tanto la enfermedad como la prueba que se oferta cumplan una serie de criterios:

- ➢ Características de la enfermedad: Ha de ser un problema de Salud Pública con una incidencia y mortalidad elevadas. Es preciso conocer la evolución de la enfermedad y cómo se diagnostica. El tratamiento de la enfermedad realizado antes de que provoque síntomas ha de ser más efectivo que cuando produce síntomas, aumentando realmente la supervivencia.
- ➢ Características de la prueba: Debe ser una prueba de alta sensibilidad y especificidad, sencilla, cómoda, segura y aceptada por la población. También debe ser fácilmente reproducible e interpretable por distintos profesionales.

Dos de las pruebas de detección precoz más ampliamente utilizadas en las mujeres son la prueba de Papanicolau, que detecta el cáncer de cuello de útero, y la mamografía, que detecta el cáncer de mama. Ambas han dado resultados satisfactorios en la reducción de la mortalidad atribuida a estos cánceres.

Otro examen de detección precoz frecuente es la búsqueda de sangre oculta en las heces para la detección precoz del cáncer colorrectal. El descubrimiento de sangre oculta en la deposición, debe seguirse de colonoscopia o pruebas de confirmación precisas

de acuerdo con procedimientos integrales bien articulados en el sistema de atención sanitaria.

En el estudio ya citado y que estamos en proceso de finalizar, se muestra que en Europa los programas de cribado son heterogéneos. Así, la población diana y la frecuencia varían sustancialmente entre países en los cribados recomendados en la UE (mama, cérvix uterino y colorrectal) (Atun et al, 2009).

5.3. Criterios para técnicas y procesos diagnósticos

El diagnóstico de un cáncer comienza con la realización de una historia clínica del paciente, incluyendo una exploración física. Ambos, ayudan al médico a evaluar el riesgo de cáncer que tiene una persona y a determinar los estudios necesarios para detectarlo.

Como ya se ha comentado, las pruebas de detección precoz tratan de identificar el cáncer antes de que provoque síntomas. Si una prueba da un resultado positivo, generalmente se necesitan otras pruebas posteriormente para confirmar el diagnóstico. Un diagnóstico de cáncer debe hacerse siempre con absoluta certeza, lo cual habitualmente requiere una biopsia. Es también esencial determinar el tipo específico de cáncer. Cuando se detecta un cáncer, otras pruebas para determinar el estadio del mismo ayudan a conocer su potencial extensión y si se ha diseminado a otros órganos. Todo ello ayuda a los médicos especialistas a planificar un tratamiento apropiado y a determinar el pronóstico.

Dado que el cáncer es una enfermedad compleja con más de 200 formas diferentes, y considerando que sus tratamientos varían en función de la tipología del tumor maligno, es esencial el correcto diagnóstico y caracterización del tumor maligno. Todo este proceso requiere competencias y habilidades diagnósticas y terapéuticas bien establecidas por las sociedades científicas en oncología y que aquí no se describirán por exceder los objetivos de este trabajo (más información disponible a través de la SEOM).

5.3.1. Análisis de las técnicas diagnósticas en Europa

En una revisión del *"Report on the implementation of the 2003 EU Council recommendation"* llevada a cabo en el año 2007, el europarlamentario Adamos Adamou señaló una gran variabilidad en la organización de los servicios de diagnóstico de cáncer (Adamou, 2007).

Por ejemplo, al analizar el número de equipos de Tomografía axial computarizada (TAC) por millón de habitantes en diferentes países europeos, observamos una gran variabilidad: desde los 28,8 de Austria a los 6,3 de Polonia (tabla 3). Y esa misma desigualdad de recursos se observa en las unidades de resonancia nuclear magnética (RNM) (tabla 4).

Austria	**28,8**
Italy	**24**
Greece	**17,1**
Germany	**14,2**
Finland	**14**
Czech Republic	**12,6**
Spain	**13**
France	**8,4**
Slovak Republic	**8,7**
UK	**5,8**
Poland	**6,3**

Tabla 3: Número de TAC por millón de habitantes (OCDE, 2005)

Austria	**13,5**
Finland	**12,8**
Italy	**11,6**
Spain	**7,3**
Germany	**6,0**
UK	**5,2**
Czech Republic	**2,4**
Greece	**2,3**
France	**2,8**
Poland	**1**

Tabla 4: Número de unidades de RNM por millón de habitantes (OCDE, 2005).

5.4. Tratamientos farmacológicos y procedimientos quirúrgicos y radioterapeúticos

Los principales tipos de tratamientos del cáncer pueden estructurarse en cuatro categorías: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia. Estos tratamientos pueden ser utilizados solos o combinados entre sí. Los fundamentos de cada una de estas alternativas son motivo de valoración y actualización profesional permanente por parte de los especialistas en oncología.

Al igual que se observa con las técnicas diagnosticas, existen desigualdades en el acceso a tratamientos farmacológicos y a los procedimientos quirúrgicos en los distintos países de la UE.

Más allá de las especificidades terminológicas conceptuales e instrumentales propias de esta materia, nos centraremos aquí en las desigualdades detectadas en Europa.

Referente a la cirugía curativa, existe una relación entre el volumen de casos de cáncer diagnosticados y tratados en un centro hospitalario y los resultados obtenidos (Adamou, 2007). Los pacientes operados de ciertos cánceres tienen más posibilidad de sobrevivir y tener menos complicaciones si son atendidos en centros con "alto volumen de casos". Desafortunadamente, aún existen malas prácticas y se continua operando a pacientes en hospitales

de "menos volumen de casos" más inexpertos (lo que está condicionado con el concepto de "curva de aprendizaje" y experiencia práctica en técnicas específicas).

Referente al acceso a radioterapia, se considera que existen variaciones entre el número de unidades de radioterapia existentes y las necesarias en los diferentes países europeos. El trabajo de Bentzen y colaboradores (2005), combina la mejor evidencia disponible entre radioterapia con datos nacionales epidemiológicos y estima la infraestructura en radioterapia óptima para los países miembros de la UE. En resumen, se observa que sólo una minoría de países europeos se acerca al número de unidades de radioterapia requeridos y que en muchos países la provisión de éstos está por debajo del 50% de las necesidades (figura 2).

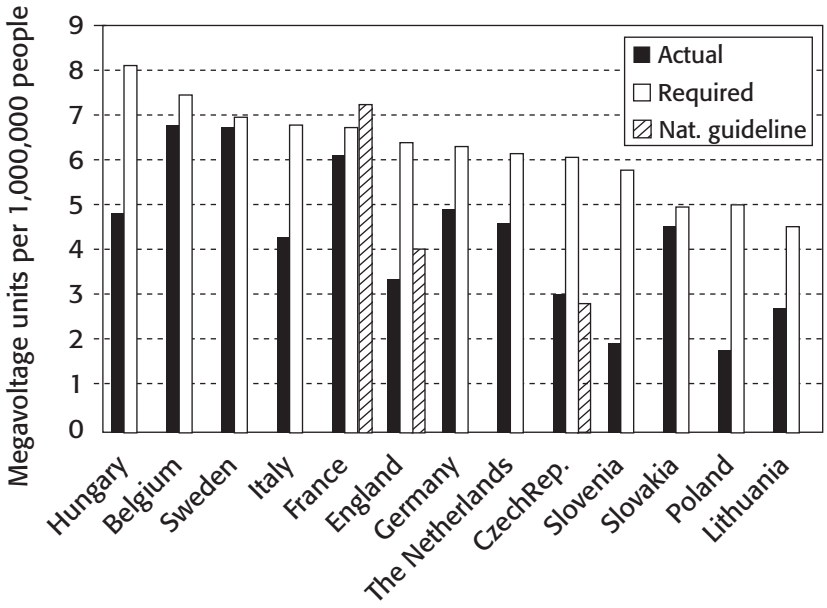


Figura 2: Número de unidades de radioterapia en 13 países europeos.

Referente al acceso a tratamientos farmacológicos, existen unas diferencias considerables en la adopción y disponibilidad de fármacos innovadores entre los países europeos. De la misma forma, se detectan desigualdades en la autorización, aprobación y comercialización de fármacos entre los diferentes países.

Muchos pacientes están accediendo a tratamientos innovadores, mientras otros ciudadanos no pueden disponer de ellos. Además, el acceso a la información de los ensayos clínicos de muchas moléculas prometedoras es problemático y en algunos casos el proceso de reclutamiento dista de ser el más adecuado.

En el estudio de Wilkings y Jönsson (2005), se analiza la incidencia de algunos cánceres y el uso de determinados fármacos en los diferentes países europeos. En este estudio se muestran evidencias sobre las desigualdades que existen en el acceso a tratamientos oncológicos en Europa. Más adelante, se presentarán datos y elementos adicionales que caracterizan esta situación.

5.5. Consideración de cuidados paliativos

A menudo, los cuidados paliativos se ven como necesarios sólo en la última fase de la enfermedad, principalmente para aliviar el dolor. Sin embargo, el ámbito de este campo es mucho más amplio, empezando idealmente en cuanto el paciente padece dolor y abarcando el apoyo psicológico y social para los pacientes y sus familias, los cuidados en distintos contextos (domicilio, hospitales, centros de día y centros especiales) y la coordinación fluida de un equipo multidisciplinario que puede incluir médicos (de primaria o especializados), personal de enfermería, psicólogos, líderes religiosos, trabajadores sociales y voluntarios. Los cuidados paliativos están altamente relacionados con el cáncer, puesto que la proporción de pacientes de cáncer constituye alrededor del 90% de todos los pacientes que reciben cuidados paliativos en Europa (Centeno et al, 2007).

Este último dato explica el hecho de que muchos países incluyan los cuidados paliativos dentro de su planificación de programas de cáncer. Hungría, Irlanda, Letonia, Malta, Polonia y Suecia optan por este modelo, mientras que Austria, Bélgica, Francia, Italia, Portugal, Eslovenia, Gran Bretaña y España han preferido redactar un plan nacional de cuidados paliativos independiente (Martín-Moreno et al, 2008).

En el caso de España, el plan se articula a través de una estrategia (por la descentralización del SNS, son las CC.AA. las finalmente competentes desde un punto de vista operativo de servicios). Como en el caso de los cuidados de cáncer, la provisión de los cuidados paliativos en Europa demuestra un alto grado de heterogeneidad. Sin embargo, las necesidades de los pacientes son bastante parecidas: un equipo multidisciplinar que tiene contacto y líneas de comunicación abiertas con el paciente y su familia desde el diagnóstico hasta y después de la muerte (en el caso de los familiares), acceso a los fármacos apropiados para mejorar la calidad de vida de los pacientes, y los servicios que permiten que el paciente pase tanto tiempo en casa (fuera del hospital) como sea posible.

Los esfuerzos hechos por ampliar el acceso a los servicios necesarios (incluidos los equipos profesionales multidisciplinarios y los fármacos adecuados) por parte de grupos de pacientes, sociedades de cuidados paliativos y organizaciones como la OMS y la Sociedad Europa de Oncología Médica (ESMO en sus siglas en inglés), deben ser secundados por los políticos y actores gubernamentales más relevantes en esta materia. Quizás las medidas más factibles y con más impacto a corto plazo son la formación en cuidados paliativos para los médicos de Atención Primaria y unas normas más razonables para regular el acceso a los opiáceos. Desde luego, estas dos medidas no serán suficientes para proporcionar cuidados adecuados a todos los pacientes, pero subiría dramáticamente el estándar mínimo de servicios.

5.6. Investigación

La investigación en todos los aspectos del cáncer es esencial para reducir la magnitud de la enfermedad tan pronto como sea posible, así como para el beneficio de generaciones futuras.

Se necesita investigación básica para comprender los cambios genéticos y celulares que conducen al cáncer. La revolución genética proporciona mayores oportunidades para identificar las personas que tienen riesgo de padecer un cáncer y para desarrollar mejores tratamientos. La investigación clínica es también necesaria para desarrollar mejores vías de detección y tratamiento del cáncer y para mejorar la asistencia oncológica (Baselga y Carrato, 2007). Se habla de investigación traslacional como aquella que es capaz de llevar los hallazgos de la investigación básica a la "cabecera del enfermo", pero este proceso es bidireccional, porque la propia clínica puede y debe orientar las preguntas a las que intente responderse mediante la investigación básica. Complementariamente se necesita la investigación epidemiológica para detectar la etiología del cáncer, investigación epidemiológica clínica para caracterizar el pronóstico de los casos y la efectividad de las intervenciones (documentando y evaluando el uso de nuevos agentes antineoplásicos), e investigación de servicios sanitarios para dar respuesta a las preguntas sobre las bondades en la efectividad de modelos organizativos alternativos, así como para evaluar el impacto de las intervenciones.

La investigación del cáncer es una responsabilidad mundial en la cual están participando muchos países, los mejores científicos básicos y clínicos, así como epidemiólogos, de todo el mundo.

Sin embargo, existen debilidades en la organización de la investigación del cáncer. La planificación estratégica de alto nivel ha sido insuficiente, así como la coordinación entre los distintos financiadores. La infraestructura para la investigación clínica ha sido inadecuada y ha existido un apoyo insuficiente para las áreas específicas de investigación que podrían generar importantes mejoras en la provisión de los servicios.

En la mayoría de los cánceres comunes, el desarrollo de la enfermedad depende de complejas interacciones entre variantes genéticas y los factores ambientales. El análisis genético en esta área va a determinar la probabilidad de desarrollar el cáncer para un individuo y va a facilitar la introducción de programas de modificación de los hábitos de vida con el objetivo de disminuir el riesgo y así reducir o prevenir la enfermedad, y de tratamientos más personalizados o individualizados. Esta aproximación de medicina adaptada o individualizada pretende, pues, diseñar y aplicar protocolos de prevención y tratamiento más adaptados a la singularidad genética y molecular de cada paciente y de cada enfermedad.

Se necesita más investigación en cada una de estas áreas y una base de evidencia para determinar qué servicios van a ser necesarios. El tipo de pruebas desarrolladas y la manera en la que se desarrollen los servicios de genética va a variar. Algunas pruebas para enfermedades raras van a necesitar un análisis detallado de la estructura genética en laboratorios especializados y vinculados a servicios con experiencia en genética clínica. Las pruebas para los tumores más comunes pueden requerir un alto volumen de casos, técnicas de cribado de bajo coste que pueden ser realizadas en grandes laboratorios centralizados o cercanos al paciente en función del tipo de tecnologías que se desarrollan. Es difícil predecir con exactitud cómo los servicios de genética van a detectar los cánceres hereditarios o cómo se desarrollarán en el futuro las pruebas de predisposición.

A pesar de la falta de algunos conocimientos, los pacientes ya están consultando acerca de si tienen un mayor riesgo de desarrollar un cáncer debido a la presencia de antecedentes familiares. Necesitan tener acceso a la mejor consulta actualmente disponible, a las pruebas genéticas, cuando están indicadas, y a programas de vigilancia y de tratamiento si pueden reducir su riesgo subsiguiente.

El NICE está desarrollando actualmente guías para la asistencia de las mujeres con riesgo elevado de cáncer de mama familiar. Actualmente, estos servicios están mal desarrollados. En realidad los servicios genéticos del cáncer necesitan un marco estratégico para desarrollarse en profundidad. El informe de un grupo de trabajo experto sobre genética y cáncer forma la base para articular dicho marco. El informe *Harper* recomendó que los servicios genéticos del cáncer deberían reflejar las ideas ya propuestas en el informe *Calman/Hine* y que la Atención Primaria debería ser el principal ámbito para la genética clínica del cáncer (Haward, 2006). El informe reconocía que las iniciativas educativas, el desarrollo de la tecnología de la información y las guías de derivación serían necesarias para ayudar a la Atención Primaria en este nuevo y evolutivo campo.

En el estudio que estamos llevando a cabo con el Dr. Rifat Atun (2009) se analizan los diferentes programas de cáncer de países europeos, y se encuentra que en al menos 9 de ellos (Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Francia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, España y Suiza) priorizan e invierten en investigación en este campo. En Inglaterra, se invertirán 7 millones de libras para implantar el *Nacional Cancer Research Network* en los siguientes 5 años. En Suiza, se destinan 50 millones de francos suizos para investigación en cáncer.

Otros países plantean en sus estrategias de investigación acciones específicas o sectoriales y disponemos de información heterogénea y complementaria (Atun et al, 2009).

5.7. Planes de cáncer: esquema, principios y organización

Durante la elaboración de este informe, hemos podido identificar 17 Planes Nacionales de Control de Cáncer (PNCC) que actualmente están vigentes en los 27 países de la UE. Los cuatro países que constituyen el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) tienen planes autónomos y se analizan separadamente. Los otros Estados miembros de la UE con planes disponibles son Bélgica, Dinamarca, España, Estonia, Francia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Lituania, Malta, Polonia y Portugal.

Las diferencias e idiosincrasias, que hacen de Europa un continente tan heterogéneo, se manifiestan también en sus PNCC. Las características demográficas, epidemiológicas, políticas, legales, económicas, socio-culturales, ecológicas y tecnológicas se han desarrollado independientemente en cada país, conduciendo a que cada uno presente diferentes realidades condicionadas por muchos factores. Esta coyuntura hace que la comparación de los PNCC sea muy difícil, aunque se pueden identificar rasgos comunes y dispares dentro del contexto general.

Los PNCC son, casi por definición, multifacéticos, tocando muchas áreas relevantes en la lucha contra el cáncer. Lo que afecta a los pacientes más directamente son los aspec-

tos de la provisión de servicios, y son también el enfoque principal de prácticamente todos los PNCC: la prevención primaria y secundaria (detección temprana), las técnicas diagnósticas y terapéuticas, los cuidados especializados y paliativos y la rehabilitación.

Sin embargo, la capacidad de suministrar estos servicios depende también de la financiación, la calidad de gobierno/administración (transparencia y responsabilidad) y la generación de recursos (financieros y humanos). En estos campos, la heterogeneidad es la norma. Si hablamos de un PNCC ideal, éste debería poder canalizar los esfuerzos del estado a través de estos tres últimos elementos para garantizar la provisión de servicios a los ciudadanos de una manera equitativa, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios de los servicios. De esta manera, se consigue el objetivo de salud, satisfacción, y protección financiera para enfrentarse a la enfermedad. En ese sentido, un buen modelo es el implantado en Francia, en cuanto a la sistematizada articulación del plan nacional de control del cáncer, configurando no sólo los servicios previstos en el plan, sino la financiación, generación de recursos y supervisión de la ejecución del plan.

Todos los PNCC tienen objetivos ambiciosos para mejorar los resultados para los pacientes, pero no siempre explican los requisitos de gobierno, financiación, y asignación de recursos. Por ejemplo, sólo cuatro países (Bélgica, Inglaterra, Francia y Polonia) detallan cómo financiar los planes.

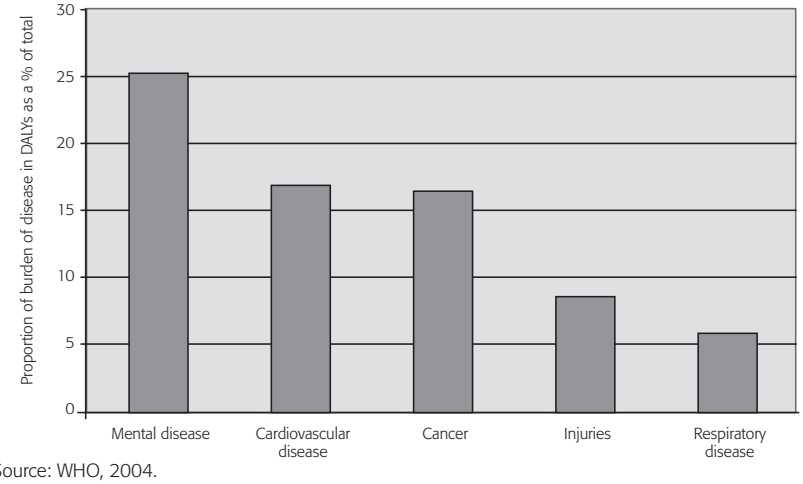
En referencia a la tecnología, solo dos PNCC (de Francia e Inglaterra) contienen provisiones específicas para destinar recursos a la tecnología sanitaria. Las inconsistencias de estos PNCC están claras al observar que 17 países fijan como objetivo mejorar el acceso a la tecnología innovadora. Hay que puntualizar que algunos países pueden organizar la financiación en otros documentos (el presupuesto del sistema de salud, por ejemplo). De aquí que las provisiones de fondos que se encuentran en los resúmenes de los planes, se deben interpretar con cautela.

Disponemos de información detallada de un trabajo en curso en el que estamos trabajando (Atun et al, 2009). En esta investigación (se esta procediendo a analizar los planes de cáncer, no sólo en los aspectos de la provisión de servicios, sino también en la financiación, la administración y la generación de recursos).

6. Carga de cáncer e indicadores para el análisis comparativo

El abordaje del cáncer es de naturaleza compleja y requiere de una actuación multidisciplinar a diferentes estamentos de los sistemas sanitarios. El logro de buenos indicadores para valorar esta enfermedad requiere una provisión de intervenciones múltiples que están interrelacionadas, y para todo ello se necesita financiación adecuada, no siempre a disposición de los diferentes países. Sin embargo, la financiación y provisión de infraestructuras no es suficiente. Es importante que los pacientes accedan a estos servicios en tiempo y forma oportuna, junto con una garantía de calidad.

En la UE-25, el cáncer es la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y mentales, medido en años ajustados por discapacidad (AVAD) o *Disability Adjusted Life-Years*, en término sajón (DALYs) (figura 3).



Source: WHO, 2004.

Figura 3: Carga de enfermedad (AVAD) en UE-25 en 2002.

Entre 1994 y 2004, en Europa se produjo una disminución del 9% de la tasa estandarizada de mortalidad por edad (ASDR o *Age Standardised Death Rate*). Sin embargo, esta tasa media enmascara la enorme desigualdad que existe en Europa.

La incidencia del cáncer en Europa ha ido aumentando desde los años 50 alrededor del 50%. Por todo ello, para Europa el cáncer es un reto importante de Salud Pública (figura 4).

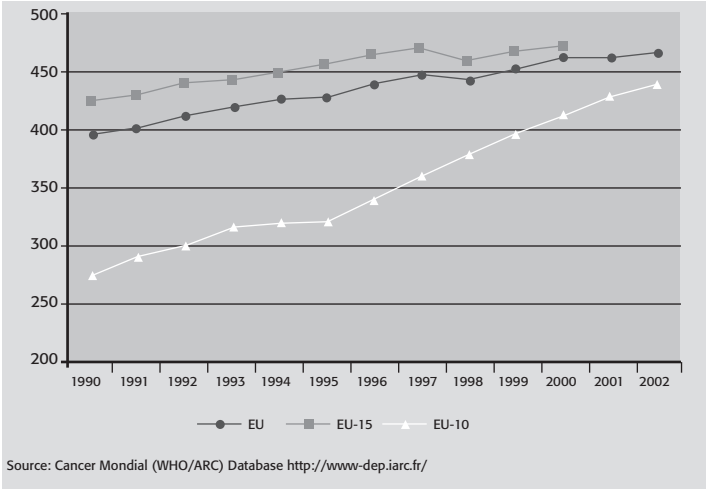


Figura 4: Incidencia de cáncer en UE-15 y en UE-10

En 2004, se produjeron 2,9 millones de nuevos casos de cáncer en la UE-25. En el mismo año hubo 1,7 millones de defunciones por esta enfermedad, cifra muy superior a la del año 2000, en el que fallecieron 1,1 millones de pacientes por esta causa.

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 2,7 millones de nuevos casos de cáncer en Europa. La OMS predice que en 2020 el número de casos de cáncer puede aumentar en un 25%, hasta llegar a los 3,4 millones. Al mismo tiempo, esta organización considera que el número de muertes por esta enfermedad aumentará un 23% para el 2020. Sin embargo, a pesar de la magnitud del problema, el cáncer aún no recibe el nivel de atención que se merece.

Por ejemplo, la media de la tasa estandarizada de mortalidad por edad (ASDR) en la EU-15 se reduce en un 10% (de 196 a 178 por 100.000 habitantes), pero en el mismo periodo en la EU-10 sólo se observa una disminución del 3% (de 227 a 221 por 100.000 habitantes) (figura 5).

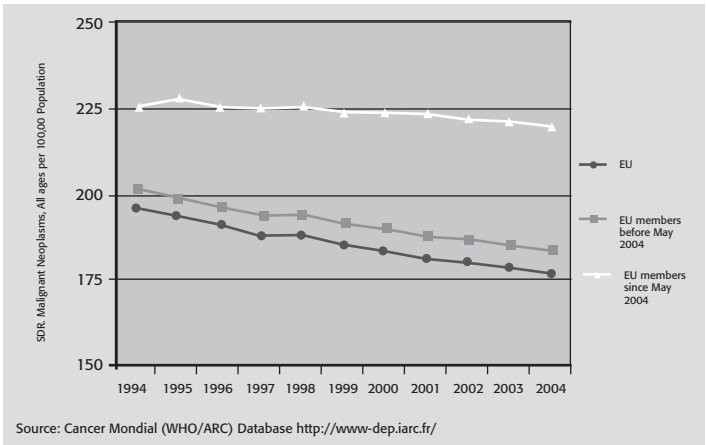


Figura 5: Tasas estandarizadas de mortalidad por tumores malignos en UE

Esta diferencia de tasas entre la UE-15 y la UE-10 refleja una gran diferencia entre países (figuras 6 y 7). En 2004, dicha diferencia en ASDR era de alrededor del 25%.

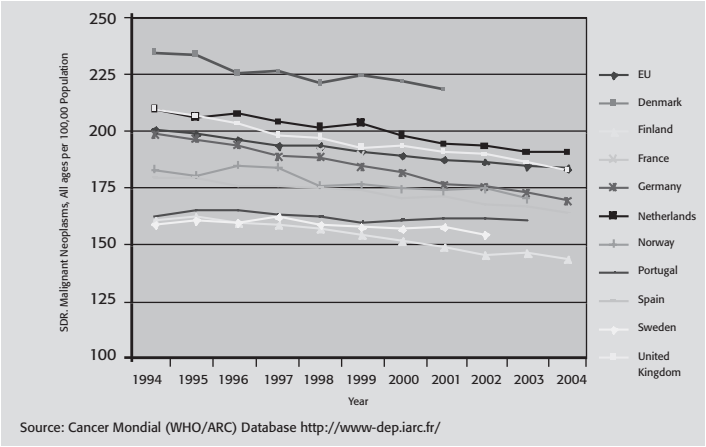


Figura 6: Tasas estandarizadas de mortalidad por tumores malignos en UE-15.

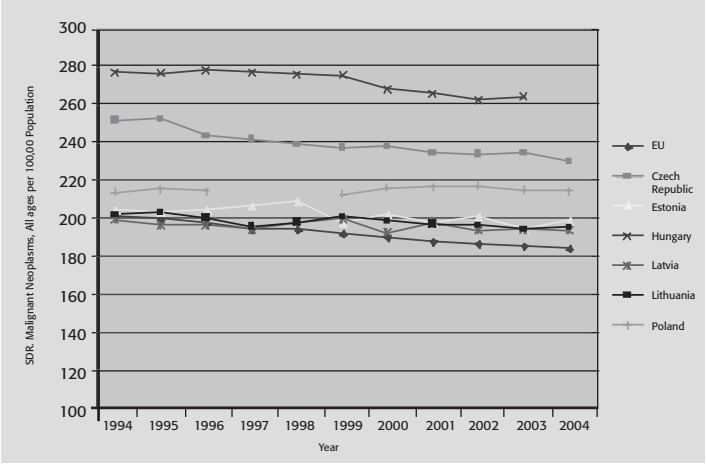


Figura 7: Tasas estandarizadas de mortalidad por tumores malignos en UE-10.

Aunque en la última década se han producido mejoras objetivables en los cuidados de cáncer y una mayor disponibilidad de nuevos tratamientos en Europa, las tasas estandarizadas de mortalidad (ASDR) por cáncer nos indican un retraso en comparación con las tasas de Estados Unidos (figura 8). Mientras que las ASDR en hombres y mujeres de EE.UU. están tendiendo a converger, en Europa existe una diferencia del l2% en las tasas masculinas en comparación con las femeninas.

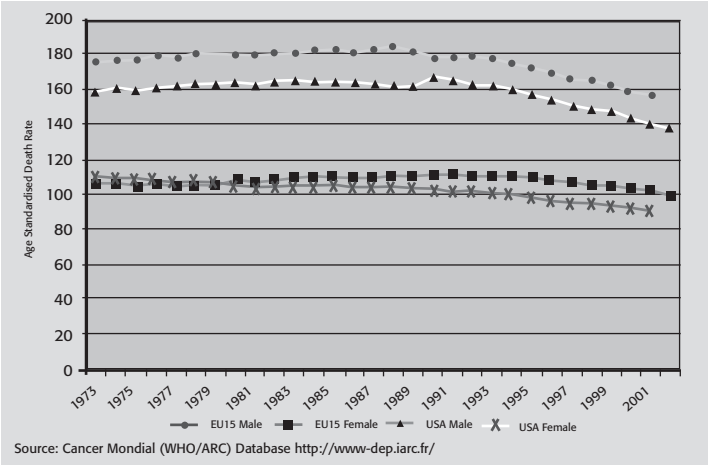


Figura 8: Tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer en Europa y Estados Unidos.

6.1. Indicadores comparados de los estados miembros de la Unión Europea

El estudio europeo EUROCARE-3, que analiza la supervivencia a los cinco años de 1,8 millones de adultos y 24.000 niños diagnosticados de cáncer durante el periodo 1990-1994 en 20 países europeos, muestra unas diferencias en tasa de supervivencia significativas entre los diferentes tipos de tumores y entre los países. Por ejemplo, la tasa de supervivencia a los cinco años de diagnóstico para cáncer de labio es del 94%, mientras que dicha supervivencia para el cáncer de páncreas es de apenas el 4%. La caracterización de la supervivencia promedio a los 5 años en adultos europeos se resume en la tabla 5.

Five Year Survival	**Men**		**Women**		**Persons**
	Types of Cancer	Percentage of all cancers	Types of Cancer	Percentage of all cancers	Percentage of all cancers
≤80%	2	2	4	5	4
60-79%	9	31	7	45	38
40-59%	10	25	13	23	24
20-39%	9	10	7	12	11
<20%	8	32	8	14	23
Total	38	100	39	100	100

Source: EUROCARE-3 Study

Tabla 5: Supervivencia a los 5 años según tipo de cáncer, en adultos europeos.

Para todos los tipos de cáncer, la tasa de supervivencia empeora con la edad: las tasas de mortalidad en adultos mayores de 75 años son el doble que las de entre 15-44 años. Y las mujeres poseen mejores tasas de supervivencia que los hombres en los cánceres comparables.

A lo largo y ancho de Europa, las diferencias en las tasas de supervivencia son evidentes. Se puede afirmar que existe un claro gradiente desde el este al oeste de Europa y del norte al sur (figura 9).

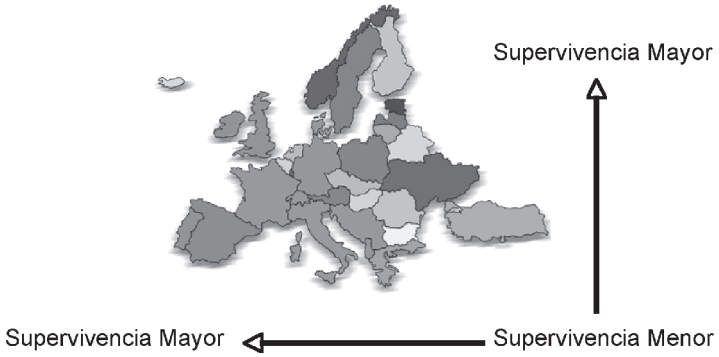


Figura 9: Mapa comparativo del gradiente de supervivencia en pacientes de cáncer de la Unión Europea.

La supervivencia es menor en los cinco países más al este del continente en comparación a los localizados más al oeste. Este gradiente se observa tanto en hombres como en mujeres.

En el ya citado trabajo que tenemos en marcha sobre el tema objeto de este análisis (Atun et al, 2009) se reflejan los indicadores que hacen referencia a la carga de cáncer en Europa actualmente. A partir de lo anterior, las tablas 6 a 8 que se muestran a continuación indican que la carga de cáncer no esta homogéneamente distribuida entre los países europeos. Por ejemplo, mientras que la tasa media de incidencia estandarizada por edad para cáncer de colon y recto para hombres es de 55,4 por 100.000 habitantes, este dato varía entre 13,6 en Albania a 106 en Hungría. Algo similar pasa con el cáncer de mama: mientras la media de tasa de incidencia es 94,3 por 100.000 habitantes, ésta varía desde 51,6 de la República de Moldavia a 137,8 para Bélgica (Ferlay et al, 2007).

	Stomach (C16)		Colon and rectum (C18-21)		Lung (C33-34)		Breast (C50)	Uterus (C53-55)	Prostate (C61)	All cancers (C00-97/C44)	
	M	F	M	F	M	F				M	F
Austria	14,3	8,8	57,6	30,9	54	22,3	91,5	29,1	134,6	444,6	294,6
Belgium	10,3	3,8	53,3	34,3	93	22,9	137,8	32,7	160,8	543,3	343,1
Cyprus	16,2	8,7	41,2	29	66,1	9,5	88,4	23,3	74,6	373,3	269,6
Czech Republic	17	8,2	94,4	46	78,9	22,9	84,8	44,8	76,1	484	346
Denmark	9,1	4,5	61	48	65	48,7	122,6	28,7	80,3	442	413,6
Estonia	33,4	17,5	50	33,9	80,3	13,2	71,1	40,5	65,3	411,1	298,5
Finland	11,8	6,8	39,2	29,4	45,8	14,7	119,8	25,4	149,7	406	314
France	12	4,5	59,8	36,8	75,5	15	127,4	22,2	133,5	527,5	329
Germamy	17,6	8,5	70,2	45,1	61,2	20,8	121,2	26,4	113	451,4	333,7
Greece	18,9	8,9	31	21,3	88,7	12,7	81,8	21,3	81	423,9	259,5
Humgary	26,6	10,9	106	50,6	119,3	42,4	118	51,6	85,6	598,8	408,7
Ireland	14,7	7,6	65,2	36,9	60,2	34,1	131,4	28,8	182	513,6	382,2
Italy	22,1	11,1	52	30,3	84,7	15,6	105,3	25,1	108,4	499,7	323,6
Latvia	28,6	14,6	47	28,7	82,5	10,2	64,8	39,7	85,7	419,4	265,2
Lithuania	36,8	17,9	53,1	32,5	91,9	9,9	68,7	63,4	109,7	500,1	320,5
Luxembourg	14,8	5,4	61,9	36,1	69,8	16,3	116,9	20	93,6	440	312,5
Malta	13,7	7,7	51,5	36,2	43,9	6,5	94,5	25,7	68,8	322,8	279,5
The Netherlands	13,4	6,3	61,2	43,9	63,4	32,5	128	22,1	98,4	435	355,4
Poland	34,8	8,8	43,1	27,7	103	28,6	74,1	37,9	51	443,2	311,9
Portugal	28,9	15,4	58,9	30,9	44,5	11,7	103,5	33,1	101,2	427,8	289,4
Slovakia	25,2	10,3	87,1	42,6	71,7	11,6	69,7	40	51,2	434,4	288,4
Slovenia	27,5	11	69	36,3	75,6	22,9	87,5	42,8	70,2	438,5	319
Spain	15,9	8,4	54,4	25,4	68,3	13,8	93,6	24,5	77,2	416,9	263,4
Sweden	9,2	4,9	49,2	37,4	28,6	23,8	125,8	31,7	157,2	418,2	361,3
United Kingdom	14,3	5,7	54,9	34,8	57,1	34,6	122,2	25,2	107,3	410,5	348,9
European Unión (EU25)	18,2	8,1	59	35,6	71,8	21,7	110,3	28,3	106,2	463	325,5
Iceland	14,1	6,4	50,2	36,8	40,6	45,6	121,6	27,3	140,5	429,2	383,6
Norway	11,2	5,4	66,4	51,2	53,8	33,7	109,1	34,1	133,2	458,7	381,5
Switzerland	16,4	3,9	79,1	55,6	52,7	26,2	126,5	29,2	137	493,6	369
EEA and Switzerland	18,1	8	59,4	36,1	71,3	21,9	110,5	28,3	106,9	463,4	326,7
Bulgaria	25,5	13,6	49,6	31,3	67,3	11,5	74	53	36	336,6	269
Romania	30,6	13	40,7	25,1	81	15,4	61,2	64,1	32,2	371,8	279,1
Albania	59,4	21,5	13,6	21,4	95	26,2	82,4	22,2	62,1	444,7	312,1
Belarus	45,1	20,4	42,8	29	86,5	6,7	55,5	39,3	38	380,7	251,4
Bosnia Herzegovina	37,8	14,4	34,6	27,3	76	17,5	79	43,8	42	369,4	287
Croacia	27,5	8,6	57	36,9	69,3	13,9	79,4	25,9	67,8	421,3	244,4
Macedonia	37,3	16	49,4	30	71,8	8,9	85,4	49,1	31,9	363	280,2
Republic of Moldova	28,3	14,4	38,7	26,7	63,7	12,5	51,6	45	18,7	331,2	238,3
Russian Federation	47,8	21,1	46,5	33,9	92,7	11,2	67,3	39,2	30,1	389	261,9
Serbia and Montenegro	16,9	5,9	41	30,4	61,5	17,3	69,2	60	32,3	300,10	268,5
Ukraine	37,1	15,4	41,7	27	74,6	9,5	53,3	40,9	26,7	333,6	227,4
Europe	24,8	11,6	55,4	34,6	75,3	18,3	94,3	33,5	86,7	439,7	303

Tabla 6: Tasas de incidencia estimadas, por localización, país y edad.

	Stomach		Colorectum		Lung		Soft -tissue		Skin melanoma		Breast		Cevix		Corpus uteri		Prostate	
	RS	95% CI	RS	95% CI	RS	95% CI	RS	95% CI	RS	95% CI	RS	95% CI	RS	95% CI	RS	95% CI	RS	95% CI
Austria	29,2	26,9-31,6	59,3	57,8-60,9	14,1	13,0-15,3	57,5	51,1-64,7	83,3	80,8-85,9	81,4	79,9-82,8	64,2	60,4-68,2	76,1	73,1-79,2	88,9	87,6-90,3
Belgium	32,7	30,2 35,4	60,7	59,5-62,0	16,3	15,4-17,2	65,3	59,5-71,7	81,4	78,8-84,2	79,7	78,6-80,9	66	62,6-69,6	79,5	76,9-82,1	NA	NA
Czech Republic	NA	NA	45,2	41,0-49,9	NA	NA	NA	NA	75,1	66,6-84,7	68,9	62,9-75,4	59,8	53,0-69,6	79,5	76,9-82,1	NA	NA
England	16,9	16,3-17,6	51,8	51,4-52,2	8,4	8,1-8,6	57,5	55,4-59,6	84,8	84,0-85,5	77,8	77,4-78,2	58,6	57,3-59,9	75,7	74,7-76,8	NA	NA
Finland	27,3	24,8-29,4	59,4	57,8-61,1	9,2	8,2-10,3	58,5	53,1-64,4	84,8	82,0-87,1	85,7	84,4-87,0	65,8	60,9-71,0	79,8	77,3-82,4	84,3	82,7-85,9
France*	20,7	13,9-30,9	59,9	55,5-64,6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Germany	31,4	25,3-39,1	62,2	57,7 65,0	14,7	12,1-17,7	NA	NA	89,4	82,1-97,3	78,2	74,5-82,1	55,5	47,4-65,1	82,7	75,0-91,2	85,3	80,7-90,2
Iceland	NA	NA	58,9	52,6-65,9	16,8	12,8-22,2	NA	NA	83,6	72,1-96,9	93,4	87,4-99,8	70,6	61,1-81,6	69,7	56,5-86,1	84,4	79,6-89,4
Italy	33,2	32,1-34,3	59,4	58,6-60,1	13,4	12,8-14,0	61,8	58,3-65,6	85,3	84,0-86,6	83,7	83,1-84,4	67	64,7-69,4	77,4	75,7-79,0	84	83,5-86,4
Malta	NA	NA	51,5	45,8-57,9	4,6	2,7-7,8	61	49,3-75,5	94,8	84,5-106,4	76	70,7-81,8	46,5	32,5-66,6	76,5	66,7-87,7	NA	NA
The Netherlands	20,1	18,1-22,4	58,5	57,1-57,9	12,9	12,1-13,8	59,8	54,4-65,6	90	87,9-92,1	83,1	81,8-84,4	69,2	64,7-73,9	79,3	76,2-82,6	81,7	79,3-84,2
Northem Ireland	18,9	15,6-22,8	54,5	52,1-57,0	10,7	NA	59,2	49,2-71,3	91,4	87,5-95,5	79,5	77,0-82,1	63,5	56,6-71,2	70,2	64,4-76,6	NA	NA
Norway	24,7	22,1-27,5	59,5	58,2-60,9	11,2	10,3-12,3	61,8	54,2-70,6	86,8	85,0-88,6	84,1	82,6-85,5	67,5	63,7-71,4	86,1	83,2-89,1	79	77,5-80,6
Poland	20	17,7-22,6	46	44,0-48,0	14	12,8-15,3	60,4	51,3-70,8	65,8	61,5-70,4	73,9	71,7-76,1	56	52,6-59,5	74,5	70,3-78,8	70,7	66,5-75,2
Scotland	16,6	14,9-18,6	54,1	52,8-55,4	8,2	7,5-8,9	55,9	49,3-63,3	90,7	88,6-93,0	77,3	76,0-78,6	61	57,3-65,0	76,6	73,1-80,1	71	68,8-73,3
Slovenia	23,2	20,5-26,2	50,5	48,2-53,0	9,9	8,6-11,3	64	53,7-76,2	79,2	75,0-83,2	75,3	72,7-78,1	65,2	60,8-69,9	78,7	74,3-83,3	63,3	59,2-67,6
Spain	31,8	25,9-39,2	61,5	57,7-65,5	12,2	10,1-14,8	50,7	35,0-73,5	85,9	79,0-93,5	82,8	79,8-85,8	60,4	48,6-75,0	73,6	66,4-81,5	NA	NA
Sweden	21,5	19,8-23,5	59,8	58,8-60,9	13,9	13,0-14,9	62,1	59,2-66,3	90,3	89,1-91,5	86,3	85,4-87,2	66,7	63,8-69,6	83,9	82,2-85,7	82,5	81,5-83,6
Switzerland	25,6	21,9-29,8	63,8	61,4-66,2	15,3	13,6-17,2	72	61,9-83,7	89,7	87,1-92,4	84,5	82,6-80,5	66,8	60,0-74,5	79,2	74,5-84,3	87,3	84,6-90,1
Wales	18,3	15,8-21,1	53,3	51,6-55,1	10,4	9,1-11,8	58,6	51,4 66,8	78,3	74,8-81,9	78,4	79,7-80,0	52,6	47,8-57,8	75,7	71,7-79,9	71,8	69,1-74,5
EUROCARE -4 mean	24,9	23,7-26,2	56,2	55,3-57,2	10,9	10,5-11,4	61,2	58,3-64,2	86,1	84,3-88,0	79	78,1-80,0	60,4	57,7-63,2	78	76,2-79,9	77,5	76,5-78,6
USE SEER-13 registres	25	23,8-26,2	65,5	64,9-66,1	15,7	13,3-16,1	65,1	62,8-67,5	92,3	91,5-93,1	90,1	89,6-90,5	65,8	64,1-67,6	82,3	81,2-83,4	99,3	98,9-99,8

RS: relative survival. NA: not available (due to missing data in one or more age classes impeding the age standardisation). SEER: Surveillance. Epidemiology and End Results.
* Data from France was represented by the digestive cancer registry of Cote d'Or.

Tabla 7: Supervivencia relativa a los 5 años (%) por tipos de cánceres diagnosticados (2000-02).

		Breast (95% CI)	Colon		Rectum		Colorectum		Prostate 95% CI)
		Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	
Africa	Algeria (Sétif)	38,8 (31,4-46,2)R	11,4 (0,7-40,9) R	30,6 (9,5-56,1) R	25,9 (11,4-43,7)R	18,2 (6,6-34,6) R	22,5 (10,6-37,7) R	22,6 (11,2-36,7)R	21,4 (8,7-38,9) R
America (Central and South)	Brazilian registries	58,4 (52,7-64,6)	33,1 (24,2-45,3)	32,7 (26,1-40,8)	49,3 (34,8-69,8)	38,4 (27,3-53,9)	47,3 (37,5-59,6)	43,5 (35,7-53,1)	49,3 (43,6-55,8)
	Cuba	84,0 (82,9-85,2)	59,3 (55,8-63,1)	61,4 (58,3-64,5)	59,2 (55,1-63,7)	62,8 (58,6-67,4)	59,5 (56,8-62,5)	62,0 (59,5-64,6)	69,7 (67,1-72,3)
America (North)	Canadian registries	82,5 (81,9-83,0)	56,1 (55,8-57,2)	58,7 (57,7-59,7)	53,1 (51,5-54,6)	58,7 (57,0-60,4)	55,3 (54,4-56,2)	58,9 (58,0-59,8)	85,1 (84,4-85,7)
	US registries	83,9 (93,7-84,1)	60,1 (59,6-60,5)	60,1 (56,3-60,5)	56,9 (56,3-57,5)	59,8 (59,2-60,4)	59,1 (58,8-59,5)	60,2 (59,8-60,5)	91,9 (91,7-92,1)
Assia	Japanese registries	81,6 (79,7-83,5)	63,0 (61,3-64,8)	57,1 (55,5-58,8)	58,2 (55,9-60,5)	57,6 (55,2-60,1)	61,1 (59,7-62,5)	57,3 (55,9-58,6)	50,4 (46,3-54,9)
Europe	European registries	73,1 (72,9-73,4	46,8 (46,3-47,2)	48,4 (48,0-48,8)	43,2 (42,7-43,7)	47,4 (46,9-48,0)	45,3 (45,0-57,6)	48,1 (47,7-48,4)	57,1 (56,7-57,6)
	Austria (Tirol)	74,9 (71,9-78,1)	57,0 (51,5-63,0)	59,3 (54,3-64,7)	45,8 (39,1-53,8)	45,2 (37,6-52,8)R	52,7 (48,2-57,6)	55,1 (50,8-59,7)	86,1 (82,9-89,4)
	Czech Republic (West Bohemia)	62,9 (58,9-67,1)	37,7 (33,0-43,0)	37,6 (33,3-42,5)	29,3 (25,2-31,1)	39,1 (33,8-45,2)	33,8 (30,5-37,6)	38,3 (34,9-42,0)	50,7 (44,4-58,0)
	Denmark	73,6 (72,5-74,7)	44,7 (42,7-46,7)	48,6 (46,8-50,4)	43,4 (41,2-45,6)	45,9 (43,6-48,3)	44,2 (42,7-45,7)	47,7 (46,3-49,2)	38,4 (36,3-40,6)
	Estonia	61,3 (57,9-64,8)	38,5 (33,7-44,1)	39,1 (35,3-43,2)	33,6 (28,4-39,7)	30,2 (26,0-35,1)	36,4 (32,8-40,4)	35,5 (32,6-38,6)	56,5 (52,3-60,9)
	Finland	80,2 (79,0-81,4)	54,6 (51,6-57,8)	54,7 (52,5-57,1)	49,8 (46,8-53,0)	52,6 (49,7-55,6)	52,5 (50,4-54,7)	54,0 (52,2-55,8)	62,9 (60,6-65,2)
	French registries	79,8 (78,2-81,4)	57,4 (54,4-60,7)	60,1 (57,2-63,2	52,8 (49,3-56,7)	63,9 (60,1-67,8)	55,6 (53,3-58,1)	61,5 (59,2-64,0)	73,7 (70,5-77,1)
	Germany (Saanland)	75,5 (73,3-77,8)	52,0 (48,2-56,0)	56,2 (52,9-59,7)	47,8 (43,0-53,1)	52,5 (48,1-57,3)	50,1 (47,2-53,2)	55,0 (52,3-57,9)	76,4 (72,7-80,4)
	Iceland	79,0 (73,3-85,0)	48,1 (39,0-59,3)	54,9 (45,2-66,6)	52,1 (31,9-71,4)R	48,4 (31,7-64,6)R	49,5 (41,0-59,9)	54,0 (45,9-63,6)	69,7 (62,2-78,1)
	Ireland	69,6 (66,1-73,3)	49,1 (44,0-54,8)	48,5 (43,7-53,8)	41,1 (35,0-48,2)R	52,5 (44,6-60,3)R	46,0 (42,0-50,4)	50,0 (45,9-54,5)	62,8 (58,0-68,0)
	Italian registries	79,5 (78,8-80,3)	52,4 (51,1-53,8)	53,8 (52,6-55,0)	47,4 (45,7-49,2)	50,4 (48,6-52,3)	50,7 (49,7-51,8)	52,7 (51,7-53,8)	65,4 (63,7-67,2)
	Malta	73,5 (66,7-81,1)	38,0 (25,9-50,7)R	58,0 (46,5-72,4)	34,7 (20,8-49,9)R	52,5 (31,9-71,4)R	35,7 (27,0-47,1)	55,5 (46,1-66,8)	44,3 (32,3-56,9)R
	The Netherlands registries	77,6 (76,6-78,6)	52,7 (50,1-55,4)	55,4 (53,2-57,7)	55,0 (51,6-58,6)	54,5 (51,3-57,9)	53,6 (51,5-55,7)	55,1 (53,3-57,0)	69,5 (67,2-71,9)
	Norway	76,3 (75,1-77,6)	50,8 (48,7-53,0)	54,4 (52,5-56,3)	51,3 (48,9-53,9)	56,9 (54,3-59,6)	51,1 (49,5-52,8)	55,3 (53,8-56,9)	63,0 (60,9-65,1)
	Polish registries	62,9 (60,6-65,3)	28,5 (25,3-32,1)	30,9 (28,0-34,2)	28,4 (24,7-32,7)	30,2 (26,7-34,1)	28,6 (26,1-31,3)	30,6 (28,3-33,0)	37,1 (33,0-41,6)
	Slovakia	57,9 (55,9-59,9)	40,1 (41,7-42,7)	27,6 (41,7-46,7)	27,6 (25,5-29,8)	32,3 (29,9-34,8)	34,0 (32,3-35,8)	38,7 (37,0-40,5)	45,7 (42,7) 49,0)
	Slovenia	66,3 (63,8-68,9)	37,3 (33,5-41,5)	39,8 (36,3-43,6)	34,0 (30,5-38,0)	35,6 (32,1-39,5)	35,7 (33,1-38,5)	37,7 (35,3-40,4)	43,7 (39,4-48,4)
	Spanish registries	77,7 (76,4-79,0)	54,2 (52,2-56,3)	56,3 (54,2-58,4)	50,0 (47,7-52,4)	51,8 (49,1-54,6)	52,5 (51,0-54,1)	54,7 (53,1-56,4)	60,5 (57,6-63,6)
	Sweden	82,0 (81,2-82,7	52,5 (50,9-54,2)	54,8 (53,3-56,3)	53,0 (51,2-55,0)	58,2 (56,3-60,2)	52,8 (51,6-54,1)	56,2 (55,0-57,4)	66,0 (64,7-67,3)
	Swiss registries	76,0 (74,3-77,7)	–	–	–	–	–	–	–
	UK	69,7 (69,4-70,1)	43,5 (42,9-44,1)	44,4 (43,8-45,0)	40,6 (39,9-41,3)	45,3 (44,5-46,1	42,3 (41,8-42,8)	44,7 (44,3-45,2)	51,1 (50,4-51,8)
	UK - England (national)	69,8 (69,5-70,2)	43,4 (42,8-44,1)	44,3 (43,7-45,0)	40,4 (39,6-41,2)	45,4 (44,6-46,3)	42,2 (41,7-42,7)	44,7 (44,2-45,3	50,9 (50,1-51,7)
	UK - Northen Ireland	72,0 (68,9-75,3)	47,3 (42,8-53,0)	49,0 (44,3-54,3)	48,2 (41,6-55,8)	43,8 (37,0-51,9)	47,8 (43,7-52,3)	47,8 (43,8-52,2)	54,0 (48,7-59,9)
	UK- Scotland	70,6 (69,5-71,8)	45,9 (44,0-47,9)	47,8 (46,1-49,6)	42,3 (39,9-44,9)	46,9 (44,4-49,6)	44,6 (43,1-46,2)	47,7 (46,2-49,2)	54,2 52,0-56,5)
	UK - Wales	67,1 (65,8-68,4)	39,9 (37,5-42,6	38,0 (35,7-40,4	39,5 (36,8-42,3)	41,9 (38,0-45,2)	39,8 (38,0-41,8)	39,3 (37,5-41,3)	47,9 44,9-51,1)
Oceania	Australia (national)	80,7 (80,1-81,3)	57,8 (56,8-58,8)	57,7 (56,7-58,6)	54,8 (53,6-56,1)	59,2 (57,8-60,6	56,7 (55,9-57,5)	58,2 (57,4-58,9)	77,4 (76,6-78,2)

R: raw (not age-standardised) survival estimate.

Tabla 8: Supervivencia relativa a los 5 años (%) para ciertos cánceres según distintos países .

6.2. Comparación del gasto porcentual en salud, en general y en atención oncológica

No se dispone de información actualizada y veraz sobre los recursos dedicados al cáncer en cada país (como son el gasto porcentual de cáncer, número de especialistas y facilidades para tratamientos). Ese es uno de los retos pendientes que emergen al realizar este trabajo: la necesidad de profundizar en la obtención de datos objetivos en este campo. Wilking y Jönsson (2005), han llegado a realizar cálculos sobre el gasto porcentual extrapolando el gasto de los sistemas sanitarios de 19 países europeos miembros de la OCDE (*Organization for Economic Co-operation and Development*), y han estimado un gasto total en el periodo 2002-2003 de 54 billones de euros. Así, el gasto medio por persona es de 120 euros aunque existen rangos desde 34 euros/persona en Polonia hasta 191 euros /persona en Noruega.

En Europa, el gasto porcentual en atención oncológica representa aproximadamente desde 4,1% hasta 10,6% del gasto total en salud (figura 10).

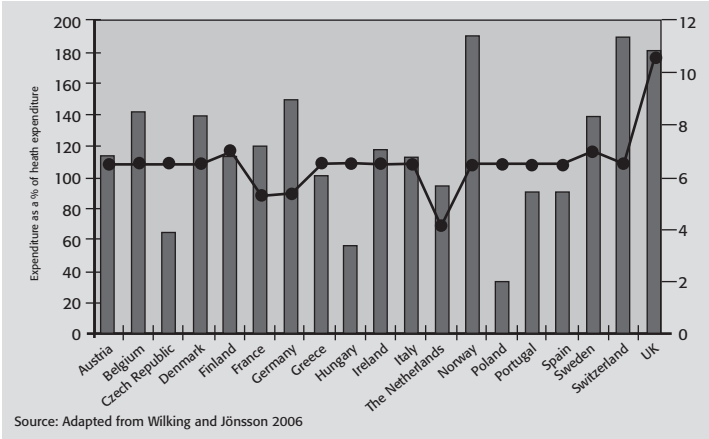


Figura 10: Porcentaje del gasto en atención oncológica sobre el gasto sanitario total.

Estudios en diferentes países europeos muestran que alrededor del 60-83% del gasto en cáncer se dedica a los cuidados de pacientes hospitalizados, 7-16% a los cuidados ambulatorios y sólo un 4-11% para tratamientos. En el periodo 2002-2003, el coste *per cápita* de fármacos antineoplásicos fue de entre 4 euros en Polonia a 16 euros en Francia, siendo la media europea de 11 euros. Todo ello, se traduce en un coste anual de 5,1 millones de euros entre 2002-2003, representando el 3-4% del coste total de fármacos en Europa.

Existe una asimetría entre los recursos dedicados a la atención oncológica y los realmente requeridos. Mientras que la carga de cáncer representa el 16,7% del total de carga de enfermedades, sólo el 4,1%-10,6% de los recursos financieros se destina a este fin.

Como se afirmó anteriormente, la gestión del cáncer es compleja y muchos son los factores que influyen en las tasas de supervivencia y por lo tanto en la propia gestión. Las

diferencias socio-económicas son algunos de los factores mas documentados (Kogevinas y Porta, 1997). Existen muchas teorías sobre cómo los factores socio-económicos influyen en la supervivencia y mortalidad por cáncer, como por ejemplo: el tumor en sí (estadio, diagnóstico, agresividad), el paciente (nivel de educación) y el sistema de salud (posibles retrasos en diagnóstico y tratamiento). Existen revisiones (Woods et al, 2006) sobre los orígenes de las desigualdades socio-económicas en cáncer que concluyen que aunque el estadio del tumor y el diagnóstico son variables importantes, las diferencias en el tratamiento entre grupos sociales también influyen en la propia enfermedad. La evidencia apunta a que pacientes con diferente nivel socio-económico tiene diferente acceso a los servicios sanitarios y reciben tratamientos que no son similares. Por ejemplo, los pacientes del sudeste de Inglaterra muestran empíricamente más posibilidades de recibir cirugía oncológica de hígado, cáncer colorrectal o mama (Pollock y Vickers, 1998). En el Reino Unido, mujeres con cáncer de mama que viven en áreas más deprimidas son más susceptibles a ser mastectomizadas frente a ser sometidas a cirugías más conservadoras, en comparación con mujeres que viven en áreas más favorecidas.

Un reciente estudio que analizó la relación entre la supervivencia de cáncer y los *inputs* como el gasto sanitario, la disponibilidad de nuevas tecnologías (como TAC o RNM) y recursos humanos (total de médicos especializados) encuentra una fuerte relación entre el gasto sanitario total de un país y la supervivencia por cáncer en muchos tipos de ellos, excepto en el de hígado, cérvix y pulmón. La misma relación se ha encontrado al relacionarlo con el PIB. Existe también una correlación positiva entre el número de TAC y la supervivencia (aunque el número de TAC no se correlacione con el gasto sanitario). Esta relación también se presenta con las RNM, aunque con menos fuerza. Sin embargo, los datos no muestran una relación significativa entre el número de médicos y la supervivencia por cáncer (Quaglia et al, 2005).

Otros estudios que examinan la relación entre la supervivencia y el porcentaje del PIB, han demostrado que hay una relación estadísticamente positiva con las tasas de supervivencia a los 5-10 años para 14 tipos de cánceres en hombres y mujeres (Evans y Pritchard, 2000). Esta relación también ha sido demostrada por Michaeli y colaboradores (2003).

A partir de todo lo anterior, parece inferirse una aparente relación positiva entre el gasto sanitario, el gasto en salud pública y las tasas de supervivencia a todos los niveles estudiados.

6.3. Criterios para la toma de decisiones en la asignación de recursos de control de cáncer en los diferentes sistemas sanitarios: descripción de criterios y organización del proceso de aprobación de nuevos fármacos según cada país

Las ventas totales de fármacos oncológicos por la industria farmacéutica han ido aumentando en los últimos años, desde 840 millones de euros en 1993 a 6.170 millones en 2004, muchas de ellas correspondientes a fármacos innovadores. Pero, una vez más, la introducción de estos fármacos innovadores en Europa ha ido variando en función del país.

Por ejemplo, la figura 11 muestra cómo el Trastuzumab (que se ha convertido en fármaco importante para las pacientes con cáncer de mama avanzado), fue introducido por primera vez en Noruega en 1998, pero tardó dos años más en estar autorizado en Reino Unido y más de 3 años en Polonia.

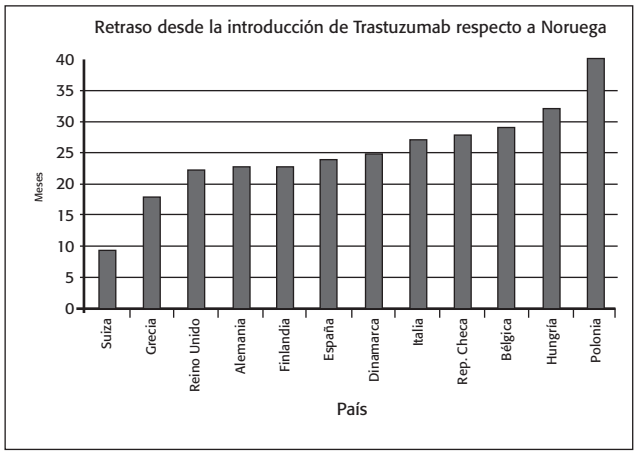


Figura 11. Elaboración propia a partir de los datos tomados del Informe *A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs (Karolinska Institutet)*.

Algo similar ocurrió en el caso del cáncer colorrectal, en el que los retrasos en la introducción de un fármaco innovador (Oxaliplatino como terapia coadyuvante al 5-Fluorouracilo) tardó alrededor de 7 años (figura 12).

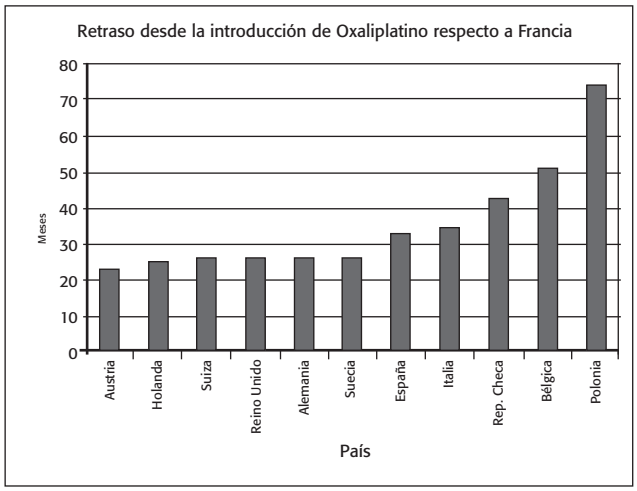


Figura 12. Elaboración propia a partir de los datos tomados del Informe *A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs (Karolinska Institutet)*

Y lo mismo ocurrió para Gemcitabina para el cáncer de hígado, donde el retraso en la introducción fue desde 4 meses a 3 años (figura 13). Existen ejemplos similares para tratamientos usados para las leucemias, linfomas y tumores gastrointestinales.

En general en Austria y España se puede contrastar que se tienden a introducir con más rapidez estos tratamientos innovadores, seguidos por Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Italia y Suiza. En el otro extremo, la Republica Checa, Hungría, Noruega, Polonia y Reino Unido suelen estar "a la cola" en tratamientos oncológicos innovadores.

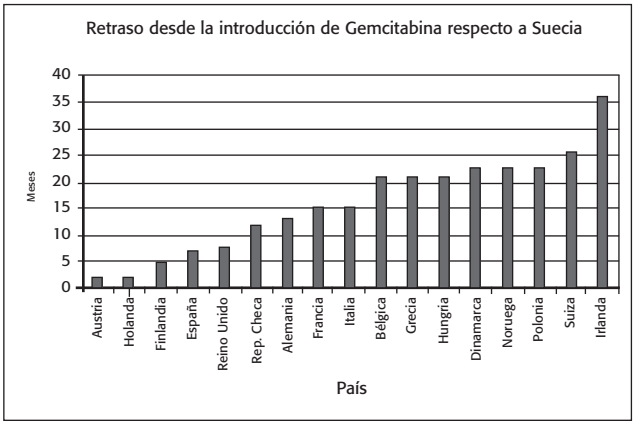


Figura 13. Elaboración propia a partir de los datos tomados del Informe *A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs (Karolinska Institutet)*.

Estos retrasos suelen venir dados por el tiempo que necesitan las autoridades sanitarias para aprobar el reembolso de un fármaco. Los mismos gobiernos están intentando promover la calidad en los estudios y la evaluación de nuevas tecnologías.

En la actualidad, los Sistemas Sanitarios de muchos países están utilizando los análisis de utilidad o rendimiento relativo para decidir si un tratamiento determinado es reembolsado o no. En el Reino Unido, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) es el encargado de tomar tales decisiones dentro del *National Health Service*. Las decisiones del NICE se utilizan frecuentemente como referentes en este tipo de evaluaciones.

Para la mayoría de las tecnologías sanitarias no existe una evidencia ideal generada a través de ensayos clínicos aleatorizados (randomizados). Tales ensayos no han sido habituales si hablamos de terapias no farmacológicas. Para el caso de los fármacos, los ensayos llevados a cabo con el propósito de obtener la licencia, tienen importantes restricciones a la hora de poder apoyar una decisión de reembolso.

Se podrían distinguir dos formas de abordar el reto:

a) Presentar una metodología que proporcione un método explícito para integrar las decisiones sobre la incorporación de una cierta tecnología y para exigir más información mediante investigaciones adicionales, marcando cómo debe manejarse la

inevitable incertidumbre en los datos usados en el análisis y cuándo deben ser solicitadas investigaciones adicionales.

b) Plantear el análisis de decisiones como un instrumento que se pueda utilizar para responder los parámetros que determinan el reembolso de un tratamiento, estableciendo qué datos son los apropiados para la toma de decisiones y cómo debe ser tomada la decisión de reembolso.

Un posible modelo es aquel en el cual la rentabilidad de las alternativas de intervención se basa en información con relativo grado de incertidumbre, como son los efectos clínicos, la calidad de vida relacionada con la salud y el uso de recursos. Cada *input* puede presentar distinto grado de volumen y calidad de información, lo que se refleja en las distribuciones de la probabilidad asignadas a cada estimación de acuerdo a un modelo denominado "de distribución difusa" (*fuzzy distribution model*). Se utiliza una simulación por instrumentos informáticos de modo que los resultados de la rentabilidad de un tratamiento recojan la incertidumbre que implica la adopción de tal decisión.

Cuando se adopta una tecnología con resultados inciertos en base a la información existente, se podrán presentar casos concretos en los que se tome la decisión incorrecta. Si se toma la decisión incorrecta, habrá costes asociados a dicho error. Por lo tanto, el coste previsto de incertidumbre viene determinado habitualmente por la probabilidad de que una decisión basada en la información existente sea errónea o parcial, con las correspondientes consecuencias. La información tiene valor porque reduce la posibilidad de error y, por lo tanto, reduce los costes previstos de incertidumbre que rodean la decisión. Los costes previstos de incertidumbre se pueden interpretar como el valor previsto de la información perfecta (EVPI). Resumiendo el algoritmo, si el EVPI para la población actual y los pacientes futuros es superior a los costes previstos de investigación adicional, se dice que procede seguir indagando dado que es necesario adquirir más información.

Los planteamientos sobre la rentabilidad de un tratamiento de cara a su reembolso aparecieron, en un principio, en Australia y Canadá, para luego extenderse a EE.UU. y otros países occidentales.

En el Reino Unido, esta labor de evaluación de tecnologías se ha llevado a cabo por el NICE, cuya actuación se ha tomado como un referente en Europa, utilizándose sus estudios como herramientas argumentales que con frecuencia son la base de justificación de que ciertos casos de tratamientos farmacológicos no sean reembolsados debido al control del gasto sanitario.

La importancia del ensayo clínico controlado aleatorizado como fuente de datos para la toma de decisión se ha aceptado de una manera generalizada. Sin embargo para muchas tecnologías tales datos son escasos o inexistentes. Hasta ahora, en la mayoría de los casos, los ensayos se han realizado debido a exigencias regulatorias y de registro, centrándose en criterios de seguridad y eficacia. Por otro lado, como dijimos anteriormente, el diseño de dichos ensayos en numerosas ocasiones no permite evaluar la rentabilidad de la adopción de dicho tratamiento, lo cual es fundamental a la hora de decidir sobre el reembolso.

De forma muy sintética, actualmente hay cierto consenso técnico respecto a que se debería comparar la nueva tecnología con las ya existentes, con resultados sobre población general y recogiendo factores que permitiesen analizar la rentabilidad (durante un periodo de tiempo suficientemente largo). En este sentido, es importante la línea metodológica que está emergiendo respecto a establecer un marco de actuación que facilite la objetividad en la toma de decisiones.

Mediante el análisis de decisión podemos establecer una relación entre *inputs* y el grado de incertidumbre y, en consecuencia, de rentabilidad que rodea a la decisión, identificándose todas las variables y pudiéndose comparar costes y beneficios de las distintas alternativas de tratamiento del paciente. Es importante la referencia al concepto del valor previsto de la información perfecta (EVPI) como cuantificación de costes, puesto que la información perfecta puede eliminar la posibilidad de tomar la decisión incorrecta y generar costes.

El valor previsto de información perfecta (EVPI) es también la suma máxima que el sistema sanitario debería estar dispuesto a pagar por información adicional que avale la decisión en el futuro, y pondría límite al coste superior por hacer investigaciones adicionales.

Los modelos del análisis de la decisión se han convertido en una parte fundamental del proceso NICE de valoración. El tipo de modelos incluye árboles de decisión con elementos simples de partida o modelos basados en la progresión de la enfermedad. De cualquier forma, consiste en generar un marco explícito en el cual se reconozca que todas las decisiones están tomadas a pesar de la existencia de incertidumbre sobre costes y efectos, y que los servicios médicos y la investigación están financiados en última instancia por la misma fuente de recursos.

La evaluación económica de medicamentos (EEM) ha experimentado un fuerte crecimiento en los últimos años, debido a la progresiva aplicación de la eficiencia como criterio de priorización en un entorno en el que los recursos disponibles no son suficientes para satisfacer una demanda cada vez mayor. Los primeros países en utilizar las EEM en sus decisiones de política farmacéutica fueron Australia y Canadá. Desde entonces, alrededor de una decena de países, la mayoría de ellos europeos, han requerido formalmente EEM a las compañías farmacéuticas como paso previo a la fijación de precio o a la financiación pública de los nuevos medicamentos.

España está siguiendo este ejemplo, por lo que es conveniente analizar cuáles son los principales retos que plantea el uso del criterio de eficiencia en las decisiones sobre política farmacéutica.

6.3.1. Instituciones y agencias de evaluación de tecnologías

La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) aportan (al menos de forma conceptual) un proceso multidisciplinar de análisis estructurado y sistemático, basado en el conocimiento científico, que informa el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la sanidad. Ésta se inicia con un proceso de identificación de áreas con necesidades de información, su posterior traducción en preguntas compatibles con la investigación

científica y por último la compilación de un informe de evaluación que contiene el análisis sistemático de la información relevante de forma sintetizada.

Las tecnologías sanitarias se definen como el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en los cuidados de salud, así como la organización e integración con las que se facilitan estos cuidados.

La ETS presenta, de manera rigurosa y comprensible, los efectos, ya sean beneficiosos o adversos, que la tecnología (equipamientos médicos, dispositivos, fármacos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria para la prevención, diagnóstico, tratamiento, paliación y rehabilitación de condiciones clínicas concretas) tiene sobre la salud, tanto individual como colectiva, así como su impacto económico, organizativo, normativo, ético y social. Su objetivo final es contribuir a la mejora de los procesos de toma de decisiones a distintos niveles del sistema sanitario: política y planificación sanitaria, gestión, práctica clínica (profesionales y pacientes).

El diseño de reformas e intervenciones operativas en los sistemas de salud supone un reto complejo y adaptado a cada escenario (que a su vez surge de diferentes contextos en su génesis y desarrollo).

Existen diferencias, tal y como se ha señalado en apartados anteriores, en cuanto a la obtención de financiación así como la distribución de la misma, la organización de la provisión de servicios, los servicios en sí prestados y los profesionales responsables.

La toma de decisiones en materia de tecnologías sanitarias requiere de la existencia de información en un contexto libre de interferencias, pero considerando todos los factores relacionados. En definitiva, el proceso debe comprender el resultado de la evaluación en combinación con otras evidencias.

La organización y prestación de servicios en materia sanitaria representa un asunto complejo que requiere de la toma de diferentes tipos de decisiones, a diferentes niveles de gestión (macro, meso y micro).

Las tecnologías sanitarias, en la medida de que son intervenciones en el sistema sanitario, requieren el análisis acerca de cómo hacer que estén disponibles (aprobación para su comercialización y grado de extensión), cómo se va organizar y cómo se gestionará la prestación de las mismas.

La aprobación para la comercialización de un producto sanitario, bien sea medicamentos o dispositivos, es de carácter obligatorio. Esta se centraliza normalmente a nivel macro, e incluso a nivel supranacional por autoridades como puede ser el caso de la EMEA (*European Medicines Agency*). Este proceso está claramente estandarizado, y simplemente están implicados los fabricantes y la institución que otorga la licencia.

De forma adicional a la evaluación de la eficacia y la seguridad de un producto, la ETS evalúa si la implementación de una determinada tecnología puede producir (en comparación con las alternativas de base) un beneficio clínico o económico en el sistema.

En los países del ámbito europeo, las decisiones en materias de organización y gestión se toman principalmente por parte de los gobiernos y las autoridades sanitarias responsables del desarrollo de las directrices en materia sanitaria.

Otro aspecto importante, y complementario en materia de la inclusión de un servicio o producto en la cartera de servicios, es la determinación del grado de cobertura. Muchos países europeos prestan cobertura parcial para determinados servicios de su cartera.

En ocasiones, la toma de decisiones lleva asociada la definición de las condiciones bajo las que el servicio/tecnología se va a prestar, o cuáles son las condiciones de co-pago, en el caso de ser de aplicación.

En el caso de los productos farmacéuticos, la mayoría de los países de la UE controlan el precio de los mismos de manera directa o indirecta. En estos sistemas sanitarios, las decisiones en materia de precios están muy relacionadas con el grado de cobertura. Por ejemplo, en el caso de Francia las negociaciones de precios dependen del valor añadido de los productos en términos de efectividad.

Si lo visto hasta ahora nos puede dar una idea de la complejidad de la toma de decisiones en materia de nuevas tecnologías, la consideración de otros elementos hace esta tarea aún si cabe más compleja de abordar.

Los términos tales como efectividad, coste, coste-efectividad, están ampliamente definidos en los marcos legales de los sistemas sanitarios europeos.

La dificultad se plantea a la hora de hacer explícitos los valores o criterios. No debería ser suficiente con asumir que la incorporación de nuevas tecnologías se hace en base a su utilidad, efectividad, pertinencia o beneficio. La definición de los criterios para la toma de decisiones debería de ser el primer paso para una toma de decisiones transparente y explícita.

El sector farmacéutico es uno de los que mayor número de criterios específicos tiene. Determinados países europeos tales como Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Noruega, Suecia y Reino Unido, han definido el coste-efectividad como uno de los criterios más relevantes en la toma de decisiones en materia de medicamentos.

,

Tipo de servicio	A	D	E	F	H	I	HL	P	RU
Cuidados curativos	P, CE, CV, N	PR, N	C, E, N, S	N, E, S	C, E	P, N, PR	C, E, N	-	PR, C, N
Cuidados rehabilitadores	CE, CV, N	PR, N	N	N	-	P	P	-	E, N
Fármacos	E, N	PR, CE, N	PR, N, U	C, E, I, S	PR, CE, E, N, S	C, E	PR, CE, I	C	PR, CE, E, N, S

A: Alemania, D: Dinamarca, E: España, F: Francia, H: Hungría, I: Italia, HL: Holanda, P: Polonia, RU: Reino Unido
Criterios: C: Coste, CE: Coste-efectividad, CV: Conveniencia, E: Efectividad, I: Grado de innovación, N: Necesidad, P: Pertinencia, PR: Presupuesto S: Seguridad, U: Utilidad

Tabla 9: Criterios utilizados en la toma de decisiones.

En definitiva, son numerosos las instituciones, organizaciones y grupos de profesionales en todo el mundo, que dedican total o parcialmente sus esfuerzos a la evaluación de fármacos y de tecnologías en general. Su principal misión es contribuir al proceso de toma de decisiones y potenciar el uso eficiente de los recursos económicos. Los ámbitos de actuación varían en cada caso y por ese motivo no es sorprendente la existencia de distintos modelos (Velasco et al, 2008).

A continuación revisaremos de manera ordenada los elementos conceptuales e instrumentales que se utilizan habitualmente para la toma de decisiones utilizadas por las instituciones y agencias previamente descritas.

6.3.2. Eficiencia y equidad

Quizás el mayor peligro que plantea la adopción del criterio de eficiencia es la tentación de convertirlo en el único criterio de decisión. El riesgo es aún mayor si se tiene en cuenta que los resultados del análisis coste-efectividad (CE) se expresan de forma numérica y, por ello, no resulta difícil aplicarlo de forma mecánica, recomendando únicamente el reembolso o la adopción de intervenciones cuyo CE esté por debajo de un límite de eficiencia establecido *a priori* (en el Reino Unido, dicho límite se ha situado en 30.000 libras por año de vida ajustado por calidad [AVAC]). En cualquier caso, y aunque la utilización de criterios sencillos y objetivos siempre resulta atractiva, en la práctica hay otros criterios, aparte del de eficiencia, que los decisores no pueden obviar.

Si nos fijamos en las experiencias de otros países, veremos que ninguno de ellos considera la eficiencia como único criterio de decisión. Volviendo al caso del Reino Unido, los responsables del NICE han declarado explícitamente que no desean tomar sus decisiones exclusivamente en función de criterios de CE. Esto es así porque por un lado hay que contar con la incertidumbre en los resultados de las propias evaluaciones económicas de medicamentos (EEM), que hace necesarios los juicios de valor sobre los aspectos puramente científicos. Y por otro lado, también son imprescindibles los juicios de valor sociales para, entre otras cosas, equilibrar las tensiones entre eficiencia y equidad. La creación de un *Citizen Council*, con representación de los pacientes, es buen ejemplo de la influencia de los "factores sociales" en sus decisiones.

En la práctica, en un buen número de ocasiones, el NICE ha establecido sus recomendaciones sin información sobre el CE de las intervenciones, y otras veces sus recomendaciones han sido opuestas a lo que el resultado numérico de las evaluaciones hubiera sugerido, es decir, hay intervenciones con un CE superior a 30.000 libras/AVAC que han sido recomendadas, e intervenciones con un CE inferior a 30.000 libras/AVAC que no lo han sido.

Revisando experiencias en otros países del mundo, podemos citar que en Australia, el *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee* reconoce que el criterio de CE es sólo uno de los factores que se consideran en sus decisiones, y que hay otros factores tan importantes o más, como son la gravedad de la enfermedad, la disponibilidad de alternativas, las implicaciones de incluir la nueva tecnología en el listado o los aspectos relacionados con las inversiones en investigación de la compañía. Y en Ontario (Canadá), la efectividad de los nuevos tratamientos sigue siendo el factor decisivo en las

decisiones del *Drug Quality Therapeutics Committee* perteneciente al *Ontario Ministry of Health and Long Term Care*.

Suecia y los Países Bajos son otros países en los que también se tienen en cuenta aspectos como la equidad, las demandas de colectivos específicos de pacientes o la necesidad de apoyar la innovación.

En sistemas sanitarios como el español, al igual que ocurre en Reino Unido, resulta indispensable considerar elementos como la equidad. Por tanto, parece razonable que si la EEM llegara a implantarse en España, la eficiencia no debería ser el único criterio que se utilizase en las decisiones de financiación, precio y selección de medicamentos. De la misma forma, habría que buscar la vía para empezar a tener en cuenta las opiniones de los profesionales sanitarios y, fundamentalmente, las de los pacientes en los procesos de priorización de la evaluación, así como en los propios procesos de evaluación.

6.3.3. Gasto sanitario

Se ha sugerido que el objetivo perseguido inicialmente con la evaluación económica de medicamentos (EEM) era contener el gasto farmacéutico. Sin embargo, el tiempo ha demostrado que eficiencia no siempre es sinónimo de ahorro y que gastar de manera eficiente no significa gastar menos. La mayoría de los medicamentos eficientes no ahorran dinero en un análisis contable simple (no olvidemos que una opción cuyo CE incremental es de 20.000 euros/AVAC respecto a otra, significa que es necesario pagar 20.000 euros extra por cada AVAC adicional conseguido respecto a la opción comparada).

Según una revisión de las evaluaciones económicas de medicamentos realizadas en todo el mundo durante 25 años, tan sólo un 19% de las intervenciones sanitarias producía ahorros netos. Por ello, tenemos que empezar a concienciarnos de que los nuevos fármacos y dispositivos médicos pueden contribuir a que los pacientes se sientan mejor o vivan más tiempo, pero raramente ahorrarán dinero. De nuevo hay que poner todo ello en el contexto de la opinión, calidad de vida de los ciudadanos (incluyendo pacientes y familiares de pacientes).

6.3.4. Rigidez presupuestaria

La existencia de estructuras presupuestarias segmentadas para cada uno de los componentes del gasto sanitario es una de las principales barreras identificadas por la mayoría de los expertos para adoptar el criterio de eficiencia. Este problema, que puede considerarse un mal endémico en Europa, favorece la aparición de mentalidades de compartimento estanco que, en la práctica, suponen que no se tenga en cuenta el ahorro que puede generar una determinada intervención, si dicho ahorro no impacta en el propio presupuesto.

Es necesario matizar que la raíz del problema no es la existencia de un presupuesto farmacéutico, ya que ésta es la única forma en la que el gestor puede hacer un seguimiento de la evolución del gasto en medicamentos, sino que no se analice, al mismo tiempo, cuál es el impacto que tienen las variaciones en esta partida sobre el resto de los presupuestos (como se mencionó previamente, un tratamiento inadecuado o

incompleto tendrá repercusiones en ingresos o reingresos hospitalarios, incapacidades laborales y otras múltiples dimensiones sanitarias y sociales).

La rigidez presupuestaria suele dar lugar a ineficiencia en la asignación de recursos y a que las medidas de contención del gasto no sean efectivas. Si lo que se pretende es tener un sistema sanitario más eficiente, el criterio de eficiencia debería aplicarse a todos sus componentes. Sería beneficioso poner en marcha políticas sanitarias que fomenten una gestión más integral de todos los componentes del sistema sanitario. Los recursos deberían asignarse en función de enfermedades o programas, y no en función de tipos de servicios.

Esta integración podría llevarse a cabo a diferentes niveles, lo que permitiría al gestor sanitario decidir cuál es la combinación de elementos que presenta una mayor eficiencia; así mejorarían tanto los resultados como la calidad proporcionada a los pacientes.

6.3.5. Conflicto de intereses en la evaluación económica de medicamentos

Los resultados de la evaluación económica de medicamentos (EEM) pueden tener un alto impacto en la utilización de un determinado fármaco. A menudo llaman la atención los conflictos de intereses y la potencial aparición de sesgos en los estudios patrocinados por la industria farmacéutica. Sin embargo, la misma precaución hay que tener con las evaluaciones realizadas por los organismos ligados, directa o indirectamente, a la financiación de los fármacos.

Por ello, sería recomendable que los estudios fueran realizados o evaluados por expertos independientes, de forma similar a como se hace en las revistas científicas de rigor contrastado. No parece razonable que los artículos que se publican en revistas científicas sean revisados por al menos 2 expertos, mientras las guías y boletines farmacoterapéuticos, cuyo impacto es mucho mayor, no sean revisadas siguiendo un criterio o procedimiento explícito. La estandarización de los métodos de evaluación y la transparencia en los análisis son elementos que deberían contribuir a lograr una mayor credibilidad de las evaluaciones económicas de medicamentos (EEM), independientemente de quién sea el autor de éstas.

6.3.6. Análisis continuo de la eficiencia

Es necesaria la reevaluación, ya que la eficiencia de los medicamentos puede variar con el tiempo por cambiar las circunstancias de su aplicación. Para poder decidir sobre la financiación de un nuevo medicamento no hay más remedio que utilizar información que proviene de ensayos clínicos, a pesar de que se sabe que ésta no es la fuente ideal para realizar EEM. Pero la eficiencia de un medicamento no se conoce hasta que no se emplea en las condiciones de la práctica clínica habitual. Por este motivo, es necesario reevaluar la eficiencia y el impacto terapéutico objetivo, una vez que se cuente con nuevos datos sobre efectividad y costes en condiciones reales.

En ocasiones, el análisis coste-efectividad (CE) de una determinada intervención puede disminuir con el paso del tiempo, debido, por ejemplo, a que se haya adquirido mayor experiencia en su utilización, se empleen dosis más bajas o se haya ido seleccionando mejor a los pacientes que más pueden beneficiarse de dicha intervención

A este respecto, los contratos de riesgo compartido firmados entre las administraciones públicas y las compañías farmacéuticas pueden ser especialmente útiles en situaciones en las que no se conocen con certeza algunos de los parámetros clave para fijar el precio y la financiación pública de los fármacos.

Posteriormente, cuando el fármaco ya se haya comercializado y se disponga de nuevos resultados derivados de la práctica real, una nueva evaluación económica ayudaría a conocer el valor que el medicamento aporta a la sociedad, y serviría para establecer su precio y fijar sus condiciones de reembolso.

6.3.7. Innovación y eficiencia

Actualmente, el proceso de aprobación regulatoria, basado en la eficacia, la calidad y la seguridad, está formalmente separado del proceso de precio, reembolso y acceso a la innovación. De igual forma, la evaluación de la innovación debería ser independiente de la evaluación de la eficiencia. Puede ocurrir que un medicamento sea bastante innovador pero inicialmente aporte escasa eficiencia objetiva. También puede darse el caso de un fármaco poco innovador y muy eficiente, poco innovador y poco eficiente, etc. Valdría la pena reorientar el debate sobre la innovación, considerando cuál es la verdadera aportación que supone un nuevo fármaco para los pacientes.

Un fármaco nuevo constituirá una innovación si realmente contribuye al avance terapéutico. Quizás lo más difícil sea ponerse de acuerdo sobre la forma objetiva de definir cuándo un nuevo fármaco contribuye o no a dicho avance. También debería reconocerse que la innovación incremental es la forma principal de progreso en cualquier sector industrial, y que el farmacéutico no debería ser una excepción. En muy pocas ocasiones los nuevos fármacos representan una enorme innovación. Un reciente informe ha puesto de manifiesto que el 63% de los medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud fueron considerados inicialmente como "*me-too*" o con valor añadido limitado. La mayoría de las veces, el progreso médico y los beneficios para los pacientes se obtienen gracias a pequeñas mejoras que pueden ser el primer paso para lograr mejoras más importantes en el futuro.

Si un sistema sanitario no tiene suficientes recursos para pagar una determinada innovación la solución no pasa por negar dicha innovación, sino por reconocer que no se está dispuesto a pagar un determinado coste a cambio de los beneficios obtenidos u obtener más recursos. El análisis de eficiencia es una herramienta adecuada para explicar a la sociedad las razones de una determinada decisión. Ante unos recursos limitados, puede que para los gestores lo más sencillo, de cara a la sociedad, sea cuestionar la eficacia, la seguridad o el grado de innovación de los nuevos medicamentos, pero lo más coherente es separar la evaluación de esos aspectos de la evaluación de la eficiencia.

6.3.8. Impacto presupuestario

Los conceptos de evaluación económica de medicamentos (EEM) y gestión basada en presupuestos deberían ser entendidos como complementarios, aunque a veces el uso conjunto del análisis coste-efectividad (CE) y de la gestión presupuestaria puede dar lugar a conflictos en el algoritmo de decisiones en la práctica real. Por ejemplo, puede que una nueva intervención se considere eficiente (si su CE incremental es inferior al

umbral predeterminado), pero que su impacto presupuestario sea tan elevado que no pueda financiarse con el presupuesto existente. También puede suceder que el CE sea demasiado alto (sería el caso de muchos medicamentos huérfanos), pero que el impacto presupuestario sea pequeño.

La reciente recomendación de un quimioterápico por el NICE en el Reino Unido, sin considerar cuál sería su impacto presupuestario, quién y cómo se iba a financiar el fármaco, ha reabierto este debate. En teoría, no financiar o poner restricciones al uso de un medicamento eficiente por el hecho de tener un impacto presupuestario elevado conduciría a una asignación poco eficiente de los recursos. Si lo que se pretende es financiar las intervenciones cuyo CE se considera aceptable y, al mismo tiempo, es necesario hacerlo con el presupuesto disponible, no habrá más remedio que obtener recursos de otra parte del sistema, dejando de financiar intervenciones con un CE menos favorable. Para ello habría que contar con información más completa sobre el CE del conjunto de las intervenciones sanitarias.

Algunos autores señalan que sólo de esa forma sería posible emplear adecuadamente el análisis coste-efectividad. Si los gestores sanitarios no pueden tomar decisiones que implican trasvasar recursos de unas partidas a otras, reducir gastos de políticas y tratamientos con un CE alto, para incrementar el gasto en tratamientos con un CE más bajo, la utilidad que puede tener el análisis CE para la toma de decisiones es reducida. De nuevo, una gestión más integral de la salud ayudaría a solucionar este problema.

6.4. Indicadores de satisfacción

La satisfacción del paciente se ha convertido en una de las piedras angulares de los sistemas de mejora progresiva de calidad en los hospitales. La satisfacción influye en la elección que este paciente, u otros próximos a él, harán en el futuro cuando tengan un nuevo problema de salud o en el cumplimiento de medidas terapéuticas prescritas. La adopción de indicadores de calidad en satisfacción puede contribuir a una mejora progresiva de la misma.

En este contexto, también conviene destacar que nos encontramos en un periodo de profundas transformaciones por lo que se refiere a patrones demográficos y epidemiológicos y que poco sectores son tan complejos y dinámicos y soportan tantas tensiones como los que tienen que ver con los sistemas de salud.

Pueden citarse varios factores que suponen, inevitablemente, una mayor exigencia en todos los órdenes. Entre otros, la creciente complejidad de la medicina; el desarrollo de las asociaciones de pacientes; y el progresivo establecimiento de mecanismos que garantizan el ejercicio efectivo de los derechos de los ciudadanos y hacen exigible la responsabilidad del sistema y de los centros que lo integran.

Vivimos en una UE que trata de eliminar fronteras y la asistencia médico-sanitaria es un área en la que las fronteras persisten. Y es que frente a la calidad técnica y objetiva que tiene su base fundamental en los recursos humanos y materiales disponibles, existe una calidad percibida por el paciente, en la que necesariamente deben tenerse en cuenta sus necesidades y expectativas.

Consultando el Euro *Health Consumer Index Report* 2008 (Björnberg y Uhlir, 2008) donde se reflejan los indicadores en salud de satisfacción de los pacientes podemos observar las desigualdades existentes entre países europeos. Este informe incluye 27 de los Estados Miembros, incluyendo Noruega y Suiza junto con Croacia y Macedonia, de la Unión Europea y 20 indicadores. Los países incluidos son:

Alemania	Irlanda
Austria	Italia
Bélgica	Letonia
Bulgaria	Lituania
Croacia	Luxemburgo
Chipre	Macedonia
Dinamarca	Malta
Eslovenia	Noruega
Eslovaquia	Polonia
España	Portugal
Estonia	Reino Unido
Finlandia	República Checa
Francia	Rumania
Grecia	Suecia
Hungría	Suiza
Holanda	

El 2008 *Euro Health Consumer Report* muestra un ranking de países en función de su situación en salud según los propios usuarios del sistema sanitario. Dicho ranking está liderado por los Países Bajos (con 839 puntos sobre 1.000), Dinamarca y Austria (figura 14).

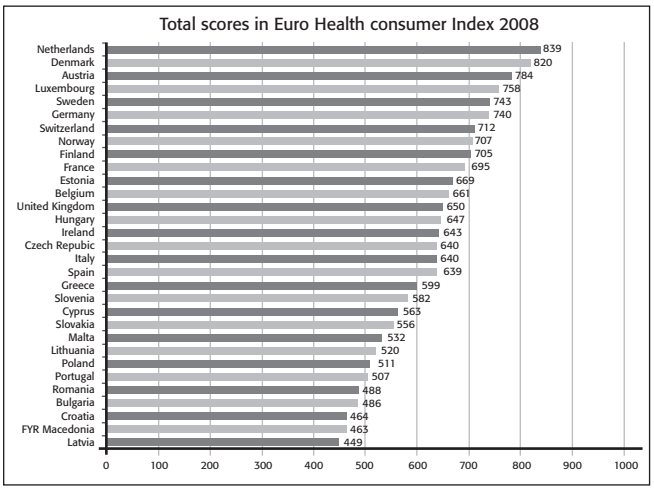


Figura 14: Ranking de países europeos en función de su situación en salud según los propios usuarios del sistema sanitario (*2008 Euro Health Consumer Report)*

Entre los países destacados en este *Index Report* en referencia a la accesibilidad a servicios sanitarios según los usuarios del sistema sanitario están: Austria, Luxemburgo y

Alemania. Estos países muestran indicadores muy buenos en accesibilidad a servicios sanitarios.

6.5. La visión de los ministerios, asociaciones de pacientes, profesionales y sociedades científicas. Experiencias específicas de países

6.5.1. Perspectivas de los pacientes y profesionales

Los datos primarios más importantes de este estudio provienen de las encuestas que se han enviado a sociedades de medicina oncológica, asociaciones de pacientes de cáncer y las autoridades sanitarias nacionales (véase 1.1 Metodología). Debido al periodo limitado de tiempo permitido para la recogida de datos, el número de respuestas que se han recibido es también limitado: 9 asociaciones de pacientes en 5 países y 3 sociedades médicas de 3 países han respondido a nuestra petición de información. Abajo se detallan las conclusiones principales de las encuestas. Las opiniones expuestas aquí no representan las opiniones del equipo de investigadores, sino que son un resumen de las opiniones recogidas por organismos nacionales.

6.5.2. Las opiniones de las asociaciones

BÉLGICA

La valoración global de los cuidados de cáncer es muy positiva; los pacientes tienen acceso rápido y generalmente equitativo a tratamientos de alta calidad, y existe desde 2008 un PNCC. Entre los elementos favorables citados del PNCC está el nuevo requerimiento (a partir de 2009) de un equipo multidisciplinario para cada paciente. Aunque no hay una estructura institucional que obligue a las autoridades a consultar con las asociaciones de pacientes, la Fundación Contra el Cáncer (*Fondation contre le Cancer* - FCC) sí ha colaborado con las autoridades en la planificación del PNCC y otras decisiones importantes.

Sin embargo, hay otras áreas que necesitan mejoras. Las dos preocupaciones más serias son la accesibilidad a los tratamientos y la disponibilidad de la información sobre ellos. En el caso de la accesibilidad, la FCC percibe desigualdades entre zonas urbanas y rurales además de diferencias entre los mayores y el resto de la población. Desafortunadamente, no hay estudios actuales que confirmen o desmientan estas percepciones. Las vías de comunicación se pueden mejorar notablemente también. Los oncólogos, a menudo, no son conscientes de todos los protocolos de los ensayos que se llevan a cabo en su región, ciudad, e incluso en su hospital, y entonces no pueden darles esa información a los pacientes. Además, los médicos podrían ofrecerles más y mejor información sobre el diagnóstico y los tratamientos. Otras causas de preocupación incluyen la falta de coordinación entre las regiones (que gestionan la prevención y promoción) y el gobierno central (que gestiona los tratamientos) además de la falta de criterios objetivos para negociar precios de nuevos medicamentos con las empresas farmacéuticas.

DINAMARCA

La Sociedad Danesa de Cáncer (*Danish Cancer Society* - DCS) valora positivamente la mayoría de los aspectos de los cuidados de cáncer en Dinamarca. La Sociedad es parte integral de la toma de decisiones de política de cáncer, formando parte

de la junta directiva del PNCC. Se considera que el acceso a los tratamientos y los fármacos es razonablemente equitativo, y no se tiene conocimiento de que el coste de los cuidados más eficaces tenga un papel importante en la planificación del control de cáncer. El área más importante para mejorar son las listas de espera; los pacientes necesitan acceso más rápido a los tratamientos. El acceso a los fármacos innovadores está valorado bien en general, pero a veces hay retrasos "irrazonables" por causa de la ineficacia administrativa. Por último, la DCS afirma que, aunque hay información fidedigna sobre los ensayos clínicos, se podría mejorar su difusión entre los pacientes.

ESPAÑA

Hasta el momento, se han recibido respuesta de tres asociaciones españolas: "Federación Española de Cáncer de Mama" (FECMA), "europacolon España" y "Asociación Española de Afectados por Linfomas, Mielomas, Leucemias y Síndromes Mielodisplásicos" (AEAL).

La impresión general que se desprende de las impresiones de estas asociaciones es de satisfacción con la sanidad pública en España. De esta forma, dicen percibir una mejoría manifiesta en los últimos años en cuanto a estrategias para paliar la progresión de determinados tumores (colon, mama). Por encima de todo esto, manifiestan ser defensoras del derecho constitucional a una cobertura sanitaria universal basada en principios de calidad, seguridad y equidad. Aún así, el sistema no es perfecto, y señalan áreas de mejora relacionadas con la relación médico-paciente, sobre todo en lo relacionado con la información proporcionada a los enfermos y sus familiares.

En cuanto al Plan Nacional de Cáncer, es valorado positivamente por dos de las asociaciones preguntadas (FECMA y europacolon España), que destacan la importancia de este instrumento de coordinación a nivel nacional a través de recomendaciones para la totalidad de las 17 comunidades autónomas. Desde la tercera asociación, AEAL, se señala que no se están llevando a cabo estrategias específicas en relación a los pacientes oncohematológicos.

Respecto al grado de consulta o información sobre las decisiones de política nacional en materia de cáncer, las asociaciones dicen estar satisfechas de haber tenido oportunidad de trabajar activamente en los documentos y decisiones vinculados a las políticas en materia de cáncer. A pesar de que no existe un flujo de información oficializado, las asociaciones refieren haber participado en documentos de consenso. En el caso concreto de AEAL, refiere haber tenido reuniones con el Ministerio de Sanidad, en las que han podido expresar oral y por escrito sus ideas y sugerencias.

Las asociaciones remarcan que son las comunidades autónomas (CC.AA.) las que controlan las prestaciones sanitarias, y por tanto son las que deberían pactar una cartera de servicios global para evitar discriminaciones entre pacientes por el hecho accidental de residir en un determinado lugar. Para ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo debe garantizar la equidad entre CC.AA. y coordinar el flujo informativo necesario para avanzar de forma ordenada, tanto en la investigación como en los tratamientos al paciente.

Las asociaciones consideran que el Consejo Interterritorial del SNS debe abordar el estudio de la reducción de desigualdades, con una apuesta más decidida en la corresponsabilidad, de la que debe derivarse una mejor cohesión territorial en el ámbito de las políticas de salud y sanidad.

En términos económicos, en relación a la implementación de los tratamientos requeridos, los pacientes no perciben que éste sea un criterio esencial. Las asociaciones son conscientes de las limitaciones en los recursos públicos y la necesidad de gestionar los mismos de forma rigurosa. Coinciden en que la sanidad no puede guiarse por criterios puramente economicistas:

- "*…cada centro hospitalario intenta paliar de la forma más positiva esta circunstancia…*" (europacolon España)
- *"Las pacientes reivindicamos el acceso a los métodos más innovadores, pero deben ser los responsables políticos quienes tienen que definir prioridades de gasto.…"* (FECMA)

Por su parte, AEAL indica que el criterio economicista no debería ser el único a la hora de fijar tratamientos, sino que deberían considerarse en la toma de decisiones otros criterios, tales como la calidad de vida, la posibilidad de reincorporación al puesto de trabajo y los beneficios a largo plazo.

En relación con el gasto sanitario y las condiciones de reembolso de fármacos y tecnologías muy costosas, las asociaciones de pacientes no creen ser responsables del pacto de mecanismos de reembolso. En relación con este tema, las asociaciones opinan que el Consejo Interterritorial del SNS debe abordar el estudio de la reducción de desigualdades entre CC.AA., con una apuesta más decidida por la corresponsabilidad, de la que debe derivarse una mejor cohesión territorial en el ámbito de las políticas de salud y sanidad.

Las tres asociaciones no consideran que las potenciales diferencias por esquemas de atención en la sanidad pública y privada sean importantes, dado que la mayoría de los ciudadanos son atendidos dentro del SNS (95%), pero sí que señalan que para aquellos tratamientos no incluidos en los protocolos se pueden encontrar variaciones de una comunidad autónoma a otra, e incluso de un centro sanitario a otro dentro del mismo territorio autonómico.

En relación a la perspectiva del paciente sobre la atención personal, se puede decir que en general el nivel de satisfacción de los pacientes es alto. También lo es en lo relativo al acceso a los medicamentos y a los procedimientos diagnósticos empleados, aunque lógicamente todo es mejorable y perfeccionable. Las asociaciones son conscientes de que si se destacan los derechos y las necesidades de los pacientes, se avanzará hacia una medicina más humanizada. Paralelamente y de forma positiva, exponen que está aumentando la tendencia de los pacientes a asumir un papel activo en los procesos de toma de decisiones que afectan a la salud:

- *"… como pacientes organizados lo que pedimos es que no existan retrasos en la autorización de medicamentos suficientemente contrastados científicamente y que no existan discriminaciones en el suministro de esos medicamentos, una vez autorizados por los organismos competentes…"* (FECMA).

La principal fuente de información sobre tratamientos innovadores identificada por las asociaciones de pacientes son los profesionales sanitarios. No obstante, destacan el papel que las asociaciones pueden jugar en este aspecto, como difusoras de información fidedigna.

En cuanto a los ensayos clínicos que se desarrollan en sus comunidades, las asociaciones dicen no tener demasiada información, pero consideran estas investigaciones como la única forma posible de avanzar en el conocimiento de nuevas terapias.

Por último, en cuanto a la atención personalizada (preocupación por la calidad de vida, posibilidad de tratamientos paliativos, atención psicosocial, etc.), las asociaciones destacan que este aspecto es uno de los puntos con más carencias. Ponen de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en los planes terapéuticos personalizados, la atención a la infancia y a las personas jóvenes, los equipos multidisciplinares y los cuidados paliativos para pacientes de cáncer en estadios avanzados, la defensa de la seguridad como prioridad en todas las políticas de calidad de los servicios sanitarios; una cobertura sanitaria integral, el derecho a una información objetiva y veraz, el derecho a una segunda opinión y a decidir conscientemente después de disponer de esa información.

REINO UNIDO

En general, los pacientes británicos están razonablemente satisfechos con los cuidados del cáncer que reciben del NHS, que consideran como mejores que en el sistema privado. Los cuatro países que forman Gran Bretaña (Inglaterra, Escocia, Irlanda del Norte y Gales) disponen de planes específicos sobre el tema (PNCC) y han aumentado las inversiones y compromisos públicos dramáticamente en este campo durante los últimos años. Los pacientes son actores importantes en la formulación de estos planes, participando en todos los estamentos de la toma de decisiones. La información sobre todos los ensayos clínicos se puede encontrar en la base de datos nacionales (de registro obligatorio), aunque las opiniones sobre la disponibilidad de la información varían, señalando que este aspecto se podría mejorar.

Hay otras áreas importantes en las que las mejoras son imperativas, y una de éstas es el acceso a los fármacos y diagnósticos innovadores. Las tres asociaciones británicas están de acuerdo en que éste es uno de los aspectos peor valorados del NHS. Primero, el hincapié que el NHS hace en el coste-eficiencia es, según las asociaciones, demasiado rígido y no apto para muchas situaciones, como los cánceres (y otras enfermedades) poco frecuentes. Además, y reflejando lo que dice Roger Wilson del *National Cancer Research Institute*, "la metodología *EuroQoL* para medir la calidad de vida es débil y no apropiada para el caso del cáncer; además, la forma en la que se aplican estas medidas no es transparente". La lentitud del proceso, sobre todo en Inglaterra, es otra fuente de preocupación; las drogas innovadoras pueden estar disponibles en el sistema privado, pero sin la aprobación de NICE (que puede tardar meses o no ocurrir), el reembolso por el NHS depende de autoridades locales, y no existen criterios locales sistemáticos o equitativos.

El acceso a las técnicas diagnósticas está mejor valorado. Hay cada vez más tecnologías punteras disponibles, como dispositivos de tomografía de emisión de positrones (PET),

y el PNCC, actualmente en su segunda fase, pretende ampliar el acceso a este tipo de técnicas. Sin embargo, de momento hay preocupación sobre las interminables listas de espera, particularmente para los diagnósticos de casos recurrentes pero también para tratamientos como la fisioterapia y el manejo del dolor.

Las asociaciones reconocen la complejidad del problema, entendiendo que los políticos y autoridades sanitarias son responsables del contribuyente, y abogan por soluciones creativas. Sarah Ritchie, de Myeloma UK, afirma: "*In some instances the manufacturer of a drug may agree with the government to implement a reimbursement or price reduction scheme for an expensive drug. The aim of this is to enable the drug to be made available on the NHS where there may be concerns over cost and for the government and the manufacturer to share the financial risk that it does not work. . . . The Department of Health (England) has recently asked the drugs industry to consider supplying treatments at a discount price until they are proved to have significant benefits, or to cap costs, with the NHS paying only for a set number of doses.*"

En un esfuerzo, cada vez mayor por controlar precios y a la vez satisfacer las demandas de los pacientes y ciudadanos, los sistemas sanitarios y empresas farmacéuticas tendrán que encontrar nuevas fórmulas para establecer el equilibrio entre coste-eficiencia e innovación.

PORTUGAL

Dos opiniones informales de miembros de asociaciones de apoyo a los pacientes con cáncer de mama, *Laço* y *Viva Mulher Viva*, están de acuerdo en que los problemas en el sistema sanitario portugués son profundos y generalizados y se extienden a los cuidados del cáncer. Hay desigualdades en el acceso y calidad de servicios entre zonas urbanas y rurales, entre el sistema público y privado, entre las regiones y entre edades distintas. Las listas de espera para cirugía pueden alargarse hasta tres meses, y los hospitales suelen ser ineficientes, utilizando medicamentos, exámenes y tratamientos no adecuados para el paciente o la enfermedad. El sistema necesita más médicos (especialmente de Atención Primaria), cuando lo que está sucediendo es lo contrario—los médicos abandonan el sistema público para ir al sistema privado, mejor equipado y con más recursos. Se trabaja poco en prevención, la calidad de los cribados no está asegurada ni auditada, y no existen directrices básicas sobre las mejores prácticas. En general, los pacientes no tienen acceso ni a segundas opiniones sobre los posibles resultados de su tratamiento ni a un equipo multidisciplinario. Además, el proceso de aprobar los fármacos innovadores es extremadamente lento y poco transparente.

Muchos problemas, de hecho, son achacables a la falta de transparencia y el peso de intereses creados. Además el Ministerio de Salud, la Orden de Médicos e Infarmed (la Autoridad Nacional de Medicamentos y Productos de Salud) tienen mucha influencia, pero poca responsabilidad. A todo ello, hay que unirle que el PNCC es papel mojado, dado que el nuevo Coordinador Nacional de Cáncer tiene órdenes de no avanzar en el plan para no cambiar el *estatus quo*.

Teniendo en cuenta estas críticas de las asociaciones de pacientes, no es sorprendente que tanto el índice de mortalidad como el de incidencia sean muy altos (1.500 muer-

tes y 4.500 nuevos casos cada año). Menos del 50% de las mujeres en la edad de riesgo participan en cribados de cáncer de mama. Por tanto, todos estos resultados negativos señalan la necesidad urgente de una reforma sistemática de las estructuras de cuidados del cáncer y también del sistema sanitario portugués.

RUMANÍA

La situación para los pacientes con cáncer en Rumania es desesperada. El obstáculo más importante que impide el desarrollo de una estrategia contra el cáncer es la falta de cualquier registro de datos de pacientes (no sólo de cáncer, sino de cualquier enfermedad). Sin esto, es imposible calcular las necesidades reales de la población ni concienciar al público sobre la extensión de la epidemia.

La inversión en el sistema sanitario es insignificante, más aún dadas las insuficiencias graves de la infraestructura. Muchos equipos diagnósticos (como TAC o RNM) están algo obsoletos y no hay camas suficientes para los pacientes. Tampoco hay suficientes médicos, que buscan mejores salarios fuera de las fronteras del país, y el equipo multidisciplinario no existe. No hay acceso apreciable de información sobre ensayos clínicos ni sobre medicamentos innovadores—los pacientes de mieloma, por ejemplo, sólo están tratados con VAD, sin acceso a productos como el Revlimid u otros recientemente aprobados por la EMEA.

La desigualdad está establecida como lo habitual, una situación reforzada por la política sanitaria, que reembolsa la asistencia a los pacientes según los pagos previos recibidos de ellos como contribuyentes. La población rural está marginada: por ejemplo, a menudo tiene que viajar durante horas para ir a una farmacia que luego no tiene existencias de la medicina recetada. También hay graves desigualdades entre los que tienen un seguro privado (muy caro) y los del sistema público.

Sin fuerte presión del usuario y/o la UE, no es probable que esta situación cambie a corto o medio plazo. Las relaciones entre las autoridades sanitarias y las asociaciones de pacientes son "cínicas" e interesadas, y mientras tanto, los pacientes sufren.

6.5.3. Las perspectivas de los oncólogos

Entre los aspectos positivos que la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) expresa de la atención oncológica en España se encuentran el acceso universal a los servicios, el enfoque multidisciplinario de la atención a los pacientes y la rapidez observada en incorporar nuevos fármacos y técnicas diagnósticas innovadoras. La SEOM tiene una relación buena y fluida con el Ministerio de Sanidad, con quien ha colaborado para formular la Estrategia Nacional del Cáncer. Los oncólogos valoran positivamente las opciones de tratamiento que tienen para ofrecer a los pacientes, señalando pocas limitaciones económicas impuestas por las autoridades sanitarias regionales. Dado que el SNS es descentralizado, hay algunas variaciones regionales en los servicios específicos ofrecidos y la distribución presupuestaria, pero la equidad crece poco a poco.

Las dos áreas más necesitadas de nuevas inversiones son la investigación clínica y los recursos humanos. Actualmente hay poca investigación pública en materia del cáncer en el área clínica. El Ministerio lanzó una convocatoria de investigación independiente

hace dos años, pero la gran mayoría de la investigación clínica todavía se lleva a cabo desde el sector privado. Los recursos humanos también son importantes: La SEOM opina que los oncólogos no tienen suficiente tiempo para dedicar a cada paciente, lo que puede provocar ansiedad y sensaciones de insatisfacción en los enfermos, así como estrés en los médicos. Las listas de espera son otro problema, ya que impiden el acceso rápido a los tratamientos.

En el Libro Blanco de la Oncología Médica que la SEOM ha editado recientemente se ha analizado la planificación asistencial de la oncología médica. La SEOM ha realizado un cálculo de la demanda de especialistas con el fin de planificar los recursos para Oncología Médica, basándose en los datos más recientes de población e incidencia de cáncer. Para ello, se han utilizado las fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE) (**www.ine.es**) y de los registros de cáncer españoles que presentan datos en la publicación de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) titulada: *Cáncer Incidence in the Five Continents* (Curado et al, 2007). Según la estimación realizada por la SEOM, el número de especialistas de Oncología Médica necesarios en España es de 23,5 por cada millón de habitantes. Teniendo en cuenta la cifra de la población española actual esto equivale a 1.064 médicos especialistas de oncología médica.

En España hay en la actualidad aproximadamente 800 especialistas en Oncología Médica en activo, según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica y del Ministerio de Sanidad y Consumo (González y Barber, 2007). Las convocatorias de formación de médicos especialistas de los próximos años –más de 100 especialistas cada año- permitirán completar las necesidades asistenciales en el plazo de cuatro años.

REINO UNIDO

El presidente de la Asociación de Médicos del Cáncer de Gran Bretaña, respondió brevemente, expresando su satisfacción general con las condiciones de los cuidados del cáncer pero a la vez reconociendo que hay áreas que necesitan mejorar, especialmente respecto al acceso a los fármacos más innovadores, que no es equitativo. Los oncólogos no están satisfechos con los tratamientos disponibles y se enfrentan a presiones ejercidas por las autoridades sanitarias para limitar costes. El proceso de evaluación de fármacos podría ganar en rapidez y transparencia, y las consideraciones económicas son un factor demasiado decisivo en las políticas sobre el tratamiento más adecuado. Por último, y aunque hay bastante continuidad de cuidados y un enfoque multidisciplinario del paciente, habría que incrementar los médicos de Atención Primaria y permitirles más tiempo "médico" con los pacientes.

LITUANIA

Según la Sociedad Lituana de Oncología Médica (SLOM), la situación para los pacientes con cáncer está mejorando apreciablemente, y el PNCC está valorado como una herramienta eficaz para dar lugar a estos cambios. Las medidas más positivas mencionadas son el acceso generalizado a equipos diagnósticos modernos y los programas de cribado y detección precoz para cáncer cervical, de mama y de próstata.

No obstante, prácticamente todas las demás valoraciones tienen matices importantes. Hay varios programas de ensayos clínicos patrocinados por empresas farmacéuticas,

pero las poblaciones que se estudian no suelen ser representativas de la población en general. Además, los costes crecientes de los tratamientos no se correlacionan muy directamente con la obtención de mejores resultados en los pacientes. Los oncólogos también sienten presión de las autoridades para limitar costes; aunque el Dr. Alvydas Cesas, presidente de SLOM, asegura que el coste-eficiencia es un factor secundario, la disponibilidad de recursos sigue restringiendo los tratamientos que pueden recibir los pacientes.

De hecho, la falta de recursos financieros es el área que más condiciona la atención a los pacientes. Otros problemas son: la consideración insuficiente de la investigación en la formulación de la política sanitaria, la inexistencia de los cuidados paliativos y el poco tiempo que tienen los médicos lituanos para dedicar a cada paciente.

LUXEMBURGO

El Presidente de la *Société Luxembourgeoise d'Oncologie*, valoró los cuidados de cáncer muy positivamente. Existen deficiencias, como por ejemplo la falta de un registro que recoja las tasas de mortalidad, pero muchos de estos defectos se corregirán antes de finalizarse el Plan Nacional de Control de Cáncer, actualmente en desarrollo. Otros temas para desarrollar incluyen la atención psicológica, mejor información sobre los ensayos clínicos y discusiones obligatorias de una junta para decidir sobre el tratamiento de cada tumor.

Otras áreas que son problemáticas para algunos países no parecen serlo para Luxemburgo. De momento, hay escasos ejemplos de limitaciones por causa del gasto sanitario—los médicos se sienten libres para recetar la medicina más adecuada y capaces de tratar a cada paciente de forma individualizada.

7. Conclusiones: posibles "prácticas modelo" en Europa

Una de las conclusiones básicas que surge de este estudio a partir de datos secundarios es precisamente la carencia de información y transparencia sobre los criterios y procedimientos de toma de decisiones en los Estados Miembros de la UE, y la necesidad de llevar a cabo estudios con datos primarios que permitan una comparación objetiva sobre las soluciones que se articulan en cada país (soluciones genéricas y *ad hoc*).

En cualquier caso, por ahora identificamos como modelos que merecen ser particularmente destacados los del Reino Unido (por la formulación de criterios, de los que puede discreparse o no, pero que están claramente definidos por el NICE), y de Francia (por el carácter sistemático e integrado en el sistema sanitario de su plan nacional del cáncer).

En el caso del Reino Unido, en los documentos disponibles emitidos por el NICE y organismos complementarios se plantea la idea de disponer de una metodología que proporcione un método explícito para integrar las decisiones sobre la incorporación de una cierta tecnología y para considerar más información que ayude a la toma de esas decisiones y que surja mediante investigaciones adicionales, marcando cómo debe manejarse la inevitable incertidumbre en los datos usados en el análisis y cuándo deben ser solicitadas investigaciones adicionales.

Recordemos que hay que tener la precaución de evitar caer en la simplificación que plantea la adopción del criterio de eficiencia como única base de decisión. En un campo en el que se han de tener en cuenta sentimientos, sufrimientos, repercusiones familiares y sociales, el riesgo es aún mayor si se tiene en cuenta que los resultados del análisis coste-efectividad (CE) se expresan de forma numérica. El propio NICE del Reino Unido ha declarado explícitamente que no desea tomar sus decisiones exclusivamente en función de criterios de CE ya que, aparte de la incertidumbre en los resultados de las propias Evaluaciones Económicas de Medicamentos (EEM), que hace necesarios los juicios de valor sobre los aspectos puramente científicos, también son imprescindibles los juicios de valor sociales para, entre otras cosas, equilibrar las tensiones entre eficiencia y equidad. En cualquier caso, y como se describió anteriormente, tanto pacientes como profesionales de la oncología piensan que hay limitaciones serias en el acceso a tratamientos innovadores, debido fundamentalmente a la presión por la contención de gastos.

Para hacer más ecuánimes y respetuosas las decisiones, la creación de un *Citizen Council*, con representación de los pacientes, es buen ejemplo de la influencia de los "factores sociales" en sus decisiones, y un posible modelo a imitar. En la misma línea, el *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee* de Australia reconoce que el criterio de coste-efectividad es sólo uno de los factores que se consideran en sus decisiones, y que hay otros factores tan importantes o más, como son la gravedad de la enfermedad, la disponibilidad de alternativas, las implicaciones de incluir la nueva tecnología en el listado de asistencia o los aspectos relacionados con las inversiones en investigación

de las compañías. Suecia y Holanda son otros países en los que también se tienen en cuenta aspectos como la equidad, las necesidades de colectivos específicos de pacientes o la necesidad de apoyar la innovación.

En sistemas sanitarios como el español, al igual que ocurre en el Reino Unido, resulta indispensable considerar elementos como la equidad. Por tanto, parece razonable que si la EEM llegara a implantarse en España, la eficiencia no debería ser el único criterio que se utilizase en las decisiones de financiación, precio y selección de medicamentos. De la misma forma, habría que buscar la vía para empezar a tener en cuenta las opiniones de los profesionales sanitarios y las de los pacientes en los procesos de priorización de la evaluación, así como en los propios procesos de evaluación.

En cuanto al buen ejemplo que hoy por hoy ofrece Francia, su virtud estriba en que su Plan Nacional del Control del Cáncer (PNCC) no se limita a enumerar la provisión de servicios, sino que reconoce que la capacidad de suministrar estos servicios depende también de la financiación, la calidad de gobierno/administración (transparencia y responsabilidad) y la generación de recursos (financieros y humanos). Desde el punto de vista de un modelo de PNCC ideal, debería poder canalizar los esfuerzos del estado a través de estos tres últimos elementos para poder garantizar la provisión de servicios a los ciudadanos de una manera equitativa, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los pacientes. De esta manera, se consigue el objetivo de salud, satisfacción, y protección financiera para enfrentarse a la enfermedad.

Tengamos en cuenta que en el debate de la innovación necesaria para dar respuesta a las necesidades de los pacientes, hay que considerar que estamos ante un sector que se mueve en las coordenadas del esfuerzo innovador a largo plazo y de la limitación del gasto en el corto. Para responder de forma sólida al reto sería necesario disponer de un marco estable, pero lo que ha venido sucediendo es todo lo contrario: el sector de tecnologías sanitarias y de empresas farmacéuticas ha devenido un ámbito poliédrico y controvertido como el que más (López-Casasnovas, 2008).

A la luz de todo lo recogido en el presente informe, creemos necesario hacer explícitas las siguientes recomendaciones para avanzar en la equidad en el acceso a diagnósticos y tratamientos innovadores en el campo de la oncología, y trabajar por el establecimiento de criterios transparentes.

1. Considerando las diferencias interpaíses e intrapaíses observadas en cuanto a los mecanismos de regulación e implantación de tratamientos innovadores, proponemos el desarrollo de iniciativas nacionales y europeas que establezcan criterios de referencia para estos procesos. Se percibe como esencial el desarrollo de reglas de juego explícitas que aseguren principios éticos en la relación entre autoridades, profesionales médicos especializados e industria, lo que puede permitir la correcta planificación de la investigación y desarrollo, y operar de manera abierta y transparente.

2. Es necesario establecer sistemas de información capaces de proporcionar datos fiables y comparables, que permitan realizar comparaciones del grado de desarrollo e implantación de los recursos destinados al control del cáncer en Europa.

3. A falta de los mismos, es necesario profundizar en estudios que generen información primaria a partir de cuestionarios sistemáticamente distribuidos y recogidos y que contemplen las perspectivas de los pacientes, de la propia administración sanitaria y de las sociedades científicas y profesionales en el campo de la oncología, además de considerar a la propia industria proveedora de los instrumentos diagnósticos y farmacológico-terapéuticos.

4. Para hacer posible el desarrollo de la investigación, desarrollo e innovación, sería deseable definir marcos estables que permitan una cierta capacidad de predicción respecto a la evolución de las políticas ante la importancia de las inversiones comprometidas, los costes humanos y materiales, las instalaciones y la investigación biomédica.

5. Es preciso evolucionar hacia un debate que reconozca la necesidad de superar la visión a corto plazo del coste inicial, y evaluar el impacto en el largo plazo en términos de coste-efectividad de los diagnósticos y tratamientos anticancerígenos, teniendo en cuenta que la tecnología y el medicamento tienen su rol de aportación a los objetivos del sistema de salud dentro de una visión integrada que permita valorar la aportación de la tecnología o fármaco al resultado de salud (en otras palabras, no sólo considerar lo que cuesta, sino también lo que ahorra), bajo una adecuada presupuestación que contemple la financiación de corte prospectivo.

6. En la actualidad, con procesos diagnósticos y terapéuticos centrados en cuidar y no sólo en curar, con una nueva forma de aproximarse a las "enfermedades", incluyendo la valoración de bienestar muy individualizada y tratamientos más personalizados, será necesario invertir más en investigación y desarrollo para permitir esa personalización / humanización de la asistencia sanitaria.

7. La meta que hemos de perseguir es la de promover políticas sanitarias coordinadas en el terreno del cáncer y un catálogo de prestaciones razonablemente homogéneo para evitar desigualdades. Esta coordinación, que ha de ser básica en cada país, también debería ser extensible al ámbito de la UE.

8. Bibliografía

8.1. Refencias citadas

Adamou A. Inequalities in access to cancer care. Proceedings of the 6th ESMO patient seminar-ECLU 2007. Lugano: ESMO; 2007.

Albreht T, Cesen M, Hindle D, Jakubowski E, Kramberger B, Petric VK, et al. Premik M, Toth M. Health Systems in Transition, Slovenia Health System Review. Copenhague: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2002.

Anello E. A framework for good governance in the public pharmaceutical sector: Working draft for field testing and revision 2008. Disponible en URL: http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/GGMFramework2008-04-18.pdf

Atun R, Toshio O, Martin-Moreno JM. Analysis of national Cancer Control Programmes in Europe. London: Tanaka Business School, Imperial College London; 2009. (pendiente de publicación).

Baselga J, Carrato A. Investigación sobre el cáncer en beneficio del paciente. Rev Esp Economia Salud (ReES) 2007; 6:135.

Bentzen SM, Heeren G, Cottier B, Slotman B, Glimelius B, Lievens Y et al. Towards evidence-based guidelines for radiotherapy infrastructure and staffing needs in Europe: the ESTRO QUARTS project. Radiother Oncol 2005; 75:355-365.

Björnberg A, Uhlir M. Euro Health Consumer Index 2008 Report. Brussels: Health Consumer Powerhouse AB; 2008. Disponible en URL: http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf

Busse R, Riesberg A. Health Care Systems in Transition, Germany Health System Review. Copenhaguen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2004.

Haward RA. The Calman-Hine report: a personal retrospective on the UK's first comprehensive policy on cancer services. Lancet Oncol 2006; 7:336 – 346.

Centeno C, Clark D, Lynch T, Rocafort J, Greenwood A, Flores LA et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston: IAHPC Press; 2007.

Council of the European Union. Council Conclusions on reducing the burden of cancer. 2876th. Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, 2008.(Press Release 10414/08). Disponible en URL: http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0609_EPSCO-cancer.pdf

Curado M P, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M and Boyle P (eds). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. Lyon: IARC Scientific Publications No. 160; 2007.

Den Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health Systems in Transition, Netherlands Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.

DiMasi JA, Hansen RW, Grabowski HG. The price of innovation: new estimates of drug development costs. J Health Econ 2003; 22:151-185.

Donatini A, Rico A, D´Ambrosio MG, Lo Scalzo A, Orzella L, Cicchetti A, et al. Health Care Systems in Transition, Italy Health System Review. Copenhagenn: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2001.

Evans BT, Pritchard C. Cancer survival rates and GDP expenditure on health: a comparison of England and Wales and the USA, Denmark, Netherlands, Finland, France, Germany, Italy, Spain and Switzerland in the 1990s. Public Health 2000; 114:336-339.

Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 2007; 18:581-92.

Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. Med Care 1980;18:iii;1-53.

Gemmill M, Thomson S, Mossialos E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. Int J Equity Health 2008;7:12.

Georgieva L, Salchev P, Dimitrova R, Dimova A, Avdeeva O. Health Systems in Transition, Bulgaria Health System Review. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, 2007.

Glenngard AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition, Sweden Health System Review. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2006.

Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Lopez Cabañas A, Cabeza Mora A, Diaz Berenguer A, Ortun V, Alamo Santana F. *Estudios de Utilización de Medicamentos y Registros de Datos en Atención Primaria*. Economics Working Paper 809. Working Paper nº 45. Research Centre on Health and Economics (CRES); 2005. Disponible en URL: http://www.upf.edu/cres/publicacions/documents_treball.html

González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España, 2006-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Horfmarcher MM, Rack HM. Health Systems in Transition, Austria Health System Review. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2006.

Jönsson B, Staginnus U, Wilking N. Acceso de los pacientes a fármacos anticancerígenos en España. Rev Esp Economia Salud (ReES) 2007; 6:136-191.

Kogevinas M, Porta M. Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence. En: Kogevinas M, Pearce M, Susser M, Boffetta M (eds): Social Inequalities and Cancer. IARC Scientific Publications No. 138. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1997. pp. 177-206.

Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J, Van Ginneken E. Health Systems in Transition, Estonia Health System Review. Copenhagenn: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2008.

Kuszewski K, Gericke C. Health Systems in Transition, Poland Health System Review. Copenhagenn: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2005.

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29-5-2003).

López-Casasnovas G. Regulación, innovación y mejora de las prestaciones sanitarias. El sector del medicamento. Gac Sanit 2008; 22:52-7.

Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand C, Carlos C. Palliative Care in the European Union. European Parliament Economic and Scientific Policy Department 2008. Disponible en URL: http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421

Martin-Moreno JM, Alonso P, Claveria A, Gorgojo L, Peiró S. The national health system in Spain: highs and lows of a decentralized system in constant flux. BMJ. 2009 Mar 30;338:b1170. doi: 10.1136/bmj.b1170.

Micheli A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M, Oberaigner W et al. European health systems and cancer care. Ann Oncol 2003; 14:41-60.

Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kultzin J. Funding health care: options for Europe. Philadelphia: European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press; 2002.

Pollock AM, Vickers N. Deprivation and emergency admissions for cancers of colorectum, lung, and breast in south east England: ecological study. Br Med J 1998; 317:245–252.

Quaglia A, Vercelli M, Lillini R, Mugno E, Coebergh JW, Quinn M et al. Socio-economic factors and health care system characteristics related to cancer survival in the elderly: A population-based analysis in 16 European countries (ELDCARE project). Crit Rev Oncol Hematol 2005; 54:117-128.

Robinson R, Dixon A, Mossialos E. Health Care Systems in Transition, The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland Health System Review. Copenhagenn: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 1999.

Rokosová M, Háva P. Health Systems in Transition, Czech Republic Health System Review. Copenhagenn: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2005.

Sikora K. Development and innovation in cancer medicine. (Discussion paper). London: Tanaka Business School, Imperial College; 2006.

Velasco M, Zentner A, Busse R. Health systems, health policy, and health technology assessment. En: Velasco M, Kristensen FB, Nielsen CP, Busse R (eds). Health Technology Assessment and Health Policy Making in Europe. Current status, challenges and potential. Copenhagenn/ Brussels: WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies; 2008 (Observatory Studies nº 14).

Wilking N, Jönsson B. A pan-European comparison regarding patient access to top cancer drugs. Estocolmo: Karolinska Institute and Stockholm School of Economics; 2005. Disponible en URL: http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer_Report.pdf

Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. Ann Oncol 2006; 17:5-19.

Walsh K. Public services and market mechanisms. London: Macmillan Press; 1995.

8.2. Otras referencias consultadas de potencial interés

Álvarez C. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1998.

Amat Noguera N. Documentación científica y nuevas tecnologías. Madrid: Ed. Pirámide; 1987.

Atun R. Burden of cancer and variations in cancer care in Europe: A review of published literature. (Discussion paper). London: Tanaka Business School, Imperial College London; 2006.

Atun R. Impact of regulation on the uptake and diffusion of pharmaceutical innovations: sistematic review. (Discussion paper). London: Tanaka Business School, Imperial College London; 2006.

Bice TW, White KL. Factors related to the use of health services: an international comparative study. Med Care 1969; 7:124-133.

Bueno FJ. Salud y sistema sanitario: Introducción. Revista Valenciana D'Estudis Autonòmics 1999; 28.

Cabiedes L. Financiación sanitaria: ¿Quién teme a la equidad?. Rev Admin Sanitaria 2001; 18:13-28.

Cherny NI, Catane R, Kosmidis PA. Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering. Ann Oncol, 2006; 17:885-887.

Coleman M. New drugs and survival: does the Karolinska report make sense? Cancer Word 2006; Sept-Oct:26-29.

Coleman M. Not credible: a subversion of science by the pharmaceutical industry. Ann Oncol 2007; 18:1433-1435.

Coleman MP, Alexe DM, Albreht T, McKee M. Responding to the challenge of cancer in Europe. Ljubljana : Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2008.

Commission of the European Communities. Implementation of the Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Brussels: COM(2008) 882 final. Disponible en URL: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0882:FIN:EN:PDF

Dausset J. [Bioethics and predictive medicine]. Rev Infirm, 1993; 43:28-31.

Dausset J. [Predictive medicine and its ethics]. Pathol Biol (Paris) 1997;45:199-204.

Dausset J. Predictive medicine. Clin Chem Lab Med 1998; 36:3.

Dausset J. Predictive medicine. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996; 65:29-32.

Dausset J. Predictive medicine: its future. Bull Acad Natl Med 2000; 184:1363-1368.

De la Peña M. La satisfacción de los pacientes. Madrid: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social; 2008.

De Lalonde M. A new perspective for health of Canadians. Otawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. 1974.

De Val-Pardo I, Corella JM. Sistemas de salud. Diagnóstico y planificación. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 2001.

Del Rey Calero J, Alegre del Rey E. Principales cambios en la epidemiología de las enfermedades infecciosas en el mundo. Gac Sanit 1998; 12:85-92.

Diderichsen F, Varde E, Whitehead M. Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. Br Med J 1997; 315:875-878.

Donabedian, A. Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care. Boston: Harvard University Press; 1973.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

Eckhouse S, Lewison G, Sullivan R. Investment and Outputs of Cancer Research: from the Public Sector to Industry. European Cancer Research Managers Forum, 2007. Disponible en URL: www.ecrmforum.org

Ess SM, Schneeweiss S, Szucs TD. European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure. Pharmacoeconomics 2003; 21:89-103.

Field MG. Success and crisis in National Health Systems. London: Ed. Routledge; 1989.

Frenk J. La salud de la población hacia una nueva Salud Pública. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.

Gatta G, Capocaccia R, Sant M, Bell CMJ; Coebergh JWW; Damhuis RAM et al. Understanding variations in survival for colorectal cancer in Europe: a EUROCARE high resolution study. Gut 2000; 47:533-538.

Hakama M, Coleman M, Alexeb DM, Auvinena A. Cancer screening: Evidence and practice in Europe. Eur J Cancer 2008;44:1404-1413.

Harper S, Lynch J. Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives. Montreal: National Cancer Institute; 2007.

Harper S, Lynch J. Selected comparisons of measures of health disparities: A review using databases relevant to healthy people. 2010 Cancer-related objectives. Montreal: National Cancer Institute; 2007.

Herrero A, Utrilla A. La financiación de la sanidad en un contexto descentralizado. Ponencia presentada en la Jornada Técnica de la Asociación de Economía de la Salud: "Nuevos instrumentos de integración y cooperación sanitaria". Madrid; 2003.

INESME. Encuesta Inesme. Atención Sanitaria en Oncología: ¿diferencias territoriales?. Madrid: Instituto de estudios Médicos Científicos; 2007. Disponible en URL: http://inesme.com/pdf/atencionsanitariaenoncologia.pdf

INSERSO. Informe 2003: Las Personas Mayores en España. Madrid: Observatorio de Personas Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales; 2003.

Jönsson B, Wilking N. A global comparison regarding patient access to cancer drugs. Ann Oncol 2007; 18:1-77.

King LA, Lévy-Bruhl D, O'Flanagan D, Bacci S, Lopalco PL, Kudjawu1 Y et al. Introduction of human papillomavirus (HPV) vaccination into national immunisation schedules in Europe: Results of the VENICE 2007 survey. Euro Surveill 2008; 13:18954.

Lander ES, Linton LM, Birren B, Nusbaum C, Zody MC, Baldwin J et al. Initial sequencing and analysis of the human genome. Nature 2001; 409:860-921.

Marset P. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: Martínez F, . Anto JM (eds). Salud Pública. Madrid: McGraw Hill Internacional; 1997.

Martín Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la Salud Pública en España. Rev Esp Salud Publica 2002; 76:637-643.

Martin Moreno JM. Avances tecnológicos y humanización de la asistencia sanitaria: Reflexiones y propuestas. Rev Médica 2003; 29:84-89.

Martín Moreno JM. Atención centrada en los pacientes y participación en la toma de decisiones clínicas. Perspectivas y limitaciones en el Sistema Nacional de Salud. En: Peiro S. (ed). De las variaciones en la práctica médica a la investigación de resultados y la toma de decisiones compartidas. Barcelona: Edittec; 2004. pp. 15-22.

Martín Moreno JM. Atención primaria y salud pública: La oportunidad para superar el desencuentro. Rev Esp Salud Pública 2004; 78:1-3.

Martín Moreno JM. SARS: Solución mediante acciones y respuestas sensatas. Med Clin (Barc) 2004; 123:661-663.

Mehta AB , Low E. Access to expensive drugs in the NHS: myths and realities for cancer patients. Int J Clin Pract 2007; 61:2126-2129.

Mossialos E, Le Grand J. Health care and cost containment in the European Union. Aldershot: Ashgate; 1999.

Mossialos E, Mrazek M, Walley T. Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2004.

OECD. Summary of results from breast cancer disease study: What is best and at what cost? 2002. Disponible en URL: http://www.olis.oecd.org/OLIS/2002DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WP1-ARD(2002)2-FINAL

OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1987.

OMS. Equidad en salud y asistencia sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.

OMS/OPS. Glosario de términos técnicos en la economía y las finanzas de los servicios de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.

OMS. Nota informativa de la Organización Mundial de la Salud: Programa sobre el Acceso a Medicamentos Fiscalizados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. Disponible en URL: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Access_to_Controlled_Medications_BrNote07SP.pdf.

OPS. La cooperación de la OPS ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, DC: PanAmerican Health Organization/Oficina Panamericana de la Salud; 1997.

OPS. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Washington, DC: PanAmerican Health Organization/Oficina Panamericana de la Salud; 2001.

OPS. La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: PanAmerican Health Organization/Oficina Panamericana de la Salud; 2002.

OPS. Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PanAmerican Health Organization/Oficina Panamericana de la Salud; 1999.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development Health Data 2008 - Frequently Requested Data. Organization for Economic Co-operation and Development. Disponible en URL: http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html. [18/9/2008]

Ortún V. Sistema sanitario y Estado del Bienestar: ¿Todo, para todos y gratis? En: J Amor (ed): Ética y Gestión Sanitaria. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas; 2000, p 95-124.

Porta M, Last JM. Dictionary of Epidemiology. Oxford: Ed. Oxford University Press; 2008.

Peiro S. De las variaciones en la práctica médica a la investigación de resultados y la toma de decisiones compartidas. Barcelona: Ed. Edittec; 2004.

Perleth M, Busse R, Schwartz FW. Regulation of health-related technologies in Pharmaceuticals country information. WHO Regional Office for Europe. Disponible en URL: http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/ctryinfo/ctryinfo

Reinke W. Health planning for effective management. Oxford: Oxford University Press; 1988.

Rice N., Smith PC. Strategic resource allocation and funding decisions. En: Mossialos E; Dixon A.; Figueras J.; Kultzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Philadelphia: Open University Press; 2002.

Rice N, Smith PC. Approaches to capitation and risk adjustement in health care: an international survey. Occasional Paper Series, Centre for Health Economics, University of York; 1999.

Saltman R; Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagenn: WHO-Regional Office for Europe; 1997.

U.S. Department of Commerce International Trade Administration. Pharmaceutical Price Controls in OECD Countries. Washinton DC: US Department of Commerce; 2004.

Urbanos RM. Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario. Madrid: Instituto de Estudios Financieros; 2004.

Waugh N. Health technology assessment in cancer: A personal view from public health. Eur J Cancer 2006; 42: 2876-2880.

Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995; 273:59-65.

ANEXO

Indicadores Alemania

Indicadores demográficos	Población		82.476.000
		Número de hombres	40.299.000
		Número de mujeres	42.177.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)		15,42
	Población con más de 65 años (%)		16,85
	Área (km^2)		357.030
	Densidad de población media por km^2		229,64
	% de población urbana		87,7
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)		78,7
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes		8,92
	Tasa de fertilidad		1,35
	Tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes		10,06
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos		4,31
	Tasa de desempleo (%)		8,5
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)		23.700
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)		24.100
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)		26.350
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes		4,41
	Nº total de hospitales		3.628
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes		901,06
	Nº total de camas hospitalarias		741.933
	Nº de médicos por 100.000 habitantes		335,61
	Gasto total en salud (% PIB)		10,9
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]		10,8
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita)		2.817
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]		2.820
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)		78,5 (74,9)
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)		14,5
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)		402
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)		74,8

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Austria

Indicadores demográficos	Población	8.175.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	16,22
	Población con más de 65 años (%)	15,74
	% de población urbana	65,9
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	79
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	9,66
	Tasa de fertilidad	1,42
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	620,1
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	3,14
	Tasa de desempleo (%)	7,1
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	32.590
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	35.663
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	32.276
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	3,2
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	773,2
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	345,3
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	10,3
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	3.398
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	75,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	12,2
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	413
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	70,4

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Bélgica

Indicadores demográficos	Población	10.421.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	no disponible (nd)
	Población con más de 65 años (%)	nd
	% de población urbana	97,2
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	78
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	11,09
	Tasa de fertilidad	1,68
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	nd
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	nd
	Tasa de desempleo (%)	8,5
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	31.630
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	34.319
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	31.096
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	2,1
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	535,6
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	418,4
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	9,7
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	3006
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	72,3
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	19,4
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	52,4

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Bulgaria

Indicadores demográficos	Población	7.781.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	14
	Población con más de 65 años (%)	17,12
	% de población urbana	69,8
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	72,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	8,98
	Tasa de fertilidad	1,29
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	1056,4
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	6,57
	Tasa de desempleo (%)	12
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	2.830
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	3.109
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	8.078
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	3,9
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	613,1
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	352,4
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	7,5
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	655
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	60,5
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	nd
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	nd

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Chipre

Indicadores demográficos	Población	737.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	19,19
	Población con más de 65 años (%)	11,93
	% de población urbana	69,2
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	79,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	11,27
	Tasa de fertilidad	1,49
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	636,4
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	nd
	Tasa de desempleo (%)	4,7
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	18.430
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	18.668
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	22.805
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	nd
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	417,2
	Nº total de camas hospitalarias	
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	266,6
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	6,3
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	1.355
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	44,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	nd
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	nd

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Dinamarca

Indicadores demográficos	Población	5.401.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	nd
	Población con más de 65 años (%)	nd
	% de población urbana	85,5
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	77,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	11,92
	Tasa de fertilidad	1,78
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	nd
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	nd
	Tasa de desempleo (%)	6,4
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	41.280
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	45.320
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	31.914
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	nd
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	382,3
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	357,1
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	9,4
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	3.030
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	83,5
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	8,5
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	258
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	54,5

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Eslovakia

Indicadores demográficos	Población	5.385.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	17,06
	Población con más de 65 años (%)	11,62
	% de población urbana	56,2
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	74
	Nº de recién nacidos vivos por cada 100.000 habitantes	9,98
	Tasa de fertilidad	1,24
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	932,9
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	3,93
	Tasa de desempleo (%)	18,1
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	6.480
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	7.806
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	14.623
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	2,7
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	700,8
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	313,3
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	7,2
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	1.058
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	73,8
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	31,4
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	332
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	76,1

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Eslovenia

Indicadores demográficos	Población	1.997.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	14,17
	Población con más de 65 años (%)	15,17
	% de población urbana	50,9
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	77
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	8,91
	Tasa de fertilidad	1,25
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	738,6
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	2,58
	Tasa de desempleo (%)	10,6
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	14.860
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	16.115
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	20.939
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	1,5
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	479,9
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	231,2
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	8,5
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	1.863
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	73,5
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	nd
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	nd

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores España

Indicadores demográficos	Población		41.061.000
		Número de hombres	20.133.000
		Número de mujeres	20.928.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)		14,6
	Población con más de 65 años (%)		16,96
	Área (km^2)		505.990
	Densidad de población media por km^2		78,9
	% de población urbana		77,8
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)		79,6
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes		10,01
	Tasa de fertilidad		1,24
	Tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes		8,87
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos		4,08
	Tasa de desempleo (%)		14,9
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)		14.860
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)		16.200
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)		23.200
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes		1,96
	Nº total de hospitales		798
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes		394,35
	Nº total de camas hospitalarias		160.162
	Nº de médicos por 100.000 habitantes		324,34
	Gasto total en salud (% PIB)		7,6
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]		7,5
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita)		1.646
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]		1.607
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)		71,4
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)		21,5
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)		145
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)		73,6

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OECD, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Estonia

Indicadores demográficos	Población	1.349.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	16
	Población con más de 65 años (%)	16
	% de población urbana	69
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	72
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	10.4
	Tasa de fertilidad	1,5
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	1028
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	4,15
	Tasa de desempleo (%)	9,7
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	7.130
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	8.330
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	14.550
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	3,8
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	581,8
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	320,9
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	5,2
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	740
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	76
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	27,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	45,4

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Finlandia

Indicadores demográficos	Población	5.228.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	17,55
	Población con más de 65 años (%)	15,72
	% de población urbana	61,1
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	78,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	11,05
	Tasa de fertilidad	1,8
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	636.82
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	2,46
	Tasa de desempleo (%)	8,8
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	33.010
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	35.976
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	29.951
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	7,1
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	690,2
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	319,2
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	7,4
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	2.203
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	77,2
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	15,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	382
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	52,2

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Francia

Indicadores demográficos	Población		60.144.000
		Número de hombres	29.299.000
		Número de mujeres	30.845.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)		18,83
	Población con más de 65 años (%)		16,08
	Área (km^2)		551.500
	Densidad de población media por km^2		108,2
	% de población urbana		75,5
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (años) [*World Health Report*]		79,7
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes		13,16
	Tasa de fertilidad		1,8
	Tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes		9,01
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos		4,38
	Tasa de desempleo (%)		8,7
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)		22.690
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)		23.400
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)		27.200
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes		5,22
	Nº total de hospitales		3076
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes		793,17
	Nº total de camas hospitalarias		471.561
	Nº de médicos por 100.000 habitantes		333
	Gasto total en salud (% PIB)		9,7
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]		9,6
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita)		2.736
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]		2.567
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)		76
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)		20,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)		537
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)		67

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Grecia

Indicadores demográficos	Población	11.064.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	14,45
	Población con más de 65 años (%)	17,98
	% de población urbana	58,9
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	79,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 100.000 habitantes	9,55
	Tasa de fertilidad	1,31
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	662,8
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	2,62
	Tasa de desempleo (%)	10,2
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	16.890
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	20.672
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	22.205
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	2,9
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	468,8
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	487,5
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	9,6
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	2667
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	44,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	19,7
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	393
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	82,1

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Hungría

Indicadores demográficos	Población	10.107.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	15,76
	Población con más de 65 años (%)	15,56
	% de población urbana	65,9
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	73
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	9,41
	Tasa de fertilidad	1,28
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	1009,8
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	4,45
	Tasa de desempleo (%)	6,1
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	8.400
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	10.110
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	16.814
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	1,8
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	782,8
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	333,7
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	8,1
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	1.315
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	70,5
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	28,3
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	376
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	64

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Irlanda

Indicadores demográficos	Población	4.044.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	20,85
	Población con más de 65 años (%)	11,15
	% de población urbana	60,2
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	78
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	15,25
	Tasa de fertilidad	1,99
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	651,6
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	3,47
	Tasa de desempleo (%)	4,4
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	35.010
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	45..337
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	38.827
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	4,4
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	572,1
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	275,5
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	7,5
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	2.723
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	78,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	11,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	325
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	88,7

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Italia

Indicadores demográficos	Población		57.423.000
		Número de hombres	27.845.000
		Número de mujeres	29.578.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)		14,22
	Población con más de 65 años (%)		18,68
	Área (km^2)		301.340
	Densidad de población media por km^2		190,65
	% de población urbana		67,1
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)		79,7
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes		9,32
	Tasa de fertilidad		1,2
	Tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes		9,77
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos		4,67
	Tasa de desempleo (%)		9,5
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)		19.740
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)		20.400
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)		26.350
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes		2,29
	Nº total de hospitales		1.307
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes		446,81
	Nº total de camas hospitalarias		254.663
	Nº de médicos por 100.000 habitantes		612,08
	Gasto total en salud (% PIB)		8,5
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]		8,4
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita)		2.239,75
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]		2.204
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)		75,3
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)		21,9
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)		493
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)		52,1

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Letonia

Indicadores demográficos	Población	2.313.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	15,09
	Población con más de 65 años (%)	16,36
	% de población urbana	67,8
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	71
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	8,8
	Tasa de fertilidad	1,24
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	1090,6
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	5,7
	Tasa de desempleo (%)	8,5
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	5.470
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	5.868
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	11.653
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	5,2
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	773,6
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	311,2
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	6,8
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	796
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	58,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	nd
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	nd

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Lituania

Indicadores demográficos	Población	3.436.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	17,38
	Población con más de 65 años (%)	15,06
	% de población urbana	66,6
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	72
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	8,85
	Tasa de fertilidad	1,26
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	1017,7
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	4,8
	Tasa de desempleo (%)	11,4
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	5.840
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	6.480
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	13.107
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	5,3
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	843,3
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	390
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	5,7
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	756
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	67,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	nd
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	nd

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.
Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Luxemburgo

Indicadores demográficos	Población	453.300
	Población entre 0-14 años de edad (%)	18,74
	Población con más de 65 años (%)	14,18
	% de población urbana	83
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	78,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	12,03
	Tasa de fertilidad	1,7
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	614,9
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	2,0
	Tasa de desempleo (%)	4,2
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	58.050
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	57.140
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	70.000
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	nd
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	633,4
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	276,9
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	8,1
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	5.317
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	90,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	8,9
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	364
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	84,2

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Malta

Indicadores demográficos	Población	401.300
	Población entre 0-14 años de edad (%)	17,94
	Población con más de 65 años (%)	13,17
	% de población urbana	95
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	78,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	9,69
	Tasa de fertilidad	1,37
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	628,2
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	4,4
	Tasa de desempleo (%)	7,2
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	12.250
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	13.300
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	18.900
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	2,5
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	464,3
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	324,5
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	8,2
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	1.608
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	75,8
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	22,7
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	56,7

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Paises Bajos (Holanda)

Indicadores demográficos	Población	16.282.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	18,5
	Población con más de 65 años (%)	13,94
	% de población urbana	79,6
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	79
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	11,92
	Tasa de fertilidad	1,73
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	630,6
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	3,36
	Tasa de desempleo (%)	5,1
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	34.340
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	37.240
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	31.800
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	1,2
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	nd
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	360,4
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	9
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	3.002
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	64,5
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	14,1
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	nd

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Polonia

Indicadores demográficos	Población	38.181.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	16,97
	Población con más de 65 años (%)	13,05
	% de población urbana	62
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	75
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	9,33
	Tasa de fertilidad	1,23
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	872
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	4,9
	Tasa de desempleo (%)	19
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	6.150
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	6.620
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	12.970
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	2,2
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	534,8
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	224,3
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	6,2
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	808
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	68,6
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	29,6
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	239
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	36,5

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Portugal

Indicadores demográficos	Población	10.502.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	15,69
	Población con más de 65 años (%)	16,91
	% de población urbana	57
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	77,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	10,41
	Tasa de fertilidad	1,42
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	674,1
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	nd
	Tasa de desempleo (%)	6,7
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	15.150
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	16.900
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	19.600
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	2
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	374,6
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	335,3
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	10
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	1.913
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	72
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	21,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	418
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	58

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Reino Unido

Indicadores demográficos	Población		59.251.000
		Número de hombres	28.863.000
		Número de mujeres	30.388.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)		18,56
	Población con más de 65 años (%)		15,92
	Área (km^2)		243.480
	Densidad de población media por km^2		243,26
	% de población urbana		89,5
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)		78,2
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes		11,29
	Tasa de fertilidad		1,63
	Tasa bruta de mortalidad por cada 1.000 habitantes		10,24
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos		5,23
	Tasa de desempleo (%)		5,5
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)		24.230
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)		26.400
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)		29.000
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes		2,71
	Nº total de hospitales		1.564
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes		417,1
	Nº total de camas hospitalarias		245.984
	Nº de médicos por 100.000 habitantes		163,99
	Gasto total en salud (% PIB)		7,7
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]		7,6
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita)		2.160
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]		1.989
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)		83,4 (82,2)
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)		15,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)		240
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)		64,2

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores República Checa

Indicadores demográficos	Población	10.207.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	15,08
	Población con más de 65 años (%)	14
	% de población urbana	73,6
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	76
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	9,57
	Tasa de fertilidad	1,23
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	851,9
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	2,3
	Tasa de desempleo (%)	8,3
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	9.200
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	10.730
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	19.400
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	3,6
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	847,4
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	347,6
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	7,2
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	1.388
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	89,2
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	24,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	345
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	76,3

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo

Indicadores Rumanía

Indicadores demográficos	Población	21.674.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	16,15
	Población con más de 65 años (%)	14,53
	% de población urbana	53,5
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	72
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	9,98
	Tasa de fertilidad	1,29
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	1076,4
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	9,6
	Tasa de desempleo (%)	8
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	3.030
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	3.370
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	8.480
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	1,9
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	655,3
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	198,2
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	4,9
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	427
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	71,5
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	nd
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	nd
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	nd

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

Indicadores Suecia

Indicadores demográficos	Población	8.994.000
	Población entre 0-14 años de edad (%)	17,69
	Población con más de 65 años (%)	17,21
	% de población urbana	84,1
Indicadores de desarrollo	Esperanza de vida estimada (*World Health Report*)	80,5
	Nº de recién nacidos vivos por cada 1.000 habitantes	11,22
	Tasa de fertilidad	1,75
	Índice de Mortalidad Estandarizado (IME) por cada 100.000 habitantes	567,9
	Mortalidad infantil por 1.000 recién nacidos vivos	2,3
	Tasa de desempleo (%)	5,5
	Producto Nacional Bruto (dólares USA per cápita)	35.740
	Producto Interior Bruto (dólares USA per cápita)	39.700
	Producto Interior Bruto real ($ PPP per cápita)	29.540
Indicadores de salud	Nº de hospitales por 100.000 habitantes	nd
	Nº de camas hospitalarias por 100.000 habitantes	nd
	Nº de médicos por 100.000 habitantes	324,6
	Gasto total en salud (% PIB) [*Estimación de la OMS*]	9,2
	Gasto total en salud ($ PPP per cápita) [*Estimación de la OMS*]	2.964
	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	81,8
	Gasto farmacéutico total (% gasto total en salud)	13,8
	Gasto farmacéutico ($ PPP per cápita)	410
	Gasto farmacéutico público (% del gasto farmacéutico total)	60,9

Fuente: OMS Europa. Base de datos HFA, 2004 y OCDE, Health Data (1ª ed.), 2004.

Nota: $ PPP per cápita = gasto expresado en dólares USA ajustados por paridad de poder adquisitivo.

INESME
INSTITUTO DE ESTUDIOS MEDICO CIENTIFICOS

Paseo de la Castellana, 201 - 3.º
28046 MADRID
Teléfono: 91 787 03 00
Fax: 91 323 13 90

Con la colaboración de:

INESME, Instituto de Estudios Médico Científicos
Paseo de la Castellana, 201 3º. 28046 Madrid
Telf. 91 787 03 00. Fax: 91 323 13 90