
Los retos del Sistema Nacional de Salud

Marciano Sánchez Bayle

Presidente de la Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública

Resumen

El Sistema Nacional de Salud en España, diseñado en la línea clásica de los Servicios Nacionales de Salud, se ha desarrollado en un entorno enmarcado en 3 cuestiones fundamentales: el auge de las propuestas neoliberales de desmantelamiento de los servicios públicos universales, una situación crónica de subfinanciación, y la descentralización en las CCAA, con los problemas de un desarrollo inadecuado de financiación autonómica y a las dificultades para encontrar un diseño adecuado para la integración y coordinación de los Servicios Regionales de Salud. En este contexto ha existido un avance hacia la privatización de la gestión y provisión de los servicios sanitarios.

El Sistema Nacional de Salud se enfrenta además a problemas más específicos como son el descontrolado gasto farmacéutico, un número excesivamente bajo de camas hospitalarias, la falta de desarrollo de la Atención Primaria y la descoordinación entre niveles asistenciales, las insuficiencias en geriatría, salud mental y atención sociosanitaria. A ello hay que unir la inadecuada utilización de la tecnología y la falta de cauces para la participación social y profesional.

En opinión del autor todos estos temas deben ser abordados urgentemente para mejorar el funcionamiento de la Sanidad Pública en España.

Palabras clave: Modelo sanitario. Descentralización. Financiación. Gasto farmacéutico.

Summary

The National Health System in Spain, designed on the classical line of the National Health Services, has been developed in a context framed in 3 fundamental issues: the boom of the neoliberal proposals of dismantling of the universal public health services, a chronic situation of insufficient funding, and the decentralization in the Spanish Autonomous Regions, with the problems related to inadequate development of autonomic funding and to difficulties in finding an adequate design for the integration and coordination of the Regional Health Services. In this context there has existed a progress toward the privatization of the management and delivery of the health services.

Moreover, the National Health System faces to more specific problems such as the uncontrolled pharmaceutical expenditure, an excessively low number of hospital beds, the lack of development of primary care and the incoordination between assistance levels, the shortcomings in geriatrics, mental health and sociosanitary care. To this it is necessary to add the inadequate utilization of the technology and the lack of channels for the social and professional participation.

In opinion of the author all these subjects should be addressed urgently in order to improve the performance of the Public Health Care in Spain.

Key words: Sanitary model. Decentralization. Funding. Pharmaceutical expenditure.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) vive momentos de crisis, aunque en realidad la crisis persiste desde 1986, en que fue definido por la Ley General de Sanidad (LGS)¹. Por supuesto, las crisis son de alguna manera consustanciales con los organismos vivos que deben, permanentemente, adaptarse a los cambios que se producen a su alrededor. No obstante, la crisis del SNS tiene algunas peculiaridades que quizás merece la pena comentar.

El modelo sanitario del Sistema Nacional de Salud

El modelo que diseñaba la LGS tenía su referencia en el servicio nacional de salud de Gran Bretaña y los países nórdicos, paradigmas de la cobertura pública de calidad y del derecho universal a la salud, a los que se habían añadido matices salubristas, con referencias a Alma Ata y a las necesidades de prevención y promoción, y a la intervención comunitaria. La LGS fue la última Ley de un país desarrollado que puede inscribirse en este ámbito, y la primera crisis apareció rápidamente, pues se trataba de una Ley que se aprobaba en un entorno desfavorable, momento en el que, en el ámbito mundial, empezaban a triunfar las ideas del neoliberalismo propugnadas por

Margaret Thatcher y Reagan, con lo que ello suponía de recortes del sector público, de introducción de la provisión privada en el ámbito sanitario y de adelgazamiento del Estado. Por eso no es de extrañar que sólo 5 años después, en 1991, se produjera el Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS, más conocido como Informe Abril, por el nombre de su presidente, que había sido encargado, un año antes, por un ministro de sanidad del PSOE y por un Parlamento en el que este grupo tenía mayoría absoluta. El Informe Abril recogía todas las tendencias entonces en boga en los círculos neoliberales, y se fijaba especialmente en la contrarreforma thatcheriana. Aunque en ese momento se consiguió un amplio rechazo social a las propuestas de la Comisión Abril, y consiguientemente se paralizó su aplicación práctica, no deja de ser significativo que las mismas hayan supuesto una guía básica para la mayoría de las modificaciones que se han ido propugnando y estableciendo en el SNS, tanto a nivel central como autonómico².

El contexto internacional en que se desarrolla el SNS no ha mejorado sustancialmente. Si bien el modelo thatcheriano de desmantelamiento del SNS demostró sus tremendas limitaciones y problemas, como ya señaló en su mo-

mento la *National Health Service Consultant's Association*³, especialmente en lo que respecta a las evidentes incompatibilidades en la práctica entre mercado y cooperación, y en cuanto al aumento de las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias, no es menos cierto que la actuación de la tercera vía de Blair no se ha desmarcado de esta línea de actuación a pesar de sus contundentes declaraciones de principios iniciales contenidas en el documento "The new NHS" (1997)⁴.

Por otro lado la política de la Organización de Libre Comercio y los tratados GATT presionan hacia la introducción del mercado en todos los servicios públicos, incluidos los sanitarios, y hacia la privatización de los mismos⁵. Y aunque el llamado modelo europeo (que comparan otros países desarrollados como Canadá, Nueva Zelanda o Australia) es significativamente distinto del de EE.UU. en cuanto a una amplia cobertura sanitaria de la población, que en la práctica supone la universalización de la misma, y a una presencia muy importante del sector público en la provisión de servicios sanitarios, se trata de la denominada por Bush hijo y sus asesores como "vieja Europa", y no deja de ser problemático que los nuevos países que van a incorporarse a la Unión Europea (UE), carezcan de estos

sistemas básicos de cobertura sanitaria y tengan modelos sanitarios, recientemente implantados, a imagen y semejanza de EE.UU., con serios problemas en cuanto a porcentajes elevados de población sin cobertura asistencial y otros con cobertura limitada. Se trata, pues, de un nuevo problema que, cuando menos, establece un factor de desequilibrio en los sistemas sanitarios de la UE.

El gasto sanitario español

El gasto sanitario español es notoriamente bajo en relación con los demás países desarrollados. Aunque los datos de las comparaciones internacionales no están siempre suficientemente actualizados, y hay que recurrir a estadísticas de varios años antes, los resultados nos sitúan siempre a la cola.

Si comparamos los datos del último informe de la OCDE (Eco-Sante 2001)⁶ se observa que España se encuentra en cuanto a gasto sanitario (7,1 frente a 8) y gasto sanitario público (5,68 frente a 5,92), tanto por debajo de la media de la OCDE como de los países de la Unión Europea. De todas maneras hay que tener en cuenta que el gasto sanitario en porcentaje sobre el PIB, que es el índice más utilizado para comparaciones entre países, supone una relativización del mis-

	Media	España	Máximo	Mínimo
Gasto sanitario % PIB	8	7,1	10,6 Alemania	5,9 Luxemburgo
Gasto sanitario total \$/habitante	1.803,73	1.168	2.340 Luxemburgo	974 Grecia
Gasto sanitario publico \$/habitante	1335,5	936	2.044 Luxemburgo	663 Grecia
Gasto social % PIB	27,6	20,2	32,9 Suecia	14,7 Irlanda
Presión fiscal % PIB	42,1	36,9	53,7 Suecia	33,6 Irlanda

Tabla I. Indicadores de gasto sanitario y social de España y la Unión Europea

mo en relación con el PIB, sin tener en cuenta parámetros tan relevantes como la población o la cuantía de cada punto de PIB, que son muy diferentes de unos países a otros. En la tabla I puede verse, por ejemplo, cómo Luxemburgo, que es un país con un gran PIB y con muy poca población, a pesar de tener un gasto sanitario en porcentaje sobre el PIB inferior al español, dobla a nuestro país en gasto per cápita.

Además, esta tabla sirve para evidenciar que España tiene un gasto social bajo en relación con los otros países de la UE; en este caso sólo mayor que el de Irlanda, y siendo superado por el de Grecia y Portugal que suelen ser los dos países de cola de todos los indicadores dentro de la UE.

Por otro lado, en España en los últimos años (desde 1996) se ha producido una

disminución del gasto público, de manera que este ha pasado de ser el 75 % del gasto sanitario a sólo el 72 %, y ello pese a que también tiene una presión fiscal por debajo de la media de la UE, como también puede verse en la tabla I.

Descentralización de la Sanidad

El modelo de la LGS estaba basado en el traspaso a las Comunidades Autónomas (CCAA) de los dispositivos sanitarios públicos, y en la unificación de los mismos en cada una de ellas en los denominados servicios regionales de salud. No obstante, las transferencias sanitarias se produjeron con unos “tempos” muy peculiares. Nada menos que en 1981, es decir 5 años antes de la LGS, se produjo la primera transferencia a Cata-

luña, y posteriormente fue goteando a las demás CCAA, siguiendo criterios más relacionados con la presión política que con la lógica sanitaria. Como es conocido, el 1 de enero 2002 se culminaron las transferencias sanitarias a las CCAA con un traspaso casi en bloque de las II que quedaban) y sólo está pendiente el traspaso a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Con todo, el cumplimiento del objetivo de un SNS descentralizado, ha puesto en evidencia algunos problemas no resueltos en la LGS, en cuanto a la integración del sistema sanitario en su conjunto, la delimitación de competencias entre el Estado y las CCAA, en el aspecto financiero, y en la capacidad de las CCAA de diseñar modelos de organización y gestión muy distintos.

El modelo de financiación autonómico

El aspecto financiero se suponía que quedó cerrado con el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de septiembre de 2001⁷, y con la Ley 21/2001 que incluía, básicamente, el mismo. El acuerdo que integra la financiación sanitaria en la financiación general de las CCAA, y del que están excluidas las CCAA que tienen un régimen foral (País Vasco y Navarra), definía la prestación sa-

nitaria como “prestación de la Seguridad Social”, lo que desde el punto de vista jurídico tiene algunas repercusiones relevantes (la Seguridad Social es una competencia del Estado, y por lo tanto refuerza su capacidad de control sobre las prestaciones sanitarias), y además establecía un sistema de financiación sanitaria que se basa en un fondo de suficiencia para cada CCAA, fijado históricamente en 1999, que se incrementaría de acuerdo con la evolución de la recaudación tributaria, existiendo unos impuestos que están específicamente designados a la financiación de la Sanidad y que todos ellos son indirectos (IVA, alcohol, tabaco, hidrocarburos y transporte), pudiendo las CCAA incrementar alguno de ellos si lo estima conveniente (por ejemplo, las gasolinas).

Los problemas del modelo son fundamentalmente tres:

1. Está basado en los impuestos indirectos, y por lo tanto tiene un carácter regresivo, y es muy sensible a las coyunturas económicas recesivas, en las que la recaudación sobre el consumo puede verse seriamente afectada creando problemas de viabilidad económica.

2. El fondo de suficiencia se fija en 1999 siguiendo tres criterios, población de cada CCAA, porcentaje de personas mayores de 65 años e insularidad (esta

última definida como “distancia en km a la costa de la península desde el punto más cercano, lo que en la práctica supone una asignación extra sólo para Canarias que absorbe más del 95 % de los recursos destinados a este criterio). La población total y el porcentaje de mayores de 65 años queda establecido en 1999 sin tener en cuenta el dinamismo de crecimiento o decrecimiento de las CCAA y las desigualdades que ello produce, y por otro lado no contempla la emigración no regularizada, que en alguna CA alcanza un número muy significativo de personas.

3. La asignación de recursos no se hace basándose en necesidades de salud de la población, sino sólo en relación con el fondo de suficiencia y la evolución de los impuestos. Teniendo en cuenta que estamos tratando de CCAA con situaciones sanitarias de partida muy distintas, y de niveles socioeconómicos dispares, el modelo tendencialmente va a incrementar las diferencias entre CCAA ricas, que tendrán un mayor crecimiento de la recaudación y CCAA pobres que tendrán menor crecimiento, profundizando la inequidad que ya existía previamente a las transferencias.

4. Aunque el Acuerdo crea un llamado Fondo de Cohesión, éste está pensado para sufragar los gastos de la asisten-

cia sanitaria a los desplazados, y además tiene una cuantía insuficiente, incluso para esta finalidad.

A la postre los resultados que se preveían para el año 2002, según fuentes de las propias CCAA, el gasto per cápita promedio del SNS fue de 836,58 euros oscilando entre 943,80 para Asturias y 752,44 para las Baleares, y aunque entre las 5 últimas CCAA en gasto per cápita se encuentren 4 de las más dinámicas en actividad económica (renta per cápita, etc.) como son Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana y Baleares, no es menos cierto que Andalucía es la penúltima y Canarias, Extremadura y Galicia ocupan los puestos 10, 11 y 12 respectivamente, siendo de prever, que conforme lo expuesto anteriormente, su situación tienda a empeorar.

La coordinación e integración del Sistema Nacional de Salud

La otra cuestión que se plantea tras la finalización de las transferencias es cómo coordinar e integrar las actuaciones de las CCAA y la política del Ministerio de Sanidad. La LGS diseñaba algunos instrumentos, especialmente el Consejo Interterritorial, y delimitaba algunas competencias, pero la realidad ha funcionado de una manera autónoma y la experiencia de estos 17 años señala que cada CCAA ha

ido estableciendo normativas específicas sobre aspectos a veces poco justificables (por ejemplo los calendarios vacunales), que existe una notoria falta de información general del funcionamiento del SNS e incluso de criterios básicos de definición (un buen ejemplo son las listas de espera). Y por otro lado se da la circunstancia de que mientras el Ministerio de Sanidad conserva la competencia sobre fijación de prestaciones básicas y política farmacéutica, las CCAA son las que, con cargo a sus fondos, deben de sufragar unas decisiones sobre las que no sólo no pueden influir, sino que frecuentemente se adoptan a sus espaldas (como sucedió en el acuerdo entre Farmaindustria y la ministra Celia Villalobos).

Evidentemente se hacía necesario el establecimiento de una normativa que regulara la situación, y por ello la existencia del denominado Proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del SNS es, en principio, un hecho positivo. También lo es, aunque haya sido puesto en duda⁸, el hecho de que se haya alcanzado un elevado grado de acuerdo entre las CCAA y los grupos políticos en su trámite parlamentario, en la medida en que se han añadido aspectos importantes que mejoran sustancialmente el Proyecto inicialmente presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como son una mayor participación de las

CCAA en el ámbito de la definición de prestaciones y política farmacéutica, dos aspectos claves a la hora de determinar el gasto sanitario, la aparición del Fondo de Cohesión con fines de equilibrar las desigualdades interterritoriales, aunque aún esté pendiente de fijarse su cuantía, la procedencia de los fondos y los mecanismos concretos de su reparto, y por fin, la inclusión de las referencias al Plan Integrado de Salud y al carácter de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, aspectos todos estos que la FADSP y la oposición política habían señalado como ausencias cruciales en el proyecto inicial⁹.

La aprobación definitiva del texto no ha deparado más sorpresas que la inclusión en el Senado de una enmienda que cambia el sistema de precios de referencia, calculando el precio de los medicamentos a partir de los tres más bajos del mercado (disposición final tercera), y el dar un plazo de 18 meses para transferir a las CCAA la sanidad penitenciaria (disposición adicional sexta). Por otro lado la disposición adicional quinta señala que el Fondo de Cohesión realizará “políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades”, políticas que “se desarrollaran mediante planes integrales de salud”¹⁰. Aunque se trata de un evidente avance sobre la LGS habrá que esperar un cierto tiempo para poder

evaluar cuales son los desarrollos concretos de la misma, y si se logra alcanzar la cooperación y coordinación entre CCAA y Ministerio, que es uno de los objetivos centrales de la Ley.

La organización de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas

Una vez realizadas las transferencias, las distintas CCAA comenzaron a dotarse de una legislación propia, las denominadas Leyes de Ordenación Sanitaria que regulaban la organización y gestión de los servicios sanitarios en cada una de ellas, y que generalmente abordaban otras cuestiones como derechos de los ciudadanos, garantías a la atención sanitaria, modelos de participación social, etc. Hasta el presente sólo Asturias y Galicia carecen de esta legislación autonómica, si bien en esta última el Gobierno regional ha presentado un Proyecto al Parlamento autonómico.

Aunque las leyes de ordenación tienen características muy similares, existen netas diferencias entre ellas. En esencia puede decirse que ha habido dos modelos de leyes autonómicas, que tienen que ver fundamentalmente con la ideología imperante en el Gobierno de cada una de las CCAA, y así, *grosso modo* puede decirse que existen dos tipos de leyes

de ordenación sanitaria: las de inspiración socialdemócrata y las que se enmarcan en un modelo neoliberal. Las primeras hacen hincapié en el carácter público, fundamentalmente en cuanto al diseño y la provisión de los servicios sanitarios, manteniendo las relaciones con el sector privado en el marco tradicional de la concertación, y las segundas se plantean un modelo de provisión mixta “público-privada”, en el que la financiación es pública y se favorecen mecanismos de progresiva privatización de la provisión. Estas últimas tienen su primer antecedente en Cataluña donde se estableció la denominada XHUP (red de hospitales de utilización pública) donde centros públicos y privados servían de proveedores de servicios sanitarios financiados públicamente de manera indiferenciada, que ha sido posteriormente copiada en varias CCAA (La Rioja, Cantabria, Madrid, Comunidad Valenciana).

A pesar de la legislación es indudable que desde hace unos 10 años, y al calor de las propuestas thacherianas, y muy especialmente desde los gobiernos del PP, se están impulsando mecanismos de privatización de la provisión sanitaria^{11,12}. Esta privatización avanza en 5 vías que se entremezclan con frecuencia:

– El aumento de la concertación, que está teniendo en estos años un incre-

mento constante y netamente superior al incremento de los presupuestos sanitarios.

– Las llamadas externalizaciones, que son la contratación con empresas privadas de determinados servicios que antes prestaban los centros públicos, y que van desde el mantenimiento y la limpieza, hasta los archivos de historias clínicas, la atención domiciliaria o los laboratorios. Han crecido de una manera exponencial pero son muy difíciles de cuantificar, porque no aparecen especificadas como tales en los presupuestos autonómicos, y están enmascaradas en los de cada uno de los centros sanitarios.

– La implantación de los llamados “nuevos modelos de gestión”, es decir, centros con personalidad jurídica propia que puede ser muy variada (empresas públicas, sociedades anónimas con capital público, fundaciones, etc), distinta de la del correspondiente servicio de salud, que se plantean la utilización de la lógica y los mecanismos de gestión del sector privado en los centros que, aunque de una manera especial, continúan siendo de titularidad pública, y que desde mi punto de vista sólo pretenden favorecer un marco de fragmentación y competencia en el sistema sanitario, asumiendo el sector público la iniciativa que no quiere tomar el privado. De todas formas no deja

de ser llamativa la ausencia de evaluación de los resultados prácticos de estos llamados “nuevos modelos de gestión”, que contrasta con las declaraciones de fe en sus supuestas virtudes¹³.

– Y por fin, la concesión de centros públicos a empresas privadas para su gestión durante un tiempo más o menos prolongado, como sucede en el hospital de Alzira, va a pasar en el de Torrevieja, y en Atención Primaria está pasando en la cooperativa de Vich y en el proyecto del Gobierno catalán de traspasar la gestión de numerosos centros de salud al sector privado.

– La cesión a las mutuas patronales de la gestión de la incapacidad trasitoria, con capacidad para realizar pruebas, hospitalizaciones, intervenciones, etc, que son sufragadas con cargo a los fondos públicos.

Todo ello coexiste además con el impulso de las unidades e institutos clínicos, que bajo el paraguas de la “gestión clínica”, están favoreciendo la segregación de determinadas áreas de los centros sanitarios o de centros de Atención Primaria en unidades autónomas con cierta capacidad para gestión de personal y recursos, aunque todavía sin alterar la personalidad jurídica de los centros, y por lo tanto manteniendo el control público.

Estas iniciativas, que no sólo se hacen en CCAA con gobiernos del PP (por

ejemplo, Andalucía es una abanderada de las empresas públicas y las unidades clínicas) están produciendo tres efectos muy marcados. El primero es un aumento del sector privado sanitario en España, que ha ido erosionando la relación 70 % de sector público-30 % de sector privado que era tradicional, excepto en Cataluña donde se invertían las cifras. Aunque no existen datos concretos es muy probable que ahora nos encontremos en un 60 %-40 %. El segundo es, desde mi punto de vista, todavía más importante. El sector público ha perdido su capacidad de hegemonía, en el sentido intelectual del término, de capacidad de liderazgo y de planificación de las actividades del sistema sanitario, pues su fragmentación y la introducción de mecanismos de competencia en su propio seno le hacen cada vez más ineficiente e incapaz de ser el vertebrador fundamental de la política sanitaria, si bien es indudable que este hecho tiene repercusiones muy distintas según las CCAA, y que en algunas como Extremadura y Castilla La Mancha, que tienen las leyes de ordenación más centradas en el refuerzo del modelo de servicio nacional de salud, se están adoptando medidas en el sentido opuesto: de reforzar la cooperación y el liderazgo de la sanidad pública. Y por fin, lo que se ha denominado mercantilización de la salud,

la concepción de que la salud deja de ser un derecho básico de la población para constituirse en una mercancía, que como ellas tiene un precio y se mueve según los vaibenes del mercado. Una concepción que está siendo introducida a veces con cuestiones sutiles y de apariencia terminológica, por ejemplo, la denominación de “clientes” para los usuarios de los servicios sanitarios.

Los grandes retos de la atención sanitaria

Hasta ahora sólo se ha hecho mención a los problemas políticos, financieros y de diseño del SNS. Es evidente que la percepción que los ciudadanos tienen de los mismos es escasa aunque su influencia sobre los problemas concretos sea muy importante. Por eso merece la pena enumerar, a modo de recordatorio, algunos de los principales problemas que afronta el sistema sanitario y que permanecen sin resolver.

Geriatría

El envejecimiento de la población española es un problema que es palpable y que se incrementaría en los próximos años. El envejecimiento poblacional plantea problemas de dependencia, sociosanitarios y de aumento de las enfermeda-

des crónicas, siendo notoria la insuficiencia de recursos de nuestro país al respecto en comparación con otros países de la UE (por poner sólo un ejemplo, tenemos 3,2 plazas residenciales por cada 1.000 habitantes frente a 5 de la UE, y sólo existe cobertura institucional para el 4 % de las personas mayores en situación de dependencia).

Salud mental

La salud mental sigue siendo la gran olvidada del SNS, con una cobertura insuficiente y unos recursos inadecuados, que aflora en cuestiones muy concretas (por ejemplo, la anorexia) pero que es generalizada en la mayoría de las patologías psiquiátricas, que además se están derivando hacia entidades de autoayuda, ONG, etc.

Farmacia

El imparable aumento del gasto farmacéutico es el aspecto más visible de la situación, pero existen otros componentes que deben ser evaluados, muy especialmente la utilización inadecuada de los productos farmacéuticos, de manera relevante los antibióticos, por los efectos que éstos tienen sobre las resistencias microbianas.

El gasto farmacéutico continúa su incremento incontrolado. En marzo de

2003 se llegaba a un incremento del 15,7 % sobre marzo de 2002, con un aumento acumulado del 10,6 %. En esta cifra tan escandalosa, y desgraciadamente tan esperada, descollan algunas CCAA como la de Madrid con el 20,7 %, Navarra con el 20,1 % y Canarias con el 19,8 %, pero no debe olvidarse que en el “país de los ciegos...”, porque los menores incrementos (Cantabria 10,6 % y Galicia 11,2 %) se mueven en los dos dígitos, dejando a distancia el famoso 9 % de tope que se estableció en el acuerdo con Farmaindustria.

¿Qué supone esta situación? En primer lugar, y sobre todo, que estamos alcanzando cotas superiores al 26 % de gasto farmacéutico dentro del gasto de la sanidad pública, pues a estas cifras que valoran sólo el gasto producido por las recetas hay que sumar el incremento del 12,3 % que se produjo en 2002 del gasto farmacéutico hospitalario. Esto supone que el crecimiento del gasto sanitario público, en torno al 8 % anual, está siendo literalmente engullido por el gasto farmacéutico y que los demás componentes del gasto sanitario están disminuyendo en su peso dentro del mismo. Por poner sólo un ejemplo del gasto de personal que suponía hace 10 años el 60 % del gasto sanitario se encuentra ahora alrededor del 50 % del gasto total. De se-

guir en esta situación hay proyecciones realizadas por prestigiosos economistas que señalan que dentro de 5 años el presupuesto sanitario, de mantenerse el incremento actual de gasto farmacéutico y de financiación sanitaria, sólo alcanzará para pagar los medicamentos y los salarios, pero no podrá hacerlo con ninguna otra actividad, con lo que el sistema sanitario entrará en un colapso total.

Pero además hay otra evidencia: las medidas para controlar el gasto farmacéutico han fracasado estrepitosamente, y aunque Farmaindustria hable de un pacto que beneficia a todos, le falta la letra pequeña “a todos los laboratorios farmacéuticos”, y a nadie más. No merece la pena meterse en elucubraciones de imaginiería mediática. La mayoría de los supuestos beneficios públicos del acuerdo benefician a la industria: como la investigación y los ensayos clínicos que tendría que hacer de todos modos, y que a una multinacional le resulta mas barato de realizar en España, Portugal o Grecia que en Alemania, eso sin hablar de las pseudoinvestigaciones con carácter netamente promocional. Por otro lado, casi todas las empresas y los ciudadanos estaríamos gustosos de “devolver” a interés cero unos millones de euros que hemos ingresado unos meses e incluso un año antes.

Otra evidencia más: la política del Ministerio de Sanidad sigue demostrando la incapacidad para abordar con seriedad el tema. Se continúan sustituyendo las medidas serias y a medio plazo por titulares de prensa de lo que luego nadie hace el seguimiento en esta misma: así, la dispensación por tratamientos está por ver dónde y cómo se pone en marcha, las limitaciones de las visitas promocionales a los médicos continúan a la espera de efectuarse en la práctica, los genéricos siguen en el limbo de los justos (no llegan al 3 % del gasto frente al 15 %-20 % de otros países europeos), los controles fiscales están por establecerse y se amaga con ellos para retirarlos después (como pasó con la Ley de Acompañamiento de los presupuestos de 2003). Y por fin, y sobre todo, se hacen buenas y bonitas declaraciones de intenciones de la colaboración con las CCAA, y mientras tanto, mes a mes, la cifras son día a día cada vez más desastrosas.

Una política seria sobre la racionalización del gasto farmacéutico requiere, primero y por supuesto, de una nítida voluntad política, pues hay que enfrentarse con intereses económicos y corporativos muy poderosos, luego de ideas claras y objetivos viables (en las actuales condiciones cualquier objetivo que vaya más allá de conseguir un crecimiento del gas-

to farmacéutico por debajo del de los presupuestos sanitarios es de éxito poco probable), y por fin, como ya señalamos en las “12 medidas para racionalizar el gasto farmacéutico” propuestas por la FADSP en junio de 2002¹⁴, de intervenir a la vez sobre todos los agentes que configuran el gasto: laboratorios y empresas distribuidoras, expendedores, prescriptores y población en general.

Las medidas son elementales si se toman en serio: el sistema público no puede ni debe pagar más por un medicamento que se encuentra en el mercado a un precio más barato, los márgenes de empresas, distribuidores y expendedores deben ser estrictamente controlados, la sanidad pública no puede permitir que a su costa (y así es, puesto que forman parte del precio de los medicamentos) se produzcan todo tipo de actividades promocionales dirigidas a los prescriptores; estos deben recibir una buena y actualizada información farmacoterapéutica por sistemas independientes que no estén financiados por la industria. Hay que favorecer una buena prescripción (de calidad, adecuada a los problemas de salud de la población y eficiente), y por fin, la población tiene que recibir una información y una educación para el uso adecuado y saludable de los medicamentos. Ninguna de estas medidas es milagrosa

en sí misma ni tendrá efectos inmediatos, pero a medio plazo son las únicas que controlarán el gasto, y lo que desde nuestro punto de vista es más importante, mejorarán la salud de la población.

Un último comentario; se suele aducir que el envejecimiento de la población es la causa del aumento del gasto farmacéutico, y esto es sólo cierto en un porcentaje muy limitado. Álvarez Corbacho¹⁵ ha demostrado que en Galicia el incremento de población mayor de 65 años era responsable de sólo el 6 % del aumento del gasto farmacéutico, de lo que se puede deducir que la situación en el resto de España no será muy distinta; las cosas no van por ahí, aunque es cierto que hay quienes están interesados en que se establezcan sistemas de copagos para los pensionistas con el fin de evitar el control de sus negocios.

Hospitales y Atención Primaria

La red hospitalaria es insuficiente. Tenemos el menor número de camas hospitalarias de la UE por 1.000 habitantes, por debajo de Grecia y Portugal. El déficit es especialmente notorio en camas de media y larga estancia. Este hecho es todavía más notorio si se tiene en cuenta que la presión hospitalaria en España es baja (113,8 hospitalizaciones por 1.000 habitantes en 1996, frente a 220 de Alema-

nia o 225 de Francia)⁷, por lo que presumiblemente tenderá a incrementarse, y es lo que, en gran parte, es responsable de las listas de espera que tanto impacto tienen en la opinión pública.

Por otro lado, la red de Atención Primaria permanece incompleta, a pesar de los años transcurridos desde el inicio de la reforma (1983), y además se ha producido un importante aumento de la presión asistencial debido, por un lado, a los incrementos de población, y por otro a que no se han producido aumentos de plantillas de manera proporcionada. Además, las tareas de prevención y promoción permanecen como residuales y la integración de otros profesionales (trabajadores sociales, farmacéuticos, veterinarios, etc.), o no se ha producido o lo ha hecho de manera testimonial.

Coordinación de niveles asistenciales

No es de extrañar que la coordinación entre Atención Primaria y Especializada no haya avanzado prácticamente nada, aunque sigue repitiéndose como un objetivo a alcanzar. Las tendencias de fragmentación y empresarización de los centros sanitarios van en el sentido contrario, el de la competencia y no en el de la coordinación. No obstante, no deja de ser sintomático que las empresas privadas están

planteando la necesidad de hacerse cargo de ambos niveles en las áreas que gestionan, como ocurre en Cataluña y en la Comunidad Valenciana (Alzira, Torreveja).

Atención sociosanitaria

La atención sociosanitaria es otra gran olvidada del sistema sanitario¹⁶. Con un agravante: la evolución de la sociedad presiona hacia un incremento de las necesidades sociosanitarias, debido tanto al envejecimiento de la población, como al hecho de que las transformaciones en las familias españolas hacen desaparecer, como muy bien ha señalado la socióloga M.^a Ángeles Duran¹⁷, la red de atención familiar que es la que está soportando la mayoría de esta atención a los enfermos, que precisa urgentemente de una alternativa social.

Revolución tecnológica

Por fin, el aumento continuado de la tecnología sanitaria y su rápida extensión, no siempre justificada, que se ha calculado es el principal responsable del aumento del gasto sanitario. La utilización sin la suficiente evaluación y sin comprobar mejoras reales para la salud es la norma (como la terapia hormonal en la menopausia que ahora se ha demostrado que tiene tantos riesgos). Se trata de un aspecto fundamental en el que la capaci-

dad de las administraciones públicas para realizar un control cuidadoso de la calidad, eficiencia y eficacia es fundamental, más aún cuando se anuncian las llamadas terapias génicas de coste y eficacia aún desconocidas.

La participación social y profesional

Es otro buen ejemplo de lo que difieren las declaraciones de principios de las realidades prácticas. Casi todas las leyes de ordenación sanitaria, y por supuesto la LGS, señalan las bondades innumerables que se derivan de sistemas de participación sociales y profesionales, que bien es cierto, todas ellas dejan en manos de desarrollos posteriores que raramente se producen. Por supuesto, el tema es bastante complejo, pero no imposible, y en todo caso gestores y políticos suelen coincidir en la práctica en considerarlo un serio incordio, y han demostrado un interés más que escaso en propiciarla. Por otro lado, hay que ser consciente de que la tendencia a la privatización y empresarización de los centros sanitarios no favorece esta participación social, que se sustituye por la de los accionistas con peso en los consejos de administración y que a veces se ha incluso teorizado como la transformación de los usuarios en clientes, aunque pueda comprobarse

todos los días, con sólo acercarse al supermercado, que los clientes sólo se distinguen por su capacidad de compra y por lo abultado de su cartera.

Tras las pasadas elecciones, que en lo sanitario han supuesto básicamente el paso del Gobierno sanitario de Cantabria para el PSOE y la pérdida de Baleares, será un buen momento para reflexionar sobre todo ello, y ver si se producen cambios sustanciales en la política sanitaria, siendo conscientes de que sólo un avance en los compromisos con la mejora de la sanidad pública de nuestro país, son capaces de afrontar los problemas de salud de la población de una manera eficaz y eficiente siendo a la vez equitativa y solidaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Sanidad. BOE 29/4/1986.
2. El sistema sanitario en España. En: Sánchez Bayle M, editor. Los libros de la Catarata. Madrid, 1996.
3. NHSCA. In practice the NHS market in the United Kingdom. J Pub Health Policy 1995;16:452-91.
4. The new NHS. Londres, 1997.
5. Pollock A, Price D. Rewriting the regulations. How the World Trade Organization could accelerate privatisa-

- tion in health-care systems. Lancet 2000; 356:1995-2000.
6. Eco Sante 2002. Disponible en: www.ocde.org
7. Sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común. Madrid: Ministerio de Hacienda, 2001.
8. Rey J. La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: ¿una frustración renovada o la apertura de una nueva esperanza? Salud 2000, 2003;91:3-5.
9. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: Propuestas y alternativas al proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Salud 2000, 2003;90:13-5.
10. Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/5/2003;p. 20567-88.
11. Sánchez Bayle M. Hacia el estado del malestar. Los libros de la Catarata. Madrid, 1998.
12. Rodríguez J, Porras S, González Medel J. Incapacidad temporal y mutuas. Diario Medico 6/2/2003.
13. López-Casasnovas G. El interfaz público-privado en sanidad. Barcelona: Masson, 2002.
14. FADSP. Doce medidas para controlar el gasto farmacéutico. Salud 2000, 2002;80:15-7.
15. Álvarez Corbacho X. Gasto farmacéutico: los viejos son inocentes. Salud 2000, 2002;89:28-9.
16. Navarro V. Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Barcelona: Anagrama, 2002.
17. Duran MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid: Fundación BBV, 1999.