

El Sistema Nacional de Salud: una realidad y un proyecto de responsabilidades compartidas

Fernando Lamata Cotanda

Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

El 1 de enero de 2002 se completó el proceso de transferencias sanitarias. Después de casi dos años de evolución de este nuevo escenario es posible avanzar un análisis preliminar.

El modelo funciona

Conviene no olvidar que antes de esa fecha ya se había llevado a cabo la mayor parte del proceso de transferencias sanitarias, y ese modelo estaba funcionando bien. En efecto, en 1978 (hace ya 25 años), la Constitución española diseñaba un modelo de estado donde las Comunidades Autónomas (CCAA) iban a asumir importantes competencias en diversas materias, entre otras, la sanidad. Así, desde 1979 el Estado central comenzó a transferir a los entes preautonómicos, y después a las CCAA, recursos y funciones en materias de salud pública, de sanitarios locales, de la administración institucional de

sanidad nacional, de consumo, de salud laboral y de otras materias sanitarias. También en 1981 se llevó a cabo la transferencia del Insalud a Cataluña, y desde ese año se fueron asumiendo estas competencias en otras 6 CCAA. Por lo tanto, antes del 1 de enero de 2002 ya se habían transferido a las CCAA más del 60 % de los recursos del Insalud, y otras competencias fundamentales, como la salud pública y la planificación sanitaria, con lo que el grueso de los recursos y de las competencias ya eran gestionadas por los Gobiernos regionales. Esta precisión es importante para resaltar que el Sistema Nacional de Salud (SNS) nace en 1978, con la Constitución, como un conjunto de servicios autonómicos de salud, de forma coherente con el nuevo Estado de las Autonomías. Y ese SNS, con el grueso de las competencias sanitarias transferidas, ha funcionado bien, mejorando los indicadores de salud y ampliando los servicios.

En efecto, en estos 25 años, la cobertura sanitaria pública aumentó de 84 % a 99,8 %. El gasto sanitario público creció de un 4,4 % hasta 5,9 % (en 1994), para luego bajar hasta un 5,4 %, manteniéndose estable, algo por debajo de la media de la Unión Europea (UE).

Las prestaciones sanitarias han aumentado y mejorado en estos 25 años, tanto en salud pública y atención primaria como en atención especializada. Y esta mejora se traduce en resultados que, si bien en parte son debidos a condiciones externas al sistema sanitario, en buena medida se deben a la atención sanitaria y los cuidados de salud. Así, la mortalidad infantil ha disminuido desde 15,3 a 4,9 por 1.000 nacidos vivos en este período. La cobertura de los programas de inmunización se ha mantenido alta, con más del 90 %. La libre circulación de los pacientes en toda España no se ha visto alterada por el modelo autonómico sanitario y la cooperación entre los diferentes servicios regionales para la atención de situaciones de emergencia ha sido ejemplar.

Después de completadas las transferencias en enero de 2002

El SNS ha funcionado hasta ahora. ¿Qué ha pasado en los últimos dos años?

En una primera valoración, una vez completado el proceso de transferencias, el sistema sanitario ha mantenido su funcionamiento con normalidad. Al realizar el traspaso de funciones y recursos del Insalud a 10 CCAA simultáneamente, se había suscitado alguna preocupación. Sin embargo, en general, las cosas han marchado bien.

Hay un primer dato interesante que nos facilitaba el Centro de Investigaciones Sociológicas (noviembre de 2002), y es que en la mayoría de las CCAA (todas menos una) la población opinaba que la sanidad había mejorado después de las transferencias.

Otro dato importante es la valoración de los recursos destinados a la sanidad pública después de las transferencias. El presupuesto inicial del conjunto del SNS aumentó un 8,9 % de 2003 respecto a 2002. Pero ese aumento fue de un 12 % en las recién transferidas, y de un 7,1 % en las transferidas con anterioridad. Es decir, se ha producido un impulso para mejorar la situación sanitaria en las recién transferidas. Al hacerse un traspaso de recursos en función de la población (corregida por la edad), el orden relativo en gasto sanitario por persona protegida (tomando el presupuesto inicial) de las CCAA cambia. De las CCAA que acaban de recibir la transferencia mejo-

ran su posición relativa 5, quedando igual tres y empeorando dos de ellas, pero todas mantienen, al menos, el nivel de gasto anterior.

Las transferencias de 2002 han supuesto un estímulo para el conjunto del sistema sanitario y, en especial, para las CCAA que han recibido los traspasos. Por ejemplo, en los dos primeros años de transferencia del Insalud a Castilla-La Mancha las inversiones equivalen a la suma de las de los 10 años anteriores. En personal se ha aumentado la plantilla en un 10 %, y se han mejorado las retribuciones para equipararlas con la media española; la actividad ha crecido tanto en atención primaria como en atención especializada; la lista de espera para pruebas, consultas y cirugía programada ha disminuido de forma importante; se han puesto en marcha nuevos servicios. En resumen, se ha dado un fuerte impulso a la mejora del sistema sanitario.

La cohesión del Sistema Nacional de Salud

El SNS se ha configurado para adaptarse al modelo de Estado, aplicando el principio de subsidiariedad, por el que las competencias políticas para la toma de decisiones se acercan al ámbito más cercano a la ciudadanía en el que puedan ser

eficaces. Este proceso no ha supuesto merma de derechos ni servicios para nadie. Las CCAA tienen capacidad para planificar y organizar sus servicios de salud, pero dichos servicios están a disposición de cualquier ciudadano español. Una clave del funcionamiento de este modelo es la libre circulación de pacientes, sin excesivas trabas burocráticas (no mayores, por ejemplo, que entre las áreas sanitarias de la respectiva Comunidad), y sin coste adicional para el paciente. Si a esta libertad de circulación se añade una buena información a los pacientes y una formación adecuada de la ciudadanía, los servicios se irán desarrollando en cada CCAA de forma relativamente homogénea.

El papel del Ministerio de Sanidad y Consumo es relevante para mantener buenos sistemas de información, y para compensar a través del fondo de cohesión la atención sanitaria prestada por unas CCAA a pacientes residentes en otras distintas. Es importante que las Consejerías de Sanidad y el Ministerio de Sanidad sepan generar un clima de confianza y lealtad institucional en el Consejo Interterritorial del SNS. Este Consejo funcionará en la medida en que se adopten acuerdos por consenso, donde las Administraciones Sanitarias que tienen competencia sobre la sanidad busquen y encuentren estrategias comunes.

El Ministerio tiene también un papel importante en canalizar las aspiraciones de mejora en todo el ámbito del SNS y liderar ante el Gobierno de España y el Parlamento la petición de una mayor dotación para el presupuesto sanitario. Aquí es preciso recordar que el nuevo modelo de financiación distribuye los recursos existentes, en función de la población residente, para las prestaciones sanitarias reconocidas en el momento de la transferencia (y solo estas). Esa distribución se hace con un método nuevo que es la corresponsabilidad fiscal (transferencia de tributos o tramos de tributos), en vez de con fondos finalistas. Pero eso no quiere decir que si se incorpora una nueva prestación la debe financiar la CCAA. Si una CCAA quiere destinar más dinero de su presupuesto a sanidad lo podrá hacer. Ahora bien, el Gobierno de España también debe aumentar los recursos destinados al conjunto de la sanidad para hacer frente a las nuevas necesidades y a las prestaciones aceptadas para toda la población española. Si el Parlamento o el Gobierno español reconocen la necesidad de mejora de una prestación existente, mejorando los estándares o las garantías (salud mental, o tiempo de espera para atención programada, por ejemplo), o reconocen una nueva prestación (un nuevo medicamen-

to, o la concesión de aportación reducida, o la atención sociosanitaria, etc.), o una mejora de las condiciones laborales (carrera profesional), deberán hacer un cálculo económico de los recursos adicionales que hay que incorporar al modelo de financiación pactado. Y deberá el Gobierno de España pactar nuevamente con las CCAA los instrumentos de financiación adicionales para hacer frente a esas nuevas obligaciones y promover en el Parlamento de la nación la ley que reconozca esos nuevos recursos. De lo contrario se generarán tensiones muy fuertes en el SNS al no poder hacer frente los Gobiernos Autonómicos a las obligaciones de gasto que hayan generado con sus decisiones el Gobierno y el Parlamento de España.

Otro aspecto de gran interés, y poco considerado hasta el momento, a mi juicio, es la participación de España en las políticas de la UE que afectan a la sanidad y a la salud. Muchas decisiones (de personal, de salud pública, de medicamento) se están tomando en la UE y van a tener que ser gestionadas y resueltas en las CCAA. Pero las CCAA no están suficientemente representadas en los órganos de toma de decisión de la UE. Es fundamental que el Gobierno de España, que es quien tiene la representación en dichos órganos, cuente con la opinión y

el criterio de las CCAA y negocie que cualquier decisión que implique nuevas obligaciones debe llevar aparejada el instrumento financiero correspondiente. La UE es un ámbito fundamental para consolidar y desarrollar políticas de salud. Por eso es preciso articular la participación efectiva de las CCAA en el proceso de toma de decisiones de la UE. Esta importancia es mayor en un momento en el que se va a producir la ampliación a 25 y en el que se está discutiendo la nueva Constitución europea.

Un tercer aspecto clave es la política farmacéutica. En esta materia la legislación vigente reserva al Gobierno de España importantes funciones como la autorización de medicamentos, la fijación de precios y la decisión sobre la financiación pública de los mismos. Las CCAA tienen la responsabilidad de pagar las medicinas que se consumen con el presupuesto transferido. El presupuesto crece al ritmo del producto interior bruto (PIB), pero el gasto farmacéutico, desde el año 1995, crece 3 puntos por encima del PIB. Eso supone un déficit anual importante y una merma de otras funciones y recursos del sistema. Así, del total de gasto sanitario público, el porcentaje de gasto en inversiones ha pasado del 4,54 % al 3,33 %, el gasto en personal ha bajado del 51,4 % al 44,73 % y el gasto en farmacia ha subido del 17 % al

25 %. Este porcentaje es el mayor de todos los servicios públicos de salud de la UE. Además, las empresas farmacéuticas tienen una influencia importante en la política de investigación, en los procesos de formación y en las prioridades que fija el sistema sanitario, al margen, o desde luego sin control suficiente de las Administraciones sanitarias. Una política farmacéutica no consensuada, como la actual, es el mayor factor de riesgo para el equilibrio del sistema sanitario público español.

Las responsabilidades compartidas y la búsqueda de sinergias en el Sistema Nacional de Salud

En todo caso, al haber completado las transferencias sanitarias, es buen momento para hacer una reflexión sobre el proceso de toma de decisiones en el sistema sanitario y sobre la necesidad de repensar dichos procesos, para ver si contribuyen eficazmente al logro del bien común. ¿Cómo se distribuye el poder, cómo se distribuyen las competencias y las responsabilidades?

El proceso de toma de decisiones, el poder para hacer esto o aquello en el SNS, no se circunscribe solamente a las autoridades políticas, a los Gobiernos de España y de las CCAA. Hay un equilibrio dinámico y complejo entre diversos

agentes que es preciso tener en cuenta para comprender la situación actual y el funcionamiento real del SNS.

Constantino Sakellarides¹ nos recuerda, con su acostumbrada lucidez, que a la hora de analizar un sistema sanitario no solamente hay que describir sus recursos, sus estructuras, o sus objetivos de salud, sino que debemos preguntarnos ¿cómo y por qué se toman las decisiones; quién influye en que se lleven a cabo o se bloqueen proyectos; qué le interesa a cada agente; qué valores soportan esos intereses; “qué puntos tiene en su orden del día”?

En un esquema simple podemos distinguir varios agentes importantes en el sistema sanitario: la ciudadanía, los Parlamentos y los Gobiernos (municipal, regional, nacional y europeo), las instituciones de administración y gestión sanitaria, los profesionales sanitarios, las industrias sanitarias y los pacientes.

La ciudadanía, la población general, que trabaja y paga los impuestos con los que se van a financiar los servicios públicos, y la que formula demandas sobre dichos servicios. Es la ciudadanía la que elige cada 4 años sus representantes políticos y evalúa con su voto las realizaciones, la capacidad de trabajo y los programas propuestos. También la ciudadanía, a través de las familias, y sobre todo

de las mujeres, realiza una labor fundamental de cuidadora informal de pacientes (personas mayores, enfermos crónicos). La ciudadanía, los trabajadores y empresarios son los que generan la riqueza necesaria para el desarrollo social y sanitario. La ciudadanía se expresa en las elecciones, pero también influye a través de asociaciones de consumidores y de vecinos, a través de organizaciones sindicales y empresariales, a través de sondeos de opinión y a través de medios de comunicación.

La mayoría parlamentaria, a propuesta del Gobierno, definirá los presupuestos, y eso quiere decir la distribución del esfuerzo fiscal entre la población y las empresas, así como la distribución del gasto entre los diferentes programas y sectores. Decide las normas que reconocen derechos, además de la cuantía de la financiación sanitaria para hacerlos efectivos. Esta financiación tendrá que ver con la riqueza nacional, pero también con opciones políticas (grado de presión fiscal directa e indirecta y prioridades de gasto público). También los Gobiernos deben generar políticas económicas y sociales que favorezcan la creación de empresas y puestos de trabajo, y la cohesión social. La oposición parlamentaria y extraparlamentaria desempeñará también un papel importante en el control del Gobierno y

en la formulación de alternativas. Para que la sanidad funcione bien deberá haber equilibrio y colaboración entre los Gobiernos y Parlamentos o Corporaciones municipales, regionales, nacionales y europeas.

Las Administraciones Sanitarias, Consejerías de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Comisariado Europeo, Concejalías de Sanidad, y también los administradores y gestores en todos los ámbitos territoriales (áreas, distritos, comarcas), o en los centros sanitarios (hospitales, centros de emergencias, centros de salud, etc.), son responsables de gestionar los recursos que la sociedad, a través de sus Parlamentos y Gobiernos, pone a disposición del sector para ofrecer servicios de calidad. Las tareas de planificación, de regulación, de diseño de estrategias de salud, de selección de prioridades, de búsqueda de formas más eficaces y eficientes de uso de los recursos, deben ser llevadas a cabo con solvencia. La responsabilidad de las Administraciones Sanitarias es grande. Entre otras tareas tiene la de poner de acuerdo, buscar los puntos de encuentro y equilibrio entre todos los sectores y agentes que influyen en el sistema sanitario y que estamos analizando aquí.

Los profesionales sanitarios, de todas las categorías y titulaciones (médicos, en-

fermeros, farmacéuticos, odontólogos, personal de gestión, personal técnico y auxiliar, etc.) tienen un papel central. Directamente, y a través de sus organizaciones sindicales, colegiales, científicas, van proponiendo nuevas maneras de mejorar el desempeño de su profesión. Los profesionales quieren medios para hacer bien su trabajo (plantilla, espacios, equipamiento). Los profesionales prefieren un cierto grado de autonomía y autoorganización en sus servicios y unidades, además de un puesto de trabajo estable y una remuneración y un reconocimiento acordes con su responsabilidad. A su vez, las profesiones que trabajan en la sanidad tienen puntos de encuentro y solapamiento que hay que armonizar, transformando los conflictos en sinergias.

Las industrias sanitarias tienen un enorme poder de influencia. Generan nuevos medios de diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades y de síntomas. Son industrias innovadoras en el campo de la electromedicina y en el de los medicamentos. La industria farmacéutica tiene un papel singularmente importante; buena parte de la formación y de la investigación biomédica en España, como se ha dicho, está liderada y financiada por la industria farmacéutica. La industria quiere y debe poner nuevos medicamentos y nuevas tecnologías efi-

caces, y mantener las actuales a disposición de los pacientes. Para ello tiene que obtener unos retornos suficientes, pero al mismo tiempo, esos retornos deben ser compatibles con la capacidad de financiación del sistema.

Los pacientes, eje del sistema sanitario, necesitan una atención adecuada, ágil, segura, respetuosa y, si es posible, confortable. Los pacientes esperan un trato humano acogedor, una información suficiente y clara y un tratamiento que alivie sus síntomas y cure su dolencia. La formación de los pacientes es cada vez mayor, y sus canales de información son amplios. Además, la legislación ha ido incorporando el principio de autonomía de los pacientes (Ley 41/2002), la obligación de informar, y el consentimiento para la realización de procedimientos de riesgo. El paciente se expresa como individuo afectado, o familiar directo, y también a través de asociaciones de pacientes, cada vez más activas, buscando soluciones eficaces y completas a sus problemas. Pero estas soluciones han de ser compatibles con la disponibilidad económica del país, con el presupuesto sanitario, con la organización de los servicios y con el trabajo de los profesionales.

Llegados a este punto conviene añadir dos reflexiones: una es la que muestra que una buena parte de las condiciones

de enfermedad actuales se debe a factores que tienen que ver con hábitos de vida y decisiones personales, o sociales: alimentación inadecuada, hábito de fumar, beber alcohol en exceso, realizar poca actividad física, conducir demasiado deprisa y de forma imprudente, no realizar prevención adecuada de enfermedades y accidentes de trabajo. Un gran número de consultas médicas y de consumo de medicamentos irá destinado a corregir síntomas y patologías que se podían haber evitado con decisiones personales o sociales más apropiadas. Otra reflexión oportuna se refiere a si no estamos medicalizando en exceso la sociedad, ofertando soluciones para todos los problemas, estados de humor, fatiga, dolor de espalda, malestar general, insomnio, vacío existencial, falta de medios para llegar a un centro sanitario, etc., problemas reales pero que pueden tener que ver más con las relaciones familiares, la forma de organización del trabajo, las condiciones de vivienda o el transporte urbano e interurbano. El sistema sanitario no puede cubrir necesidades que deben atenderse desde otros ámbitos personales o institucionales.

Como es fácil observar, los intereses, las prioridades, los problemas, y quizás también los valores de los diferentes agentes que determinan el funcionamien-

to del sistema sanitario son diferentes y cambiantes. Para que el SNS funcione se requiere del esfuerzo y la responsabilidad de todos. No solamente del Ministerio de Sanidad, de las Consejerías de Sanidad, los centros de salud, los hospitales, los servicios de epidemiología. Todos hemos de intentar hacer bien, responsablemente, lo que tenemos que hacer: pacientes, profesionales, industria, gobiernos, ciudadanía y administración sanitaria, y hemos de hacer de ello puntos de encuentro.

Una de las tareas de las Administraciones Sanitarias es, precisamente, buscar un equilibrio entre todos estos agentes. Conocer bien cuáles son sus intereses, sus necesidades, sus prioridades, y buscar acuerdos. Constantino Sakellarides¹ plantea que después de unos sistemas sanitarios centrados en la protección social (enfoque en medios centrados en garantizar el acceso a la atención médica hasta 1945), se pasó al paradigma de estrategias para la salud (enfoque en resultados [Alma Ata], salud para todos [Ottawa], hasta el inicio de los noventa), y

que hemos de abordar ahora una nueva fase, la de la “gobernanza”, en la que centremos nuestros esfuerzos en conseguir sinergias positivas entre todos los agentes (los gobiernos, los mercados y las sociedades civiles; enfoque en responsabilidades compartidas), para lo cual hay que saber buscar los ámbitos de interés común, donde todos ganemos.

Es un escenario dinámico y cambiante, enmarcado en un proceso de transformación mundial. En ese escenario es preciso que demos responsabilidad y lealtad; es preciso generar confianza. Frente a muchas variables que generan incertidumbre hemos de buscar reglas de juego relativamente estables. La primera regla es que si tratamos de sacar ventaja a corto plazo unos a costa de otros perdemos todos; como dice el refrán: “Pan para hoy y hambre para mañana”. Por el contrario, si aprendemos a ceder, a sumar esfuerzos y a trabajar juntos, ganaremos todos, y el SNS seguirá fortaleciéndose y siendo garante del derecho a la protección de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- I. Sakellarides CT. El valor de la salud y su “gobierno” en un mundo globalizado. El encuentro de la Bella y la Bestia. Revista de Humanidades Médicas [Revista electrónica], 2003.

