
Propuestas para un pacto social por la sanidad en España: financiación y algo más

María del Mar Julios Reyes

Consejera de Sanidad y Vicepresidenta del Gobierno de Canarias

El comportamiento alcista del Gasto Sanitario Público (GSP) en los últimos 20 años es común a todos los Sistemas Nacionales de Salud de los países europeos, y consecuencia de la interacción de factores exógenos y endógenos a los propios sistemas sanitarios. Entre los primeros destacan los movimientos migratorios, la mayor incidencia de enfermedades crónicas, las expectativas y las demandas ciudadanas sobre las posibilidades del sistema sanitario. Entre aquellos factores que interactúan dentro del sistema sanitario destacan el aumento de la dotación tecnológica y las aspiraciones de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, y siendo cierto que el GSP de los últimos años ha experimentado una creciente y apreciable tendencia al alza en los países de la Unión Europea (UE), y en particular en España, hay que destacar que España continúa distanciándose de la media del GSP sobre el Pro-

ducto Interior Bruto (PIB) de la UE. De hecho, y según datos oficiales de la OCDE, el GSP per cápita en España y en la UE era de 797\$ y 1.135\$ en 1994, lo que implicaba una diferencia de 338\$. En 1998, dicha diferencia ascendía a 401\$ y en el año 2001 este diferencial era de 446\$. Hay que señalar que este distanciamiento se ha producido en un contexto donde España disfrutaba de un incremento real del PIB superior en torno a un 1% sobre el de nuestros socios europeos.

Centrando el análisis en un factor de carácter endógeno anteriormente señalado, como es la territorialización del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 17 Servicios Autonómicos de Salud, y en el diferencial creciente del GSP entre España y Europa, es fácil observar cómo en un sistema sanitario, sin recursos financieros suficientes, se ha desarrollado un proceso de descentralización sin que previamente se efectuara una revisión

del modelo sanitario de prestaciones, y con ausencia de mecanismos eficientes de coordinación y cohesión entre Comunidades Autónomas (CCAA) y Administración Sanitaria Central.

De esta forma, el escenario actual es el de un modelo de financiación que no garantiza la suficiencia dinámica, perjudicando seriamente la viabilidad de aquellos Sistemas Autonómicos de Salud con fuertes crecimientos poblacionales; en un SNS con escasa cultura histórica en el desarrollo de modelos efectivos de coordinación entre CCAA, y con falta de mecanismos eficientes y efectivos de cohesión y equidad en el conjunto del SNS.

De este modo, la actualización de la financiación sanitaria es un elemento clave para el logro de un sistema sanitario sostenible; pero no es menos importante, o en otras palabras, de poco serviría dicha adecuación financiera, si no se acompaña de otra serie de medidas complementarias y de carácter estructural, que garantice la cohesión y coordinación entre Servicios Autonómicos de Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. Entre ellas destaco las siguientes:

1. Determinar cuál debe ser la cartera de servicios del SNS, estableciendo un proceso de revisión y evaluación de la cartera actual bajo el consenso de todas las CCAA.

2. Desarrollar mecanismos de coordinación que favorezcan la cooperación entre CCAA, debiendo ser una de las prioridades el desarrollo de políticas comunes en materia de personal, y abordar reformas legislativas estructurales, así como el desarrollo de políticas comunes, en torno a la fármaco-industria, la distribución y la dispensación de medicamentos y productos farmacéuticos, que permitan economías de escala para todas las CCAA.

3. Establecer las nuevas prestaciones, incluidos los medicamentos, a partir de criterios de coste-efectividad.

4. Reforzar el papel del Consejo Interterritorial, como un órgano con mayor capacidad de decisión que el actual, y complementario a las CCAA, basado en la regulación y coordinación, teniendo entre sus funciones evitar que existan diferencias en la prestación sanitaria entre CCAA, garantizando que sea efectiva en todo el territorio nacional una cartera de servicios básica y común y promoviendo los acuerdos necesarios que aseguren la cohesión y sostenibilidad del SNS.

5. Configurar un modelo de financiación sanitaria que tenga como criterio basal de reparto territorial de los recursos financieros de la sanidad pública, la población con derecho a asistencia sani-

taria (población protegida); realizando ajustes poblacionales automáticos que doten al modelo de la suficiencia dinámica necesaria. Para ello es necesario trabajar en el desarrollo de un sistema de información homogéneo, en continua actualización (Tarjeta Sanitaria), que refleje fielmente la cobertura del aseguramiento público, incluyendo la población inmigrante.

6. Diferenciar, en cualquier revisión del modelo de financiación, entre fondos de cohesión destinados a reducir desigualdades entre CCAA, como es el caso de los servicios de referencia, y otros fondos destinados a compensar a las Comunidades por la asistencia que presten a pacientes desplazados, tanto nacionales como comunitarios y, en su caso, extranjeros.

7. Y por último, estudiar y valorar el aumento progresivo del gasto sanitario

público entre un 0,5 % y el 1 % del PIB para alcanzar el gasto medio europeo.

Una vez implementadas estas medidas, y sólo en el caso de que se mostrasen insuficientes, estaremos en condiciones de analizar y, si así fuera necesario, estaremos en condiciones de plantear, en el seno del Consejo Interterritorial, y a través de un debate público, sosegado y transparente, la viabilidad de efectuar incrementos impositivos para financiar la sanidad.

Entiendo que es necesario establecer un Pacto Social por la Sanidad, a través de un ejercicio de consenso, mostrando así la suficiente madurez y responsabilidad política, que permita crear las condiciones adecuadas para conformar una agenda de trabajo que establezca las bases de nuestro SNS, haciendo partícipes a todos los agentes sociales de la comunidad sanitaria.

