

## La sanidad española. Presente y futuro

---

*José Manuel Romay Beccaría*

*Ex Ministro de Sanidad y Consumo.*

Hace 10 años, como ministro de Sanidad, tuve el honor de colaborar con un artículo de idéntico título que éste, en el primer número de la Revista de Administración Sanitaria que iniciaba su andadura gracias al empuje ilusionado de un competente grupo de sanitarios. El actual Director de la Revista me pide que 10 años después exprese mi opinión sobre la situación de nuestra sanidad y su futuro previsible, “con la base –son sus palabras– de lo escrito entonces” y acepto el encargo doblemente honrado desde mi discreta posición actual.

Mi opinión sobre nuestro sistema sanitario ha cambiado poco desde 1997. Podría reproducir casi mis palabras de entonces:

“En España tenemos un Sistema Nacional de Salud que representa una apuesta firme y comprometida de los poderes públicos y de toda la sociedad en favor de una sanidad equitativa, universal y solidaria, que contribuye muy eficazmente a la cohesión social.

La eficiencia de los servicios también ha mejorado a lo largo de los últimos

años. La introducción, en los hospitales públicos, de técnicas de gestión originares del mundo de la empresa privada ha permitido mejorar áreas como la gestión de compras, el manejo de los stocks, la organización de los servicios centrales o los sistemas de información, permitiendo avances en la productividad de los centros.

Sin embargo, nuestro sistema asistencial público se caracteriza por responder a un modelo organizativo de estructuras rígidas, burocráticas y centralizadas, y que como demuestra la experiencia acumulada en el ámbito nacional e internacional, tiene serias limitaciones para alcanzar niveles deseables de eficiencia y rentabilidad social, presentando además problemas de acceso de los usuarios a determinadas prestaciones, tal y como se evidencia al analizar los flujos de ingresos hospitalarios o la evolución de las listas de espera.

De otra parte, la situación de monopolio de los centros sanitarios sobre sus áreas de influencia, su funcionamiento

administrativo y, consiguientemente, la carencia de estímulos científicos, profesionales o retributivos para el personal, condiciona la gestión de los recursos sanitarios, que obedece a controles formales en los cuales apenas es relevante el hecho de que se consiga el objetivo pretendido, en contraposición a la lógica que tienen las empresas de servicios, basadas en los resultados. Nada tiene pues de extraño que, con carácter general, nuestro sistema adolezca de falta de agilidad para atender las demandas crecientes de los ciudadanos con respuestas rápidas y con la calidad deseada.

Finalmente, el Sistema ha carecido crónicamente de financiación suficiente”.

Con ese diagnóstico fui un decidido defensor de reformar los aspectos negativos de nuestro Sistema –el modelo organizativo burocrático sobre todo– conservando los valores de equidad altamente estimados por nuestra ciudadanía. El Informe Abril, la reflexión más seria sobre nuestra sanidad elaborada nunca, nos animaba a ello. Las Administraciones Sanitarias de las Comunidades Autónomas más dinámicas –gobernadas por el PSOE, los nacionalistas o el PP– habían iniciado todas, con resultados alentadores, experiencias reformadoras. Otros países con sistemas sanitarios parecidos al nuestro nos estaban señalando el camino que

debían seguir las posibles modificaciones a introducir. Los cambios debían orientarse por la vía de buscar una mayor eficiencia de los servicios públicos de salud, planteada sobre las claves de separación entre los órganos que financian y los que prestan los servicios, la autonomía de los centros, la competencia regulada entre ellos y la libertad de elección de los ciudadanos. Este era mi planteamiento en 1997:

“Si los pacientes a través de su elección llevan mayores ingresos a los hospitales y servicios de Atención Primaria que les atienden, y con ello los profesionales pueden mejorar sus retribuciones, puede convenirse que estas organizaciones, dotadas de plena capacidad de gestión, se responsabilizarán todavía más de la atención que prestan, y ofrecerán servicios más personalizados, al tiempo que serán más propensas a la innovación. Además, el propio paciente mostrará un mayor grado de compromiso hacia su sistema sanitario y un sentimiento de pertenencia más acentuado.

En este esquema la elección del ciudadano debe ser el motor del sistema y no los planteamientos rígidos, y sin duda, sesgados de las burocracias.

Sin embargo, a nadie le es desconocido que los mercados, y especialmente en un tema tan sensible como el de la salud,

tienen puntos débiles. De ahí la insistencia de todas estas reformas en que la competencia en este campo tiene que estar regulada por la autoridad sanitaria, con objeto de mantener una racionalidad básica en el uso y provisión de unos recursos que son necesariamente limitados. Esta competencia no puede significar que desaparezcan recursos allí donde son socialmente necesarios.

En definitiva, hay que ser capaces de combinar la fuerza de los mercados con la fuerza de los poderes públicos, y al mismo tiempo, prevenir las debilidades de ambos”.

Sobre esas bases acometimos la reforma y conseguimos llevar al BOE los textos legales necesarios para avanzar en esa línea como fueron las Leyes de Nuevas Formas de Gestión (aprobadas por PP, PSOE, CIU, PNV y CC) y de Fundaciones Públicas Sanitarias.

Lamentablemente, desde mi punto de vista el consenso básico inicial que había tenido la iniciativa reformadora se quebró recién iniciada la andadura y el PSOE se apartó de los trabajos y dejó de apoyar su apoyo a un proyecto que necesita mucho tiempo y un gran respaldo político y social para alcanzar sus objetivos. A pesar de que en opinión del ex ministro socialista García Vargas “las Fundaciones públicas sanitarias habían sido el

intento más serio de dar autonomía a los hospitales” (Diario Médico, 01-03-01) no fue posible el consenso. ¿Por qué se opuso el PSOE a una reforma que él mismo iniciaba donde gobernaba? Yo creo que la explicación hay que encontrarla en el nivel de crispación del que salía la política nacional después de los agrios debates del final de los gobiernos de Felipe González. Lamentablemente las cosas no estaban entonces para este tipo de consensos que implican para el partido en la oposición renunciar a la rentabilidad política que normalmente se espera de la crítica al Gobierno en una materia tan sensible como la sanidad.

Lo cierto es que los frutos de nuestros propósitos reformistas se quedaron muy lejos de los objetivos. Abrimos dos hospitales con la forma jurídica de Fundación (Manacor y Alcorcón) e iniciamos la creación de las “Áreas de gestión clínica” que tan buenos resultados están dando en muchos hospitales. A su vez la Comunidad Valenciana introdujo por primera vez en nuestro país la fórmula de la concesión administrativa para encomendar a una empresa privada la construcción y gestión del Hospital de Alcira, que utiliza la población del área como si fuera público y con un buen nivel de aceptación.

Con independencia de los trabajos para la reforma hicimos en la legislatu-

ra del 1996-2000 notables esfuerzos para gestionar más eficientemente los servicios que teníamos a nuestro cargo y dar a todo el sistema el mayor dinamismo posible desde el Consejo Interterritorial. Por ser muy breve diré que en el cuatrienio la demora media para intervenciones quirúrgicas en el territorio INSALUD bajó de 212 a 57 días; que con la creación de la Agencia del Medicamento y la introducción de los “genéricos” y los “precios de referencia” dimos al Sistema instrumentos que se han revelado eficaces para contener el crecimiento del gasto farmacéutico que había alcanzado tasas inasumibles; que se sentaron las bases de un modelo eficaz de formación continuada de los profesionales y que los presupuestos para la Sanidad crecieron de 1996 al 2000 un 27% frente a un 16% de los Presupuestos Generales del Estado.

En el año 2002 se produjo un hecho de indudable importancia para nuestro Sistema Sanitario: la transferencia de los Servicios Sanitarios del INSALUD, que representaban un 40% del total, a las 10 Comunidades Autónomas que todavía no ejercían sus competencias en asistencia sanitaria. El Ministerio de Sanidad se quedó sin responsabilidades asistenciales directas (salvo en Ceuta y Melilla) pero bajo el mandato de la ministra Ana

Pastor ejerció muy brillantemente las importantísimas competencias que le quedaban para asegurar la coordinación del sistema y la igualdad de derechos sanitarios de los ciudadanos (Ley de Cohesión y Calidad), mejorar las políticas de personal (Ley de Profesiones Sanitarias) y liderar la labor preventiva y asistencial en relación con enfermedades de gran repercusión sanitaria y social como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes por medio de los correspondientes planes nacionales, etc.

En estos 10 años transcurridos desde el primer número de la Revista los conocidos factores que determinan el crecimiento de la demanda de los servicios sanitarios y el aumento de costes –envejecimiento de la población, avances médicos, altos costes de las nuevas tecnologías médicas y de los nuevos medicamentos, elevación del nivel de vida– se vieron acompañados de uno nuevo de proporciones colosales: la entrada en nuestro país de más de 4 millones de inmigrantes. Todo ello está pesando de manera considerable sobre la financiación de los servicios, a pesar de los esfuerzos realizados para mejorar los presupuestos de la Sanidad en esta larga década de bonanza económica.

En este mismo período de tiempo, y para hacer frente a esos desafíos, los dis-

tintos Servicios sanitarios autonómicos han proseguido su esfuerzo para mejorar su gestión. Tampoco han faltado iniciativas en el campo de la reforma. En Cataluña –siempre una referencia en este sector– se ensayan fórmulas que llevan la competencia interna a la fase de aseguramiento, sin que ello suponga que éste pierda su carácter de público y universal. Se trata de corregir los efectos inflacionarios del pago por servicios a los proveedores y de que las tarifas por paciente permitan una mayor eficiencia en el manejo de los recursos, aunque ello obligue a aprovechar toda la experiencia acumulada para evitar la selección de riesgos. La Comunidad de Madrid, por su parte, ha encomendado a empresas privadas la construcción de 8 hospitales y la gestión en los mismos de los servicios no sanitarios. En todas se intenta cada día gestionar mejor.

A pesar de todo, el panorama dista poco del de 1997 en lo que se refiere al modelo que rige el funcionamiento de los servicios. Ese modelo sigue siendo rígido, burocrático, desincentivador y centralista. El centralismo del sistema no desapareció con las transferencias. Se pasó de un monocentralismo a un pluricentralismo. El centralismo de Madrid se sustituyó por los de Barcelona, Sevilla, Santiago o la capital autonómica correspondiente, pero apenas se

ha avanzado en la autonomía de los Centros llevando hasta ellos la “descentralización”. Los servicios siguen sin autonomía, la implicación de los profesionales en la gestión está muy lejos de lo deseable y el sistema se revela incapaz de atender con la agilidad y flexibilidad necesarias la demanda de los pacientes que exigen cada vez más un trato personalizado. Las listas de espera siguen siendo en ocasiones inaceptables. El manejo de los recursos acusa también las ineficiencias propias de un modelo de gestión, propio de los servicios administrativos convencionales del sector público, pero muy alejado de lo que exigen las “empresas de servicios” de las que las sanitarias corresponden a su forma más compleja.

La culminación del proceso de transferencias ha hecho aparecer el riesgo de que nuestro modelo pierda valores de unidad, igualdad y equidad a los que no debemos renunciar. El liderazgo del Ministerio sobre el conjunto del Sistema, ejercido con general reconocimiento por la ministra Pastor, no ha tenido en mi opinión la continuidad deseada. A la reforma de nuestro modelo vivamente demandada por el Informe Abril y planteada en la legislatura 1996-2000 se añade ahora la urgencia de dotar al Ministerio y al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de las competencias y los

medios adecuados para asegurar el mantenimiento de algunos valores básicos de la sanidad española –equidad e igualdad– tan apreciados por el conjunto de la población. Otra vez traigo en apoyo de mi tesis la autoridad del mejor ministro de sanidad socialista: “Si no se vence la dificultad política de nuestro país para modificar el sistema sanitario, ha dicho Julián García-Vargas, estamos avocados a grandes dificultades.” (Diario Médico, 01-03-2001.) Las grandes líneas de la reforma creo que tienen que seguir siendo aquellas sobre las que teníamos los grandes consensos en el 1997, oportunamente adaptadas a los nuevos tiempos y atendida toda la experiencia acumulada desde entonces. Pero no íbamos descaminados en lo esencial. El entonces ministro británico de Sanidad, Alan Milburn, visitó España a finales de 2001 “para estudiar el modelo de gestión privada en hospitales de titularidad pública y defendió que ésa es la única salida para el sistema de salud británico”. Se trataba a su juicio de seguir en el Reino Unido “un esquema semejante al que existe en muchos países europeos y en algunos hospitales públicos españoles de nuevo cuño, como el de Alcorcón (Madrid)”. (Diario El País, 16-01-2002.)

La experiencia nuestra, en efecto, no era mala. Con reiteración, en los estudios que

evalúan la calidad asistencial, “predominan en los primeros puestos aquellos que tienen fórmulas de gestión mixta, es decir, que siendo de titularidad pública, aplican métodos de gestión sometidos al derecho privado”. (Diario El País, 27-10-2000.)

Los hechos, sin embargo, nos enseñan también que nada se podrá hacer desde luego con efectos profundos y duraderos en este campo si no se consigue el más amplio consenso entre los principales actores políticos, los profesionales implicados y los agentes económicos y sociales. El acuerdo debe ser también naturalmente sobre el método, y ahí el gradualismo y la negociación constante serán si duda requisitos indispensables dada la magnitud y la duración del empeño.

Ya para terminar estas apretadas reflexiones quiero expresar mi deseo de que los responsables sanitarios tengan en los próximos años el coraje y la determinación imprescindibles para hacer de verdad de nuestro sistema sanitario, con las necesarias reformas, uno de los mejores del mundo. Tenemos una base con fortalezas –la calidad de los profesionales y los buenos equipamientos existentes– y debilidades –la organización burocrática y monopolista–. Nuestras propias experiencias y las de otros países nos marcan el camino. Hace falta unidad, decisión, prudencia y constancia. ¡Que no nos falten!

Para que eso pueda tener lugar espero que pronto superemos en España la crispación política actual y se puedan hacer en éste y en otros campos del máximo interés, políticas de Estado que requieren grandes acuerdos.

Sólo me queda agradecer a la Revista de Administración Sanitaria su nueva y amistosa acogida y hacer votos para que todos, al servicio de la mejor sanidad de los españoles, estemos a la altura de las circunstancias.

