
El Sistema Nacional de Salud dos años después de completado el proceso transferencial

Gabriel M.º Inclán Iribar
Consejero de Sanidad

Introducción

Para comenzar, y antes de entrar más a fondo en materia, quisiera decir que, desde mi punto de vista, la transferencia sanitaria no tiene por qué suponer un gran cambio de nuestro sistema sanitario, al menos por lo que respecta a su misión, visión y valores, mientras que, sin duda, los retos del envejecimiento, del desarrollo tecnológico y del equilibrio presupuestario sí van a tener un impacto en el futuro de la sanidad en Europa.

Y me explico. El fenómeno del envejecimiento, conquista social irrenunciable, es común en Europa occidental y se estima que su repercusión en el crecimiento del gasto sanitario supondrá un incremento de 2,8 puntos en la participación del producto interior bruto (PIB) a nivel estatal, entre 2000 y 2050⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Estudio sobre financiación sanitaria, Fundación BBV.

En nuestra Comunidad, si analizamos las altas hospitalarias observadas y previstas en los hospitales de agudos de Osakidetza, servicio vasco de salud, en el período 1993-2003, su tendencia alcista es a costa de las personas mayores de 65 años, mientras que los menores de esa edad son estables en su demanda de hospitalización.

Además, la complejidad de las altas hospitalarias, lógicamente, también crece a costa de los mayores de 65 años. Si hasta el año 2001 el total de pesos GRDs consumidos por las personas mayores en los hospitales de agudos de Osakidetza estaban por debajo del resto, a partir del 2002 se han puesto ya por encima.

Por lo que respecta a los avances tecnológicos, también hay que prever, como parece demostrar el análisis de lo ocurrido en el sistema en años anteriores, su creciente incidencia en los costes, al ser previsible un crecimiento difícilmente

controlable y la inevitable incorporación al arsenal diagnóstico y terapéutico de tecnologías ya conocidas y de otras por descubrir. Sirva como referencia una de las conclusiones de un estudio realizado por el *National Health Service* en 2002: “se estima que las nuevas tecnologías sanitarias y los avances médicos incrementan anualmente el gasto sanitario aproximadamente en un 2% (1,9-2,9)”.

Pero, por lo que respecta a la otra de las razones aludidas para prever un gran cambio en nuestro sistema (la descentralización), hace ya bastantes años que una buena parte de las Comunidades Autónomas venimos ostentando las competencias en materia sanitaria y, desde luego, no creo que los grandes principios rectores de nuestro sistema se hayan visto afectados negativamente. La solidaridad interterritorial se ha mantenido, al igual que el concepto de Sistema Nacional de Salud (SNS) y, en todo caso, lo que ha pasado es que la gestión y los resultados de nuestra actividad han mejorado. Y así debía ser porque, de lo contrario, las transferencias no hubieran tenido ningún sentido. Luego daré algunos ejemplos de lo que ha ocurrido en este sentido en nuestra Comunidad.

Y si esto ha sido así con el sistema descentralizado en un 60%, no tiene por qué ser diferente tras la transferencia del

100%, al menos no más allá de los cambios que requiera un nuevo planteamiento de las funciones que debemos desempeñar unos y otros para conseguir un desarrollo coordinado y a la vez respetuoso con un Estado autonómico y descentralizado.

Así lo demuestran los resultados que recientemente se han obtenido de la evaluación de estas prestaciones en las diferentes autonomías, que han concluido que dicha diversidad no parece ser relevante y que, en lo que al derecho a la protección de la salud se refiere, no existe una conflictividad importante entre Autonomías⁽²⁾.

En este contexto, desde nuestro punto de vista, el Ministerio debería ejercer una mínima interferencia y su papel, cuando sea necesario y justificable, debe ser el de aportar valor al proceso, valor que en la mayoría de los casos debe quedar circunscrito a la coordinación entre Autonomías. Pero esto no quiere decir que la función del Ministerio carezca de importancia. Bien al contrario, pensamos que a su papel de coordinación (que no sustitución encubierta ni redefinición de puestos para hacer lo mismo) se le suma el de liderar una adecuada transposición de las directivas europeas en los aspectos de legislación básica, de tomar la iniciativa

⁽²⁾ López Casanovas, et al. Fundación BBVA, 2001.

para que, con los consensos necesarios, establezcamos el marco y las reglas de juego del sistema en el futuro, por ejemplo en lo que se refiere al catálogo de prestaciones, la cohesión interterritorial o la política farmacéutica y, en definitiva, para crear un espacio de compromisos y consensos que, respetando la autonomía y competencias de cada uno de los gobiernos autónomos, asegure la coherencia y viabilidad del sistema en su conjunto.

La experiencia de Euskadi

Decía antes que les iba a ofrecer algunos datos de la evolución vivida en el sistema sanitario vasco desde que se completó el proceso de transferencias en materia sanitaria. En nuestro caso hace escasamente unos días que hemos celebrado el 20 aniversario de Osakidetza.

Posteriormente, la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi se aprobó el 29 de junio de 1997 en el Parlamento Vasco y puede ser considerada como el hecho más importante en el plan de reforma y modernización de la sanidad vasca en los últimos años para dar respuesta al problema de un futuro inestable. La clave de dicha Ley, en contra de lo que podría pensarse, no son los grandes principios de universalidad, equidad y solidaridad, en la medida en que se encuentran re-

cogidos en todas las normativas. Desde nuestro punto de vista la clave de nuestra Ley radica en su apuesta por la calidad y eficiencia del sistema sanitario.

En ese sentido, creo que es necesario ilustrar con algunos datos significativos a qué me estoy refiriendo.

Evolución de la actividad asistencial y eficiencia en la gestión en el período 1992-2001

El incremento de la actividad asistencial se refleja en los siguientes indicadores:

– El número de altas en hospitales de agudos de Osakidetza se incrementó un 38,23 %.

– En 2001 el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en Osakidetza casi dobló (91,25 %) a las realizadas 10 años antes, destacando el incremento de la cirugía mayor ambulatoria que ha pasado en apenas dos años a alcanzar el 42 % de toda la cirugía mayor que hacemos en nuestra red.

– Por otra parte, se atendieron en 2001 un 47,95 % más urgencias que en 1992, con un incremento constante en torno al 5 % anual.

– En cuanto a consultas externas de especialidades, las efectuadas en 2001

(3.261.738) supusieron un 153,9% más que las vistas en 1992.

Evidentemente, este elevado incremento de actividad hospitalaria no habría sido posible si no se hubiera visto acompañado de un importante nivel de eficiencia y calidad en la atención sanitaria.

– Así, la estancia media de los pacientes ingresados en hospitales de agudos de Osakidetza se ha reducido a la mitad, pasando de 11,41 días en 1992 a 6 días en 2001.

– Esto supone que, a pesar del importante incremento de enfermos ingresados, ha sido posible reducir el número de camas en un 16,88%.

– Además, si en 1992 la demora media en lista de espera quirúrgica era de 165,89 días, en 2001 dicha demora fue de 53,67 días. Y más importante que el dato puntual es que, desde 1997, la demora media se sitúa anualmente por debajo del objetivo fijado en un máximo de 60 días.

Con todo, y a pesar del incremento espectacular de la actividad y, en parte, debido a esa indudable mejora de la eficiencia, en el período 1992-2001, el gasto sanitario público en la Comunidad Autónoma de Euskadi experimentó un crecimiento contenido, pasando de 180.071 millones de pesetas en 1992, a 304.954 millones de pesetas en 2001. Ello supone un incre-

mento medio anual de un 6,1% en pesetas corrientes (2,7% en pesetas constantes) que, en todo caso, se encuentra por debajo del crecimiento medio del PIB de Euskadi, que es de un 6,99% en pesetas corrientes y un 3,6% en pesetas constantes. Entre otras cosas, esto quiere decir que, en relación con la media estatal, nuestro PIB por habitante es superior a la vez que es inferior el porcentaje que destinamos a sanidad.

En todo caso, el análisis de estos datos nos permiten adelantar las siguientes conclusiones:

1. El gasto sanitario tiende a un crecimiento en el que no se observa ningún rasgo de involución (al menos mientras no introduzcamos nuevos mecanismos de ordenación), sobre todo si se analiza conjuntamente con la evolución creciente y aparentemente imparable de la actividad asistencial.

2. Por su parte, este crecimiento del gasto sanitario, en los 10 años analizados, ha estado acompañado de altas cotas de eficiencia que, en todo caso, cada vez tienen menos margen.

3. La apuesta por la calidad ha sido el aspecto más decisivo en la obtención de resultados porque, en realidad, todos los datos a que me he referido hasta ahora son indicadores de calidad. Me detendré brevemente en este punto.

En Osakidetza la apuesta decidida por la calidad se adoptó ya en 1992 y ha impregnado todo el quehacer de nuestros centros sanitarios.

Así, tenemos implantado y utilizamos el modelo europeo de excelencia en gestión de calidad total. Es de destacar que esta apuesta ha tenido carácter pionero entre las Administraciones públicas del País Vasco y entre los servicios autonómicos del SNS.

Hasta aquí, los datos que creo que son necesarios para que podamos valorar dónde estábamos no hace tanto tiempo y dónde estamos ahora.

Las claves del futuro

Pero, quizás, lo más importante de todo, una vez vista la evolución de los últimos años que nos ha conducido al escenario actual, es el análisis de a qué vamos a tener que hacer frente en adelante y cómo vamos a hacerlo. Creo que todos estaremos de acuerdo en que los principales retos que pueden llevar a la necesidad de abordar cambios son el envejecimiento de la población (no en sí mismo, sino en relación con el aumento de las posibilidades para hacer frente a las patologías añadidas que presenta), el desarrollo tecnológico (incluido, por supuesto, el farmacéutico), el avance

hacia un cierto grado de convergencia europea y, por último, la estabilidad presupuestaria junto con una mejora de los engranajes internos del sistema.

El concepto global

Creo conveniente, antes de nada, recordar que los avances conseguidos hasta ahora ni son casuales, ni el simple resultado de una inercia; son, por el contrario, reflejo de la preocupación y el compromiso que, desde luego en nuestro caso, siempre nos han impulsado a desarrollar políticas que ofrezcan un medio social cohesionado y democrático.

Nuestra idea es que para que una sociedad pueda ser estable y próspera debe llevar a cabo una política social global y coherente, bajo los principios básicos de la equidad y la defensa de los grupos más vulnerables, el concepto de que todos cuantos vivimos en este país somos sujetos de derechos y de que la convivencia sólo es posible cuando somos capaces de cubrir adecuadamente las necesidades básicas de la población.

Dicho de otro modo: el derecho a la salud forma parte integral e indisoluble de la protección de los derechos humanos. Y esta es una idea que se sustenta y está avalada en múltiples foros. Desde el Juramento Hipocrático, que es consi-

derado por algunos como la primera declaración de defensa de los derechos humanos, pasando por la Carta Social Europea, que data de 1961, el Tratado de Maastricht o la segunda Cumbre de Jefes de Estado del Consejo de Europa celebrada en 1997, se reconoce que la protección de la salud, la educación sanitaria y las medidas preventivas se encuentran entre los derechos sociales de los ciudadanos europeos y forman parte constituyente de las políticas de la Unión Europea, de tal manera que la sanidad es parte indivisible de su construcción.

Incluso el Preámbulo de la Organización Mundial de la Salud proclama la contribución de la sanidad “a las relaciones armoniosas y a la seguridad de todos los ciudadanos”.

El ámbito de la gestión de las personas

Pero esta visión filosófica, ética y, en cierto modo práctica del papel que a nuestro entender deberá seguir desempeñando el sistema sanitario quedaría mutilada si no hacemos frente a otros retos, digamos “más pedestres” y vinculados con la gestión diaria que, en mayor o menor medida, nos afectan a todos. Me refiero particularmente al de la gestión de las personas.

En nuestra opinión, la sanidad (la vasca también), está amenazada por una situación de conflicto con sus trabajadores, especialmente tensa con los colectivos de médicos y de enfermería. En la base de la conflictividad que se está gestando existe, de manera explicitada por los profesionales, una reivindicación salarial acompañada de mejoras en las condiciones de trabajo, el reconocimiento del desempeño, etc.

Además, desde la Unión Europea están surgiendo directrices cuya transposición a nuestra normativa pueden suponer cambios organizativos generadores de gasto (guardias médicas, jornada, etc.).

Y desde la Administración del Estado, la recientemente aprobada Ley de Cohesión y Calidad y las otras dos que se están gestando (Estatuto Marco y Ordenación de Profesiones) van a introducir importantes novedades como la carrera profesional.

Ante esta situación apostamos por adoptar una posición contraria a la meramente defensiva. Por ello, creemos que es necesario acometer –al menos nosotros lo estamos haciendo– una serie de proyectos estratégicos, entre los que me referiré a los de política de recursos humanos, la gestión clínica y el desarrollo profesional. Y ello porque pensamos que la eficacia de la sanidad, la calidad de la atención al paciente y la satisfacción de

los profesionales están basadas en tres factores clave: una organización eficaz, unos recursos humanos integrados y unos profesionales motivados.

Y, por tanto, es imprescindible adelantarse y ser proactivo en el diseño de una política de recursos humanos que, dentro de la política general de los gobiernos y de las posibilidades presupuestarias, sea capaz de orientar en el mismo sentido los objetivos del sistema y los de sus trabajadores.

A partir de este punto, las políticas de gestión de las personas que proponemos se orientan a su adecuación con la organización, al desarrollo profesional, al reconocimiento diferenciado de las aportaciones, etc. En definitiva, hacia un cambio hacia el modelo de gestión clínica y de desarrollo profesional.

La gestión clínica la entendemos como la búsqueda de un grado de autonomía equilibrado y enmarcado dentro de los objetivos de la organización, en el que los profesionales puedan, además de desarrollar sus conocimientos clínicos, gestionar los recursos disponibles, teniendo como objetivo final el mayor grado posible de eficiencia y calidad.

Por su parte, el modelo de desarrollo profesional tiene como objetivo primordial motivar a los facultativos hacia la mejora permanente y el crecimiento a

través de la corresponsabilidad de profesionales, gestores y la organización, de la progresión dentro de la propia profesión, del desarrollo creciente y del reconocimiento del desempeño a través de la vinculación a criterios objetivos.

Confiamos en poder poner en marcha estos nuevos proyectos en breve, una vez que su diseño por los correspondientes grupos de trabajo ha concluido y, en todo caso, trabajaremos para que las leyes básicas aprobadas y en curso los faciliten.

El marco político

Por último, el envejecimiento de la población, las tecnologías emergentes, el desarrollo de la industria farmacéutica, las nuevas modalidades de tratamientos mucho más costosos que el valor añadido que producen, junto con las a veces justas y a veces no tan justas reivindicaciones de profesionales y ciudadanos, en un marco de presión fiscal en España del 36 %, frente a más del 50 % en el norte de Europa para hacer frente a las mismas o mejores prestaciones, son los principales retos que se nos plantean y que, a mi entender, obligan a una reflexión europea o, al menos, estatal para definir los límites en los que será posible que el sistema sanitario se pueda desenvolver sin poner en riesgo su supervivencia.

En todo caso, en mi opinión, el gasto en sanidad deberá continuar aumentando, tanto para dar acceso a los nuevos tratamientos médicos que se demuestren eficaces como para facilitar una adaptación de las organizaciones a las expectativas razonables de los profesionales. Lo que habrá que ver es hasta dónde podemos llegar sin afectar al resto de las políticas públicas.

Pero se está haciendo ya urgente trabajar para alcanzar un gran pacto político y social que, respetando la diversidad, configure un modelo básico que todos debamos cumplir, razonablemente dimensionado en función de las necesidades y posibilidades y que imposibilite que las veleidades que se puedan dar acabemos pagándolas entre todos. Desde el punto de vista de la prevención, estamos convencidos de que establecer claramente las reglas de juego, los límites razonables y los mecanismos de desarrollo basados en la evidencia científica sería francamente saludable para el país, para la ciudadanía, para el sistema, para los profesionales y para la industria.

Conclusión

Tras todos estos datos y consideraciones concluiré diciendo que tenemos que insistir en la potenciación de un sistema

que persiga con ahínco un objetivo igualitario. Hemos dado pasos significativos para que nadie, en razón de su condición u origen, reciba atención sanitaria distinta a la que precise en función de sus necesidades y para contar con unas prestaciones amplias provistas con notables niveles de calidad. Nuestra idea al respecto es que hay que seguir impulsando estrategias que protejan la salud de la población a través de la mejora de las condiciones del sistema pero, a su vez, controlando que aquéllas que se adopten respondan a una evaluación previa que pruebe científicamente sus teóricas aportaciones añadidas.

Además, desde el punto de vista interno, deberemos afanarnos en la puesta en práctica y el fomento de iniciativas tendentes a la expansión de la gestión clínica y el desarrollo profesional como mecanismos de mejora de la eficiencia, participación y clima laboral, en el marco de las posibilidades legales y presupuestarias que nos condicionan indudablemente.

Y todo esto no quiere decir que necesitemos un calendario de actuaciones en el sentido ordinario, porque las reformas no son un simple acto de reconstrucción, rehabilitación y reorganización. No son acciones episódicas. Son procesos a largo plazo, dirigidos a la mejora de generaciones futuras. Yo creo que sería me-

jor dejar de hablar sobre continuas reformas para comenzar a hacerlo sobre mejora continua de la práctica cotidiana, basada en el permanente enriquecimiento de la evidencia y el conocimiento.

Podríamos escenificar este pensamiento en términos de maratón, donde la participación de todos los actores so-

ciales sea tan importante como alcanzar la meta, una meta lejana pero posible de una Europa saludable porque, después de todo, la cohesión social, siendo una preocupación común, no será más que un término vano si no conseguimos llevar adelante políticas prácticas para hacerlo realidad.

