
Una nueva legislatura para el Sistema Nacional de Salud

Francisco de Asís Babín Vich

Exdirector General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Director del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Como resultado de las últimas elecciones autonómicas un importante número de nuevos Consejeros se incorporan a la tarea de cuidar la salud de los ciudadanos de cada territorio.

La condición de Consejero de Sanidad en sus distintas denominaciones territoriales, conlleva no sólo la inestimable tarea de cuidar la salud, promocionar los hábitos de vida saludables y perseverar en el mantenimiento de un sistema sanitario curativo y paliativo a la altura de los mejores, sino que otorga también la oportunidad de colaborar en la conformación del modelo de Sistema Nacional de Salud, a través de la representación que ostentan, de su Comunidad Autónoma, en la conferencia sectorial de salud, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Lo político y lo técnico en el Sistema Sanitario

España es un Estado constitucional y democrático, de tal modo que los cargos políticos derivan de un proceso electoral que otorga la confianza de la mayoría para gobernar a un determinado grupo político o conjunto de opciones políticas.

El requisito, por tanto, para ser Consejero o Ministro en un área de la administración es gozar de la confianza de los administrados y la tarea a desarrollar, la referida en el programa electoral que sirve de compromiso ante los ciudadanos.

No obstante esta condición no cualifica necesariamente para la toma de decisiones en salud. Si así fuera bastaría, en principio, con la constitución de los gobiernos para garantizar la efectividad de las distintas

acciones o actividades, y esto no es así. La sociedad se ha dotado de cuerpos de técnicos cualificados para desarrollar las acciones de la administración, que se concretan en el mantenimiento y la mejora del servicio público, dentro de los conceptos generales del modelo de Estado consagrado por la Constitución y las normas que la desarrollan.

En este “juego” de poderes e intereses las cuotas de responsabilidad y acción, entre políticos y técnicos, deben estar perfectamente delimitadas, de tal modo que la responsabilidad última de la decisión recaerá, siempre, sobre los políticos que han recibido el mandato de gobernar, mientras que los técnicos deben asesorar lealmente al político sobre las opciones que mejor sirvan, en cada caso, para instruir su decisión, con total libertad para el enunciado de las mismas.

Sólo contrastando unas decisiones técnicas documentadas, libres y transparentes, en sintonía o por oposición a las decisiones políticas y a la vista de los resultados obtenidos (necesariamente medidos por parámetros objetivos), se puede lograr que la evaluación de la acción política que ejecuta la ciudadanía (a través de los parlamentos o en el momento de las

elecciones), esté basada en lo acertado o desacertado de la acción de gobierno, de un modo real.

Por otro lado, la acción política en salud pública está ligada al concepto de autoridad, siendo interesantes los modelos que separan el ejercicio de la misma del análisis de los determinantes de la salud y del diseño y evaluación de los sistemas de información sanitaria, ya que de esta separación, si es real, surge la oportunidad de confrontar de un modo más objetivo el resultado de la función técnica frente a la toma de decisión política. Esto no significa que los técnicos puedan desentenderse de la acción política, mas al contrario todos habrán de estar en línea para poder cumplir el programa de gobierno. Lo que significa realmente es que el técnico tiene que actuar con independencia a la hora de evaluar los resultados y el estado de salud de la población, informando de la misma manera de las alternativas posibles para corregir los riesgos, minimizar las inequidades y mejorar dicho estado de salud.

La coordinación sanitaria

La coordinación sanitaria no es ajena al concepto que se tenga de

modelo de Estado por cada una de las partes a coordinar (administración del Estado y de las diversas autonomías). Por ello, en tanto se mantenga la dinámica actual tendente a la disminución de la solidaridad interautonómica, a la exaltación de la diferencia y a la anteposición de los intereses (políticos, que no ciudadanos) de las minorías, la oportunidad de lograr un modelo equilibrado en cualquier ámbito de la acción administrativa es altamente improbable.

De este modo, la sanidad paga también las consecuencias de la inseguridad en la que se desarrolla el modelo general de cooperación y coordinación interautonómica. La situación es grave, y se hace más acuciante cuando surgen situaciones de “crisis sanitarias” en las que la medida de la coordinación alcanzada se ve fácilmente trasladada a los debates sobre el método aplicado para el control del problema.

Esto ha llevado a que algunos empiecen a cuestionar el modelo de transferencias sanitarias, y se ha llegado a proponer la reversión de competencias autonómicas a la Administración del Estado, como en el caso de la salud pública.

Sin embargo, la propia salud pública y el conjunto del Sistema Nacio-

nal de Salud han alcanzado un nivel de desarrollo y recursos tras las transferencias (o la agrupación de las mismas desde las entidades locales en las Comunidades Autónomas, como en el caso de la salud pública) nunca antes conocido. Por ello propugnamos el mantenimiento de la actual distribución competencial, pero introduciendo correcciones que garanticen los necesarios desarrollos “en red” de determinados sistemas, ejerciendo cada administración el papel que le otorga la legislación, sin dejaciones ni “marchas atrás”.

Para ello será necesario introducir cambios no en los enunciados, sino en los instrumentos de coordinación. La Ley General de Sanidad (LGS) crea un modelo de conferencia sectorial (CISNS) basado en la voluntad de llegar a acuerdos, y por tanto funcionando a través de consensos. En caso contrario la oportunidad de que se caiga en un desarrollo disarmónico e inequitativo de los sistemas de salud autonómicos es muy grande.

Pues bien, el CISNS nunca, desde su creación en 1986, ha conseguido un grado de consenso ideal, si bien en algunas de sus diferentes áreas

temáticas el número de acuerdos alcanzados (por ejemplo salud pública) han hecho de sus respectivas Comisiones elementos más o menos operativos.

De unos años a esta parte consideramos que el CISNS se ha convertido en un escenario de confrontación y conflicto políticos, muchas veces no exento de demagogias, que lo hacen menos operativo aún, lo que nos debe motivar para encontrar soluciones aceptadas por todos para mejorar sus dinámicas y hacer que se garanticen unos mínimos acuerdos que permitan mantener las señas básicas de identidad del sistema y su sostenibilidad, dentro de parámetros de calidad adecuados, garantizando el derecho a la libre circulación de profesionales en el conjunto del Estado y manteniendo en todo caso la equidad.

En la actual situación es poco probable que se alcancen pactos en cuestiones fundamentales si no se introducen cambios en el modelo general de coordinación Estado/Autonomías y cambian simultáneamente “las reglas del juego”, en el modo de adopción de los acuerdos, abandonando el consenso como único método de adopción de los mismos.

La financiación

La financiación es importante, pero más porque su falta es la excusa para la ruptura del consenso que porque sea imprescindible para cualquier acuerdo que se adopte como ahora se plantea.

Obviamente deben existir fondos de cohesión y sistemas de financiación que garanticen la equidad y amparen la introducción en la cartera de nuevos servicios, pero la evidencia demuestra que en este momento las autonomías y el propio Ministerio de Sanidad y Consumo están lanzados a una carrera de ofertas, en las que poco tiene que ver la transferencia de fondos específicos para las nuevas acciones, sino la voluntad de marcar la diferencia en todos los temas, incluidos aquellos en los que se había logrado alcanzar una sistematización en el modo de adopción de los acuerdos que garantizara los resultados alcanzados.

Con la financiación viene ocurriendo lo mismo que con las transferencias; siempre hay voces que pugnan por volver atrás. Ya nos manifestamos en desacuerdo con esas posiciones en cuanto a las transferencias, y lo mismo opinamos cuando

se habla de financiación, pues está demostrado que las conferencias sectoriales correspondientes alcanzan acuerdos de financiación que son sistemáticamente criticados por los responsables de la rama sanitaria, por lo que habrá que deducir que el problema fundamental estriba en el porcentaje del índice de precios al consumo (IPC) que, no sólo el Estado, sino las Comunidades Autónomas están dispuestas a aplicar al mantenimiento y recuperación de la salud.

Dicho esto, lo que ya no admite más dilación es la necesidad de definir el techo sostenible de la financiación, asumiendo que ha de ser coherente con la cartera de servicios mínimos, y que se debe ver incrementado cuando ante una nueva necesidad objetiva la cartera de servicios varíe.

Igualmente deberíamos trabajar mucho más el espacio del gasto dedicado a lo innecesario, superfluo o no contrastado con evidencias científicas relevantes, ya que es obvio que el rasero no es el mismo para la tecnología o la farmacopea curativa que para la preventiva; para el gasto farmacéutico que para la tecnología, ni para las infraestructuras que para la formación de pregrado y postgrado.

En este sentido, el hecho de que desde la salud pública nos hayamos erigido en “guardianes del método”, por el mejor conocimiento de la epidemiología y de la estadística, paradójicamente está perjudicando el desarrollo de la cartera de servicios preventivos.

Por último, y también muy relacionado con la financiación, deberíamos alcanzar un acuerdo sobre qué niveles de calidad le vamos a pedir al sistema. Hemos alimentado durante mucho tiempo la fantasía de la vida eterna, más tarde la de la ausencia de lista de espera quirúrgica; en esta legislatura probablemente alimentaremos en la mente de los ciudadanos la fantasía de que toda espera diagnóstica es intolerable y corremos el riesgo de tener que financiar un sistema de servicios de salud omnímodo y omnipotente abocado necesariamente al fracaso tanto en salud como en materia financiera.

El pacto de Estado por la Sanidad

La necesidad de un pacto de Estado es patente y se deriva de todo lo manifestado hasta aquí, porque es inverosímil pensar que se va a con-

seguir un sistema equilibrado sin ese pacto que permita redefinir en parte las reglas del juego, o el modo en que se mantiene actualmente el diálogo que habría de desembocar en una mejor coordinación.

Sin embargo, somos escépticos con relación a que el pacto de Estado se pueda ni siquiera plantear por dos razones: la deriva que se ha facilitado, hacia la ruptura de consensos básicos presentes desde la transición democrática, y la actual crispación a la que contribuyen todos los principales grupos políticos, lo que lleva a convertir cualquier oportunidad de encuentro en una nueva ocasión para el enfrentamiento.

Los posibles elementos básicos de un pacto por la salud de la población deberían contener entre otros la financiación, la cartera de servicios, las infraestructuras, los profesionales (acceso, carrera profesional, etc.), el modo de adopción de los acuerdos y el grado de vinculación a los mismos y de un modo específico el sistema de vigilancia en salud como herramienta fundamental para el conocimiento del estado de salud de la población, básico para la adopción de decisiones con suficiente base documental.

Los recursos humanos

Todo responsable sanitario sabe que es imposible mantener un buen sistema de servicios de salud sin contar con los profesionales. En el momento actual, quizás la carencia de los mismos en algunos grupos y especialidades sanitarias sea uno de los grandes problemas para seguir avanzando.

No obstante, en el campo de la salud pública y la administración sanitaria las carencias de profesionales de cara al futuro podrían producirse por más factores que aquellos que influyen con carácter general. Concretamente, el personal dedicado a la salud pública en cada una de sus titulaciones básicas no suele ser tenido en cuenta en los acuerdos de mejora del desempeño, salvo honrosas excepciones. Esta situación, en sintonía con el “hospitalocentrismo” que vive el sistema, así como la consideración social de los distintos roles, debe cambiar si queremos un sistema atractivo para la incorporación de nuevos profesionales.

La comunicación en salud pública

Es, como reza la encuesta que se ha cursado a los distintos Consejeros,

“otro de los grandes problemas o de los grandes triunfos que siempre tiene un político sanitario”. La oportunidad casi permanente de que puedan producirse situaciones de “crisis sanitarias” es una espada de Damocles que pende siempre sobre la gestión, independientemente de la calidad técnica del trabajo efectuado y de las decisiones adoptadas, ya que la variabilidad de los fenómenos biológicos y las incertidumbres que generan las nuevas tecnologías son suficientes para sumirnos en una crisis en cualquier momento, por muy bien que se hagan las cosas.

Por otra parte, los medios de comunicación no crean las crisis, en todo caso tienden a mantenerlas en función de la supuesta gravedad y la gestión que perciban que se hace de las mismas. Por tanto, achacar a los medios de comunicación las crisis es tanto como buscar una buena justificación, fuera de la gestión, para las próximas que hayan de ocurrir.

Otra cosa es que la percepción, real o imaginaria, de una situación de crisis por parte de los medios de comunicación esté basada muchas veces en déficits de formación del periodista, como reflejo de lo que la propia población piensa (incluidos los políticos y

los profesionales sanitarios) en relación con el mantenimiento de su salud. En este contexto es evidente la necesidad de profundizar en la formación de los periodistas en los temas de salud, para conseguir percepciones más ajustadas a la realidad.

Por último, la demagogia en salud pública acarrea uno de los efectos que a los periodistas y a la población más ocupan y preocupan, exacerbando la percepción de riesgo al producirse declaraciones contradictorias desde diversas fuentes supuestamente cualificadas, contribuyendo a dar la sensación de que la situación está fuera de control.

A modo de conclusión

Probablemente estemos en una encrucijada de causas muy distintas, pero de efectos muy similares a la que llevó a la práctica extinción de las infraestructuras de salud pública en España a mediados del siglo XX, coincidiendo con el advenimiento de los grandes hospitales y el sistema general de previsión. Aquella situación fue “puesta en solfa” sólo unas décadas más tarde con el síndrome del aceite tóxico, *la colza*, que supuso una prueba de fuego terrible y

el renacimiento de los servicios de salud dedicados a la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades.

Para que nunca más nos encontremos ante situaciones similares será

necesario reconducir muchas de las circunstancias de orden general y sanitario que, simplemente, se han hecho mal. Aún debería ser tiempo de no tener que lamentar después no haberlo hecho.

