
La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007-2011)

Javier Elola Somoza
Director de Elola Consultores

Agradezco a Francisco Sevilla, mi admirado amigo, y a la *Revista de Administración Sanitaria* (RAS) que se hayan acordado de mí para solicitar esta colaboración en el número monográfico sobre las políticas sanitarias que se puedan desarrollar por las Comunidades Autónomas que han celebrado elecciones el pasado mes de mayo.

Los nuevos Consejeros y Consejeras de Salud se encontrarán con viejos problemas de nuestro Sistema Sanitario público: calidad, eficiencia, etc., pero en un entorno –por diversos motivos, algunos de ellos señalados en esta colaboración– más exigente que la anterior legislatura que, a mi juicio, obligará a afrontarlos.

La RAS ha establecido un marco de temas en el cuestionario sometido a los Consejeros y las Consejeras de Salud, que es el mismo que aplica a esta colaboración; todos los temas me parecen relevantes, si bien

me he permitido centrar mi respuesta en dos de ellos: los aspectos económicos y los relativos a la cohesión sanitaria.

El marco económico

Confieso que el primer dato que consulté cuando recibí este encargo, a finales de junio, fue el escenario macroeconómico que el Gobierno y las agencias multilaterales prevén para nuestro país durante el período 2007-2011. Una situación económica holgada permitirá un mayor margen de maniobra a los nuevos Consejeros y Consejeras, mientras que un menor ritmo de crecimiento económico puede obligar a toma de decisiones que tienden a posponerse en tiempos de relativa abundancia. Tanto el Fondo Monetario Internacional¹ (FIM) como el Gobierno² coinciden en pronosticar un crecimiento del producto interior bru-

to (PIB) en el entorno del 3,5% anual, lo que, en principio, parecería proporcionar a los nuevos Consejeros y Consejeras un período de relativa bonanza, aunque con un crecimiento algo menor (“aterrizaje suave”) al disfrutado en los 4 ejercicios anteriores.

¿Es, sin embargo, tan halagüeño el marco económico que van a tener los nuevos Consejeros y Consejeras? Creo que no por varias razones que expongo a continuación.

El informe del FMI de marzo de 2007 señalaba que existían “algunas nubes” en el escenario macroeconómico de nuestro país. Una de estas nubes –el endeudamiento privado, en este caso el de las familias a través de sus hipotecas– ha empezando a descargar en los Estados Unidos en agosto de 2007. No se pueden establecer paralelismos entre los sectores de la vivienda e hipotecario en Estados Unidos con el de España, y el FMI se abstiene de pronosticar sobre el grado de “suavidad” o “brusquedad” del aterrizaje en nuestro país. Nube de verano, gota fría o huracán es difícil de pronosticar, pero es probable que algún efecto negativo tenga sobre las previsiones de crecimiento económico de nuestro país.

El peso del gasto sanitario público sobre el PIB (por no comparar en euros per cápita en PPP –Paridad del Poder Adquisitivo–) es, en España, notablemente inferior al de otros países de la Unión Europea con sistemas sanitarios basados en el esquema “Servicio Nacional de Salud” (5,8% frente al 7,2% del reino Unido o el 7,7% de Suecia, por ejemplo)⁽¹⁾. Aumentar el peso del gasto sanitario público se podría hacer redistribuyendo recursos o aumentando los ingresos. Por un lado, la redistribución de recursos no debería provenir del resto de los gastos sociales, pues como es sabido el gasto de protección social en España es notablemente inferior al de los países desarrollados de la Unión Europea³ (20% en España frente al 26,3% del Reino Unido o 32,9% de Suecia) y la reciente Ley de Dependencia⁽²⁾ requiere, para su desarrollo, de una importante aportación de recursos por parte del estado y de las Comunida-

⁽¹⁾ La misma afirmación es aplicable al peso que el gasto sanitario público tiene sobre el total del gasto sanitario en España (71,4%) –habiendo perdido peso en los 10 últimos años–, frente al resto de los países europeos con Servicios Nacionales de Salud (87,1% Reino Unido; 84,6% Suecia).

⁽²⁾ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

des Autónomas. Por otro lado, el aumento de los impuestos no parece contar con excesivo apoyo político ni popular, por lo que el incremento del gasto sanitario público sobre el PIB probablemente debería basarse en aumentos marginales de su peso en los presupuestos públicos, lo que sería más factible en un contexto de crecimiento económico vigoroso que en un escenario de “aterrizaje”, aunque éste sea suave.

La probablemente menor disponibilidad de recursos para la inversión agudizará la exigencia (económica, política y moral) de pensar muy bien en cómo se van a aplicar aquellos de los que se pueda disponer para ganar efectividad desde el punto de vista de la salud, de la calidad, de la eficiencia y de la percepción del paciente. Invertir en sanidad no debería tener como exclusivo sinónimo invertir “en ladrillo” –la construcción de edificios (hospitales, centros de salud, etc.) sanitarios–. El debate sobre la capitalización del Sistema Nacional de Salud (SNS) está, todavía, pendiente en la agenda política del sistema.

La segunda razón para pensar que un crecimiento interanual del PIB, incluso del 3% o ligeramente superior, como el pronosticado por el Gobier-

no y el FMI, tampoco permitirá un gran margen de maniobra a los nuevos Consejeros y Consejeras; es demográfica. El crecimiento de la población española, empujado por el fenómeno migratorio, ha sido ligeramente superior al 1% interanual en los 10 últimos años⁴. Si a este crecimiento le añadimos el fenómeno del envejecimiento poblacional, el crecimiento interanual agregado de la demanda de servicios sanitarios públicos se situará alrededor de los 1,5 puntos porcentuales, por lo que el crecimiento real del gasto sanitario per cápita –que es el que importa, pues se trata de prestar servicios al conjunto de la población– que podrá permitírseles a los nuevos Consejeros y Consejeras se situará, probablemente, entre 1 ó 2 puntos porcentuales al año. No es mucho, aunque tampoco estaría mal si no estuviera este crecimiento comprometido (si no ya absorbido), como veremos más adelante.

La referencia al envejecimiento de la población lleva a otro problema crónico de los servicios públicos en España, que produce un gasto sanitario poco eficaz, como es el de la “coordinación” entre servicios sanitarios y sociales. A diferencia de las reformas sanitarias y sociales de otros

países, como el Reino Unido que ha experimentado un importante proceso de sustitución de camas hospitalarias por recursos institucionales de los servicios sociales⁵ o Suecia (reforma ÄDEL)⁶, la Ley de Dependencia no establece incentivo alguno para profundizar en la coordinación entre ambos servicios que evite, por ejemplo, la innecesaria (y costosa) prolongación de la estancia hospitalaria de agudos por problemas de carácter social.

Los Consejeros de Salud, las Comunidades Autónomas, la Administración del Estado y los Ayuntamientos tienen el reto (todos ellos juntos) de superar la retórica de la “coordinación” entre servicios sanitarios y sociales, para desarrollar políticas que den un servicio integral a los cada vez más numerosos ciudadanos que lo demandan, y sin cuya existencia difícilmente pueden ser eficazmente atendidos en sus necesidades.

Un cuarto aspecto que debería preocupar a los nuevos Consejeros y Consejeras tiene una etiología mixta —producido por causas externas e intrínsecas del sector—. Si uno de los problemas subyacentes a nuestra economía es la pérdida de competi-

tividad, el sector público posiblemente contribuye de forma notable a este hecho. La reforma de la Administración pública, en el sentido de dotar de una mayor flexibilidad, eficiencia, productividad y calidad al sector público, está todavía por llegar y exige un consenso político de alcance, no previsible en el escenario inmediato (al menos, hasta después de las legislativas de marzo de 2008). Por otra parte, tengo la impresión de que, dentro del sector sanitario público, temas como la gestión de la productividad variable y los acuerdos para la mejora de la calidad y “carrera profesional” no han contribuido precisamente al logro de los mencionados objetivos dentro del sector, mientras que los compromisos económicos de futuro que se derivan de estos acuerdos restarán, sin duda, margen económico de maniobra.

Otro problema que comparte causas internas y externas —el déficit presupuestario crónico del sector sanitario público de nuestro país— no parece haber sido enjugado por el sistema de financiación establecido en 2001. Por emplear un indicador de este problema señalaré las alertas que dos grandes proveedores han publicado en medios economi-

cos⁽³⁾. La patronal FENIN ha señalado que el volumen de la deuda en la compra de equipos creció en 2006 respecto de 2005 (unos 1.500 millones, un 15% mayor que en 2005), si bien se redujo la demora en el pago a 265 días. Por su parte, FARMACINDUSTRIA menciona que la deuda en medicamentos y productos farmacéuticos en 2006 creció también un 15% respecto de 2005 hasta situarse en el entorno de los 2.000 millones, con una demora media de 329 días. Aunque el volumen global de deuda y la demora media aglutinan muchas Comunidades Autónomas que parecen manejarse con un déficit escaso o nulo con algunas que parecen tener un déficit más acusado, el déficit global del sector sanitario público para el ejercicio 2006 se situaría, según las estimaciones de estas fuentes, en el entorno de los 3.000 millones, alrededor de un 6,5% del presupuesto agregado de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Por último, dentro de este apartado dedicado a la economía del sistema, señalaré un problema del sector que

⁽³⁾ Por ejemplo Cinco Días (12-06-07): "Andalucía y Valencia suman la mitad de la deuda sanitaria".

comparte rasgos con la economía de nuestro país. Durante los últimos ejercicios se ha procedido a un necesario proceso de sustitución de hospitales, muchos de ellos de referencia regional (al menos han sido sustituidos 8 hospitales de esas características) con una inversión global de alrededor de 2.400 millones a los que se ha sumado otro importante proceso de construcción de nuevos hospitales de carácter "comarcal", así como "centros de alta resolución", centros de salud, etc. Con independencia del debate sobre las formas de financiación empleadas en algunos casos⁽⁴⁾, lo que es innegable es que la potenciación de la red hospitalaria conllevará incrementos en los gastos corrientes de los Servicios de Salud. Si la transición, a nivel macro, de la "economía del ladrillo" a otra más diversificada y sólida puede ser compleja, la de la "sanidad del ladrillo" todavía no se ha iniciado y los responsables públicos parecen estar, por el momento, reacios a invertir en la gestión del cambio, por lo que existe un ries-

⁽⁴⁾ El debate sobre las concesiones tiende a reducirse a la bondad, o no, de la solución de un problema de financiación en lugar de analizar si, realmente, la colaboración público-privada puede ser una potencial fuente de mejora de la eficiencia y calidad del Sistema Sanitario público, contribuyendo a su "capitalización".

go cierto e inminente de que se dote a la sanidad española de nuevos edificios, pero no de “nuevos hospitales”, o lo que sería aún mejor nuevas “redes de servicios de salud”, menoscabándose de esta forma las posibilidades de mejora de la eficiencia y de la calidad que serían exigibles de tan importante esfuerzo inversor.

La cohesión sanitaria

En el cuestionario remitido por la RAS a los Consejeros y las Consejeras de Salud existen varias preguntas relativas a la cohesión sanitaria. Asimismo, la RAS ha celebrado recientemente un debate “virtual” sobre este tema, con importantes aportaciones⁷. Es, a mi juicio, lógico este interés que tiene no sólo un trasfondo político, sino también de repercusiones prácticas en relación con importantes aspectos relativos a la utilización eficiente de los recursos, movilidad de profesionales y usuarios, etc.

El Director General de Cohesión del SNS y Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y Consumo señala aquellos elementos del sistema sanitario que, “al margen de quién ostente las competencias sobre los mismos,

su enfoque general debe responder a una voluntad única y pactada entre los distintos agentes políticos, sociales y, sobre todo, territoriales. Estos elementos deben comprender, cuando menos, el paquete de prestaciones básico (la cartera de servicios), el sistema de información, las políticas y estrategias de salud, la salud pública, la política de recursos humanos, la política farmacéutica y la política de I + D + I”⁸.

La reflexión del Director General de Cohesión del SNS abre una perspectiva relevante para el análisis de la cohesión sanitaria, como es la regulación de las competencias. La relación competencial en el SNS español está fundamentada desde la división de competencias que se ejercen en exclusividad y, probablemente, una vía a explorar es la de las actuaciones compartidas o conjuntas entre administración estatal y autonómica. Es probable que para que se pueda practicar esa vía se tenga que esperar también a la configuración del escenario político tras las próximas elecciones de marzo de 2008, pero conviene que se fuera anunciando la introducción de este tema dentro de la agenda política de la próxima legislatura. Un análisis de las experiencias de los países

de nuestro entorno puede arrojar alguna enseñanza, en el sentido de buscar un equilibrio eficiente entre centralización/descentralización, así como en comprobar que no todas las formas de centralización exigen cesión competencial⁹. Por poner un solo ejemplo, en este mismo año de 2007 la Asociación Sueca de Autoridades Locales y la Federación Sueca de Concejos de Condados han constituido una federación conjunta (la Asociación Sueca de Autoridades Regionales y Locales [SALAR]) que, entre otros aspectos, actúa en representación de sus miembros como “cuerpo empresarial central en materias relativas al pago, condiciones...”¹⁰.

Tras una legislatura en la que ha existido un predominio del desarrollo autónomo de los Servicios de Salud frente a la profundización en formas de coordinación, puede que el Gobierno central y los Gobiernos de las Comunidades Autónomas deban explorar conjuntamente los caminos de la cohesión sanitaria durante el próximo período 2008-2011. Para ello se requerirá un escenario político de cooperación que facilite asimismo un acuerdo en aspectos esenciales de la reforma de las administraciones públicas, que permitan avanzar en la senda

de las formas de organización y gestión, pero también políticas y democráticas, de los países más desarrollados de la Unión Europea, en lugar de conformarnos por situarnos en la media de la Europa de los 25.

No son, por tanto, pocos —y he enumerado sólo algunos— ni pequeños los retos a los que los nuevos Consejeros y Consejeras de Salud se deberán enfrentar. La posibilidad de su abordaje y adecuada resolución dependerá de factores políticos y económicos generales, pero también del compromiso de los titulares de las Consejerías de Salud con el sistema sanitario público. El solo hecho de confrontar estos retos, en lugar de eludirlos o posponerlos, decidirá su talla como responsables políticos de un servicio público esencial, del que podemos sentirnos satisfechos, pero que también necesita un proceso continuo de “ampliación y reforma”, no sólo para su mejora, sino también para su mantenimiento a la altura de las expectativas de una sociedad que debería caminar decididamente hacia situarse entre las más avanzadas del siglo XXI, siglo del que llevamos ya consumido un 7% y al que la propia RAS hace referencia en su cabecera.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Monetary Fund. Spain-2007 Article IV Consultation, Preliminary Conclusions of the IMF Mission. March 26, 2007.
2. Informe sobre Posición Cíclica de la Economía Española. 28 marzo, 2007.
3. Petrásová A. Social Protection in the European Union. Eurostat. European Communities; 2007.
4. www.ine.es
5. Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. En: McKee M, Healy J, editors. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002.
6. Glengård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health system review. Copenhagen: World Health Organization; 2005.
7. Coordinación Sanitaria en España: "Hablemos claro". Rev Adm Sanit. Disponible en: DebateSanitario.com.
8. Jiménez A. El Sistema Nacional de Salud 20 años después. Rev Adm Sanit. 2006;4:311-22.
9. George F. Coordination of health care policies in countries with decentralised systems of government. 2007. Disponible en: DebateSanitario.com.
10. Statutes of the Swedish Association of Local Authorities Adopted at the extraordinary Congress of 1997 Including changes adopted at the 1999 Congress and at the 2003 Congress. Disponible en: <http://www.skl.se>

