

La sanidad pública española: luces y sombras

Alberto Miñano Pérez

*Han pasado ya casi veinte años desde que en 1986 se constituyera definitivamente el Sistema Nacional de Salud a través de la **Ley General de Sanidad**. Dicha ley venía a dar respuesta a dos enunciados constitucionales de máximo peso. El primero hacía referencia al derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. El segundo se refería al reconocimiento de amplias competencias en materia de salud a las Comunidades Autónomas, que a partir de entonces y de manera progresiva se harían cargo de la gestión sanitaria.*

Además de estos dos objetivos, la ley pretendía extender la equidad en la cobertura y orientar la asistencia no sólo a la curación sino también a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Desde entonces la **calidad global** de nuestra sanidad pública ha ido alcanzando cotas elevadas, y así se le ha reconocido en múltiples ocasiones en foros internacionales. El sistema sanitario vigente ha contribuido a que nuestro país ostente la cuarta posición del planeta en esperanza de vida al nacer y la decimoprimera en cuanto a mortalidad infantil más baja. Podemos decir que el Sistema Nacional de Salud verifica un aceptable nivel

global de eficacia (consecución de objetivos), pero no es menos cierto que dicho sistema se halla muy tensionado en todos los sentidos, con una fuerte presión asistencial y con importantes contradicciones en la gestión, que pueden amenazar su supervivencia a medio y largo plazo.

los españoles conceden a su sistema sanitario un aprobado alto según el CIS, con un índice de satisfacción de 6'01 sobre 10

El problema de la financiación

A lo largo de estos últimos años el **gasto medio en sanidad** de nuestro país se ha ido incrementando, acercándose progresivamente a la media de la Unión Europea. Si en 1970 España dedicaba el 3'7% de su PIB a sanidad y la UE el 6'3%, en el año 2001 España dedica el 7'5% y la UE el 8'5%. En este aspecto la convergencia es incompleta y debe ser cuestión de nuestros políticos decidir si el tema de la sanidad es lo suficientemente importante como para darle algo más de prioridad presupuestaria, a la par que nuestros socios europeos. Desde las múltiples encues-

tas realizadas, la sanidad sigue siendo uno de los asuntos que más preocupan a los ciudadanos, no sólo desde el punto de vista individual sino también social (bajas laborales y costes de las mismas, problemática familiar asociada, etc).

En cualquier caso y a la espera de que ese porcentaje se pueda equiparar, hay que reconocer la progresiva e ingente carga económica que supone la atención sanitaria universal y de calidad para las arcas públicas. El **déficit existente** a día de hoy es exorbitante, y en la opinión pública están los polémicos intentos del gobierno central por coordinar el control de ese déficit. En este aspecto hemos de decir que el sistema «se la juega».

La **racionalización del gasto farmacéutico** va a jugar un papel decisivo. Éste supone el 26% de todo el presupuesto de sanidad, cuando la media de la UE no supera el 16%. Para conseguirlo se utilizan medidas, como promover el uso de genéricos y la contención en la prescripción, que no son fáciles de llevar a cabo porque provocan el enfrentamiento con la poderosa industria farmacéutica. Estas medidas tan necesarias de nada servirán si no se lleva a cabo una labor de concienciación sobre el alcance del problema, tanto en los prescripto-

res de las recetas como en los pacientes, que en gran medida acumulan fármacos con altas tasas de incumplimiento de los tratamientos.

La siguiente medida a nivel político, siempre polémica, es replantear el **aumento de los impuestos** tanto directos como indirectos para dedicarlo a sanidad. A nivel de los indirectos se ha postulado la posibilidad de elevar el impuesto de alcohol y tabaco, que tienen un gravamen menor que en el resto de Europa y además su consumo contribuye sobremedida a deteriorar la salud de la población. En cuanto a los directos, la subida de éstos resulta siempre impopular y, por tanto, poco rentable desde un punto de vista electoral. Si realmente la cuestión sanitaria es tan importante para la población como dicen las estadísticas, será función de todos informar a los ciudadanos de los costes de la salud, para que esos incrementos en la contribución puedan ser entendidos y aceptados de buena gana. No debemos olvidar en este aspecto que la contribución al sostenimiento de un sistema sanitario como el nuestro debe estar basada en el nivel de renta de cada ciudadano y no en el uso que haga de los servicios.

Un último elemento a tener en cuenta es la controvertida **intro-**

ducción del copago (aportación simbólica por parte del usuario por cada uso que se haga del sistema sanitario). Este elemento contribuye con una aportación relativamente limitada, pero en cualquier caso puede tener su utilidad si se asegura, como en la experiencia de Suecia, la equidad y la accesibilidad al sistema.

Desde los ciudadanos

Los españoles conceden a su sistema sanitario un aprobado alto según el CIS, con un **índice de satisfacción** de 6'01 sobre 10. Esta valoración contrasta con la calificación más que notable que obtiene el sistema cuando se hace referencia a la consecución de objetivos. ¿A qué es debida esta diferencia? Podría decirse que existe una discordancia entre lo que la sanidad pública ofrece y lo que los ciudadanos esperan de ella.

La explicación no es sencilla, pero respondería a algo así: la presión asistencial se ha elevado progresivamente, debido por un lado al aumento de la población (por envejecimiento de la misma y por incremento de la inmigración) y por otro por la oferta cada vez mayor de servicios y también de expectativas de asistencia por parte de los ciudadanos. Este **aumento de la**

presión asistencial conlleva una masificación, y ésta indefectiblemente a una burocratización y despersonalización de la asistencia, que siempre son valorados negativamente desde un punto de vista subjetivo. Estos aspectos deben tenerse en cuenta desde la perspectiva de la gestión y por supuesto también desde los profesionales, que pueden con su «buen hacer» contribuir a mejorar esos niveles de satisfacción con el sistema.

Al margen de las valoraciones subjetivas por parte de los usuarios, se evidencian algunas **carencias objetivas en materia de equidad**, que deben plantearse para ser subsanadas. Existe una importante disparidad en cuanto a las prestaciones que el sistema ofrece así como en los tiempos de espera para acceder a determinados servicios, según distribución territorial. Es evidente que la cartera de servicios y su funcionamiento no es la misma en Cataluña o Navarra que en Andalucía o Extremadura. El proceso de transferencias sanitarias, al no haber contemplado adecuadamente los desequilibrios previos y establecido programas compensatorios, no ha contribuido a corregir esas asimetrías.

Estas **diferencias territoriales** llegan a ser tan ostensibles que en el año 2003 el gobierno sacó adelante

la llamada **Ley de Cohesión y Calidad del SNS** con la intención de reducir dichas diferencias. Esta ley situaba como eje de todos los consensos al Consejo Interterritorial de Salud, compuesto por cada uno de los consejeros de sanidad de las diecisiete comunidades autónomas. La realidad práctica de este órgano es que su capacidad de decisión ha estado hasta ahora bloqueada por el boicot, primero de los consejeros pertenecientes a CC.AA. gobernadas por el PSOE, y en la actualidad por consejeros dependientes de comunidades gobernadas por el PP. De esta manera y por el momento, la ley ha quedado en vía muerta sin ni siquiera haberse aplicado, con lo que supone de quiebra del modelo de coordinación territorial.

Desde los profesionales

Los profesionales de nuestro sistema sanitario público «disfrutan» de una vinculación con el mismo de tipo estatutario, lo que viene a ser lo mismo que un **régimen funcional** con características específicas. Esta vinculación laboral conlleva dos grandes limitaciones. La primera es que, debido a que la administración limita severamente el acceso a plazas en propiedad (vía oposición), existe gran número de profesionales en situación de

interinidad. El número de interinos supera en determinadas localizaciones el 40% del total y –lo que es peor–, por periodos tan prolongados que frecuentemente superan los doce años. Esta situación transmite una sensación de tremenda temporalidad a los profesionales, al tiempo que la no percepción de la retribución económica correspondiente a antigüedad durante esos largos periodos.

La segunda limitación es que los profesionales que acceden al estatus de pleno derecho carecen casi por completo de un control real sobre su actividad y rendimiento por parte de la administración, un control que pueda amenazar su permanencia en el sistema. Ni una cosa ni la otra parecen ser ideales. Ni eternos interinos ni emplazados intocables y blindados.

Una forma de mejorar estas deficiencias, a la par que incentivar a los profesionales, es el de la llamada **carrera profesional**. Ésta consiste en clasificar a los profesionales por categorías, conforme a la capacitación y experiencia tanto asistencial como docente, investigadora y gestora, que además iría acompañada de unas mejoras progresivas en la remuneración. Este sistema, del que viene hablándose hace muchos años, no se llega a poner en práctica por discrepan-

cias continuas entre Administración, sindicatos y profesionales. Esta dilación sirve para llenar la boca a unos y desesperar a otros. Habrá que empezar de alguna manera y aprender de lo realizado, sin olvidar que estos sistemas deberán aplicarse a todos los profesionales, y no sólo a los médicos, para que sean justos y efectivos.

*el déficit de nuestra sanidad
es exorbitante; en este
aspecto, el sistema «se la
juega»*

La otra gran manera de incentivar a los profesionales será la **implicación de los mismos en la gestión** de los procesos asistenciales. Esta política, que se ha importado del ámbito empresarial, se ha reconocido con un peso específico cada vez mayor en el mundo sanitario. Sólo conociendo la complejidad de la puesta en marcha del Sistema e implicándose en él, podrán los profesionales hacerse realmente responsables y protagonistas del fin último de sus actos. Así se podrían conseguir dos grandes objetivos: contribuir al mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios y recuperar progresivamente el valor de lo público como servicio universal y equitativo, en un colectivo tan emblemático de estos

criterios como es el personal sanitario.

Habrà también que estar atentos a las aportaciones y resultados a medio y largo plazo de los **nuevos modelos de gestión**. Experiencias del tipo Fundación (sin ánimo de lucro) o como la Concesión Administrativa (con posibilidad de lucro) tendrán que demostrar, no sólo que reportan un ahorro económico, sino que además comportan una mejora en la calidad asistencial así como un incremento en la motivación de los profesionales.

Conclusión

En la sanidad, parece que la culpa de los problemas sea siempre de los otros. Todos los agentes implicados tienden a escurrir el bulto, huyendo de planteamientos que puedan suponer una exigencia para sí mismos. Esto será siempre un error porque el futuro del Sis-

tema Nacional de Salud y su calidad dependen de la apuesta audaz y solidaria de todos sus actores: Administración, profesionales y usuarios.

Si queremos realmente que nuestro sistema sanitario sea viable, deberemos actuar con coraje y huir del uso partidista como elemento de enfrentamiento y rédito electoral. Tendremos que reivindicar, así como se hizo con los «Pactos de Toledo» para asegurar la perdurabilidad del sistema de pensiones, que se haga ahora un nuevo esfuerzo a nivel de Estado para acordar aquellas medidas que garanticen esa viabilidad y mejora de la calidad de nuestra sanidad.

En manos de todos está, no sin un cierto esfuerzo, hacer que los logros conseguidos hasta ahora en materia de salud, sigan contribuyendo a edificar el llamado Estado del Bienestar y a facilitar una realización más plena de sus ciudadanos. ■