

El sistema sanitario español: dónde estamos y hacia dónde vamos... si nadie lo remedia

Javier Rey
Médico

Es difícil negar que el sistema sanitario español se encuentra en una encrucijada: en poco tiempo ha pasado de ser considerado como uno de los mejores y más eficientes del mundo a considerarse financieramente insostenible y causante principal del déficit y el endeudamiento de las Comunidades Autónomas que los tienen más elevados y, en consecuencia, a ser objeto de severos recortes por parte de esas CCAA, que son responsables de su gestión; unos recortes que son respondidos a su vez con las protestas de sectores profesionales y grupos de población cada vez más amplios.

El hilo conductor que para muchos permite poner en relación unas valoraciones en apariencia tan contradictorias es la supuesta insuficiencia crónica de la financiación pública de la atención sanitaria. Con esta explicación parecen sentirse satisfechos amplios sectores de la izquierda y la derecha, que demandan su incremento como solución, e incluso los grupos sanitarios o de la población general que protestan contra los recortes en los servicios que se han ido introduciendo, en cuyas demandas no parece atisbarse un horizonte diferente al de volver a la situación anterior, aportando los recursos económicos necesarios para ello.

Ese enfoque encierra peligros importantes: el primero, orientar la solución al problema hacia una meta de difícil alcance en un momento de crisis económica como en el que nos encontramos todavía sumidos. El segundo, que impide poner en cuestión las razones de las notables diferencias observables en la situación económica de los servicios sanitarios de distintas CCAA con un mismo sistema de financiación aceptado previamente por todas, a la vez que impide aclarar si la supuesta eficiencia del sistema que se predicaba antes, no ocultaba en realidad un engaño en sus mecanismos de contabilidad y presupuestación. Por último, que la búsqueda incondicionada de aportaciones adicionales a la financiación pública del sistema sanitario abre el campo del debate a la introducción de mecanismos

para lograr esas aportaciones añadidas, que pueden poner en cuestión las supuestas condiciones principales de universalidad e igualdad en el acceso a los servicios del sistema sanitario de que disponemos.

Las propuestas de introducción de copagos fuera del ámbito de la prestación farmacéutica desde determinados grupos de interés, principalmente los que lo están ante todo en mantener el nivel de gasto en el consumo de sus recursos, como la industria farmacéutica, son un primer ejemplo de esto último. Las de colaboración público-privada que pretenden ampliar la participación en la gestión del servicio público de las empresas de seguro sanitario y las cadenas privadas de hospitales, que hace un año constituyeron un *lobby*, que se está demostrando muy activo, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), para presionar en ese sentido, sirven también de ejemplo de otros intereses importantes que están en juego, en este caso coincidentes con los expresados por el actual Gobierno de la Generalitat de Cataluña, cuyo Consejero de Sanidad era previamente el presidente de la patronal catalana de este sector.

Tener conciencia de esos intereses económicos tan potentes, que están en juego, en los servicios sanitarios no sólo aquí sino en todas partes (en los Estados Unidos fueron los mismos grupos de interés los que marcaron los límites de la reforma sanitaria del presidente Obama, y están limitando igualmente su aplicación) permite, por el contrario, sugerir que el enfoque más adecuado para afrontar los problemas financieros, que se han puesto de manifiesto en algunos servicios autonómicos, sería el de aprovechar esta oportunidad para revisar y rehacer las condiciones organizativas y financieras del sistema en su conjunto para garantizar las características de universalidad e igualdad en la prestación, y la eficiencia en su gestión, de las que veníamos alardeando hasta hace poco.

El análisis de algunos elementos constitutivos principa-

les de nuestro sistema sanitario permite, a la inversa, poner en cuestión esas valoraciones anteriores: ocurre con la cobertura sanitaria, que mantiene sistemas distintos para diversos grupos de población, de los que el mejor ejemplo, pero no el único, son las mutualidades de funcionarios. También con la organización de un sistema descentralizado por completo que, sin embargo, no tiene previstos instrumentos de coordinación adecuados. Pasa lo mismo con su financiación que, integrada en el sistema de financiación autonómica general, ha encontrado en ésta un instrumento más de ocultación de la forma en la que se efectúa el gasto autonómico en este terreno. En la relación con los proveedores más importantes se utilizan instrumentos que, además de no favorecer las economías de escala y la utilización del "poder de compra" por un sistema que ejerce un casi completo monopolio de demanda en su conjunto, facilitan la introducción de nuevos productos, —aquí y en todas partes la causa principal del aumento descontrolado y creciente del gasto en este terreno—, sin ninguna evaluación previa de una mejor relación coste-efectividad de esos productos nuevos en relación con los ya disponibles. O, a

La búsqueda incondicionada de aportaciones adicionales a la financiación pública abre el campo a la introducción de mecanismos que pueden poner en cuestión la universalidad y la igualdad en el acceso a los servicios del sistema sanitario.

otro nivel, se mantiene una organización de la dispensación de los productos, en particular los farmacéuticos, que sólo favorece a los propietarios de las oficinas de farmacia urbanas y de mayor tamaño, pero cuyo modelo organizativo pone en cuestión la sostenibilidad de las oficinas de farmacia que no disponen de esa situación. En cuanto al personal, la existencia de un estatuto del sanitario que sólo afecta a una parte de éste y que se promulgó 17 años después de su previsión legal, no ha impedido la proliferación de toda clase de formas irregulares de contratación que tienen consecuencias negativas significativas sobre la calidad de la atención. A su vez, la diversificación de las formas de gestión de los servicios en cada territorio autonómico contribuye a dificultar más aún la coordinación de la gestión.

Esa situación contradictoria con las ventajas teóricas en términos de universalidad, igualdad y eficiencia del modelo elegido, para la organización de nuestro sistema sanitario en democracia, tiene sus raíces más remotas en la inadecuada definición de las condiciones principales del sis-

tema en los aspectos indicados en su norma constitutiva, la Ley General de Sanidad de 1986. Se ha ido produciendo después una convergencia progresiva de los dos partidos mayoritarios en los desarrollos del sistema posteriores a aquella norma: a la aceptación formal por el PP del supuesto modelo establecido en la LGS, el Partido Socialista ha correspondido con el apoyo total o parcial a cuantas normas principales sobre el sistema sanitario se han propuesto por el PP desde hace quince años, renunciando a elaborar normas propias, y optando por desarrollar las populares, una posición especialmente manifiesta desde 2004.

En los últimos meses se han puesto también de manifiesto otros efectos de la carencia de políticas sanitarias propias por parte del Partido Socialista: en su ausencia, los intereses corporativos de determinados sectores de la Administración han llevado a aprobar disposiciones añadidas a normas de otro contenido que contribuyen a facilitar la penetración de las compañías aseguradoras y otras entidades privadas en la gestión de los servicios públicos de salud: me refiero a la cesión de los centros propiedad de la SS a las CCAA, que podrán disponer de ellos a su antojo para, en determinados casos, venderlos a esas compañías, y realquilarlos luego para su utilización, y al añadido a la Ley de Salud Pública que consolida la cobertura sanitaria de determinados colectivos a través de las Mutualidades de funcionarios, gestionada a través de esas mismas compañías.

El horizonte que se deduce de ese análisis es la consolidación de un sistema de varios niveles: privilegiados y preferentes con servicios a través de medios privados para determinados grupos de población, definidos por razones territoriales o laborales en función de los intereses de los propios gestores privados, y "de beneficencia", susceptibles de restricciones y recortes sucesivos cuando sea necesario, por supuestas razones financieras, para los que accedan a la atención a través de los medios públicos.

En mi opinión, sólo un cambio manifiesto en el interés por parte del Partido Socialista sobre las políticas sanitarias, que ha sido inexistente incluso desde antes de la LGS, lo que fue determinante para provocar las deficiencias de esta norma, podría permitir evitar, desde el Gobierno o la oposición, una evolución como la prevista. La carencia de mimbres en el seno de este partido para elaborar propuestas en el sentido indicado no permite albergar grandes esperanzas sobre que sea posible detener esa evolución. **TEMAS**