

# COHESIÓN Y EFICIENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

*Marciano Sánchez Bayle*

*Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*

Es un tópico muy repetido en España que nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene muchos problemas, pero fuera de ella también lo es que se trata de un excelente sistema sanitario que es envidiado por la mayoría de los países del mundo. En este contexto se producen con frecuencia intentos, en general interesados, de realizar cambios profundos que justamente suelen poner en cuestión lo que son las características fundamentales del SNS y justamente las que le proporcionan su ventaja comparativa con otros países como son la accesibilidad, la universalización y la provisión pública mayoritaria.

Generalmente estas propuestas suelen fundamentarse en los problemas de cohesión y eficiencia que tiene el SNS, por eso vamos a analizarlos más detenidamente y a ver si lo que se propone tiene visos de mejorar la situación o por el contrario probablemente va a crear nuevos problemas que la empeorarán notablemente.

La cohesión y la eficiencia del SNS están relacionados pero no necesariamente. La cohesión tiene que ver sobre todo con el diseño autonómico de la sanidad que ha hecho que diecisiete CC.AA. tengan las competencias de gestión, organización y legislación y las dificultades que ello produce, la eficiencia, en parte esta relacionada con esta disgregación competencial, pero sobre todo tiene que ver con las decisiones y las prácticas de los profesionales sanitarios, así como con la propensión a una sobreutilización de la tecnología médica y farmacéutica y además con los procesos de privatización de la provisión sanitaria. Vamos por lo tanto a analizar separadamente ambas cuestiones, señalando en todo caso sus imbricaciones.

## LA COHESIÓN DEL SNS

El SNS está descentralizado en las CC.AA., y el cómo se ha hecho la descentralización ha sido una parte del problema. Las CC.AA. ya tenían competencias sobre “Sanidad e Higiene” a partir de la Constitución (1978), lo que les permitía aprobar normativas en este terreno.

Las transferencias del principal sistema sanitario público, el dependiente de la Seguridad Social se hizo de una manera lenta y desordenada. Dos CC.AA. recibieron las transferencias antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) (Cataluña en 1981 y Andalucía en 1984), posteriormente se produciría un goteo de transferencias (País Vasco y Valencia en 1988, Galicia y Navarra en 1991, Canarias en 1993) hasta que en 2001 se produjeron a las diez CC.AA. que quedaban, quedando por realizar la de las dos Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla) cuyos dispositivos asistenciales siguen siendo gestionadas desde el Ministerio de Sanidad.

La coordinación, por lo tanto en una descentralización hecha sin un plan previo de delimitación de funciones ha planteado problemas inevitables. Sólo en 2003, es decir dos años después de las últimas transferencias se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del SNS que, en teoría tenía como finalidad el conseguir la coordinación del SNS sin que en la práctica haya conseguido grandes éxitos.

Además la crisis económica ha favorecido la actitud de algunas CC.AA. que pretenden ahorrar negando y/o dificultando la atención sanitaria a las personas que teniendo derecho a ella están domiciliadas en CC.AA. distintas. Este hecho es notoriamente ilegal, ya que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003) señala que uno de los derechos de los ciudadanos es “*recibir, por parte del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las*

*mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma*”, lo que también es ratificado por el Real Decreto sobre catálogo de prestaciones del SNS (2006).

Por lo tanto es obvio que los problemas de desatención son ilegales y que una de las tareas del nuevo Gobierno y del Ministerio de Sanidad es evitar que se produzcan, mediante la actuación inmediata de la Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y si es preciso arbitrando las medidas económicas y/o de otro tipo que garanticen el derecho del acceso a la atención sanitaria en todo el territorio español.

Existen en teoría tres mecanismos para asegurar la cohesión y coordinación del SNS: uno estratégico, el Plan Integrado de Salud; otro operativo, el Consejo Interterritorial del SNS y otro de control posterior, la Alta Inspección. Ninguno ha funcionado.

El Plan Integrado de Salud, se suponía que debía de ser el instrumento para definir los objetivos comunes del SNS y así se establece en la Ley General de Sanidad en 1986, hoy es el día en que no ha visto la luz, con todo algunas CC.AA. han elaborado Planes de Salud de su ámbito, aunque con contenidos y metodologías muy distintos, y alguna de ellas, la de Madrid, simplemente lo han hecho desaparecer como objetivo. El Consejo Interterritorial ha tenido una vida más movida, pero no menos ineficaz, en él están presentes el Ministerio de Sanidad y las CC.AA. y se reúne con una periodicidad más o menos trimestral, pero frecuentemente ha derivado en enfrentamientos partidistas que lo han convertido en un foro de la dialéctica gobierno-oposición paralizándolo en la práctica, además, sus decisiones no son vinculantes y ha sido bastante frecuente que una vez llegado a un acuerdo, más de una Comunidad Autónoma, nada más salir de la reunión se lo haya saltado (por ejemplo cuando se acordó un calendario vacunal común, Madrid inmediatamente decidió por su cuenta introducir una vacuna más), al final más que un órgano de gobierno del SNS se ha convertido en un foro de debates y enfrentamientos. De la Alta Inspección lo mejor que se puede decir es que “ni está ni se la espera”, no se le conoce ninguna actividad.

Es decir, un balance global muy negativo, aunque es cierto que en algún momento concreto se ha visto que las cosas podían funcionar de otra manera, así se vio durante la amenaza de la epidemia de la gripe AH1N1 que el Consejo Interterritorial sí que fue capaz de tomar la dirección de la respuesta sanitaria ante la crisis (aunque no fuera la apropiada) con el consenso y colaboración de todos (CC.AA. y Ministerio), pero esta situación fue pasajera y una vez desaparecida la crisis todos volvieron a la gresca habitual.

## **EFICIENCIA Y COHESIÓN**

¿En que influyen estos problemas de falta de cohesión en la eficiencia del SNS?. Hay dos aspectos: el estrictamente sanitario y el económico. En cuanto al primero, el ejemplo más claro, más conocido y menos resuelto es el de las vacunas, no existen criterios epidemiológicos ni científicos que avalen el que existan calendarios vacunales distintos en las CC.AA. y además tienen el efecto de pérdida de cobertura vacunal que es lo que permite la erradicación de las enfermedades. El económico es más conocido y mucho más amplio; existen al menos otras cuatro cuestiones a tener en cuenta: la primera es la dispersión de las compras a proveedores externos, la segunda hace referencia a la duplicación de recursos y servicios, la tercera a la ausencia de sistemas de información y de registro comunes e intercambiables, y la cuarta está el derivado de la ausencia de una evaluación coordinada de las tecnologías sanitarias.

El que ha hecho más ruido mediático es la primera, la compra desagregada de suministros. Con las transferencias las compras se realizaban a nivel de cada Comunidad Autónoma y luego incluso en cada gerencia y/o centro, de esta manera se perdieron las ventajas de las economías de escala y se pagaba a los proveedores precios muy elevados. La solución obvia, una agencia de compras del SNS

choca, sin embargo, con obstáculos tan incomprensibles para los profanos como insalvables en la práctica, nada menos que tres reuniones del Consejo Interterritorial se han decantado por esta agencia de compras, con avances pequeños aunque muy demostrativos (la compra conjunta por parte de ocho Comunidades Autónomas de las vacunas antigripales en 2011 logro un ahorro de 8,3 millones de €), y aunque el Ministerio en el debate público sobre las nuevas medidas había prometido la puesta en marcha de la agencia de compras, e incluso en la Memoria económica señalaba un ahorro de 1.000 millones de € por su implantación, en realidad se queda en una declaración de intenciones de efectos inciertos y desde luego a corto plazo muy inferiores a lo previsto y a lo conveniente (*“El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fomentará las actuaciones conjuntas de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas para la adquisición de cualquier producto que por sus características sea susceptible de un mecanismo de compra conjunta y centralizado”*, Adicional cuarta.1, RD Ley 16/2012).

La segunda hace referencia a la duplicación de recursos y servicios, y es en gran parte un efecto de la descentralización sanitaria porque muchas CC.AA. se han fijado como objetivo el ser autosuficientes en sus recursos sanitarios, lo que en principio es poco razonable por varios motivos: la eficacia de un servicio depende del número de casos que atiende, porque un escaso número de intervenciones hace que se pierdan las habilidades y los conocimientos necesarios para una atención de calidad, y es obvio que la población de la mayoría de las CC.AA. no justifica tener recursos para atender a todas las patologías posibles y que existen algunos servicios, especialmente los que atienden a patologías muy específicas (transplantes, quemados, algunas cirugías muy especializadas, etc.) que no son viables ni económica ni sanitariamente en muchas CC.AA. (La Rioja es el ejemplo más evidente) y que las comunicaciones y el tamaño de España no justifican estos recursos en todas las CC.AA. si exceptuamos las Comunidades Insulares.

Por otro lado existían recursos preexistentes a las transferencias que tenían un origen histórico, por ejemplo, los grandes centros hospitalarios de Asturias y Cantabria que eran centros de referencia de una gran zona fuera del ámbito actual de la Comunidad Autónoma y que pueden quedar infrautilizados, con las pérdidas de eficiencia que conlleva si se circunscriben a la atención de los enfermos de sus autonomías.

Pero el tema no es sólo entre CC.AA., algunas actuaciones de los políticos han agudizado el problema, un ejemplo claro es el caso de los nuevos hospitales de Madrid, dotados de maternidad, que atienden muy pocos partos a costes astronómicos, mientras que las Maternidades de O'Donnell, 12 de Octubre y la Paz están infrautilizadas. Parecería lo lógico que se utilizasen los recursos existentes y que se hiciera una planificación que permitiese, a medio plazo una mejor distribución territorial de los servicios muy especializados.

La tercera es la ausencia de sistemas de información y de registro comunes e intercambiables, lo que aparte de crear un serio problema de transparencia (no existe información disponible sobre la mayoría de las actividades del sistema sanitario desagregado por CC.AA. lo que impide estudios de evaluación de las mismas, aparte de suponer un escándalo que se hurte a la ciudadanía una información de un servicio público que sufragan con sus impuestos), y también la hora de la atención de ciudadanos de una Comunidad Autónoma en otra distinta a la de su residencia habitual, multiplicando pruebas y tratamientos innecesarios con los problemas que conlleva. La inexistencia de una tarjeta sanitaria común y/o interoperable en todo el territorio es un serio problema que hasta ahora, a pesar de las numerosas y reiteradas declaraciones, no se ha solucionado.

Y por fin está el derivado de la ausencia de una evaluación coordinada de las tecnologías sanitarias. El SNS carece de mecanismos de evaluación de las tecnologías sanitarias que utiliza e incorpora de manera continuada, existen algunas agencias de evaluación en varias CC.AA. que funcionan de manera autónoma y no hay un plan general de evaluación que permita tomar decisiones informadas sobre la incorporación de nuevas tecnologías (pruebas diagnósticas, medicamentos, etc.)

que se incorporan de manera continua al sistema básicamente por la presión y el marketing de las empresas que los venden.

## **RECENTRALIZAR ¿SOLUCIÓN O PROBLEMA?**

En este contexto algunas voces y posiciones políticas plantean la recentralización del sistema sanitario público como la única solución de los problemas planteados, pero no parece que ésta sea la mejor opción, quienes hemos vivido la etapa anterior, la del Instituto Nacional de Previsión (INP) y del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) sabemos que la centralización sanitaria provocó muy serios problemas de funcionamiento con desajustes y desigualdades territoriales nada eficientes e injustificables desde el punto de vista asistencial, como la excesiva concentración de recursos especializados en Madrid y Barcelona y la práctica inexistencia de los mismos en grandes zonas del territorio. Más bien parece que la solución es una buena definición de competencias entre cada uno de los responsables de las distintas administraciones sanitarias, la elaboración del Plan Integrado de Salud que defina los objetivos generales del SNS, establecer normas de funcionamiento del Consejo Interterritorial para hacerlo operativo y mecanismos de financiación finalistas que favorezcan tanto la responsabilidad como el control de las actuaciones de las CC.AA.

## **LAS CLAVES DE LA EFICIENCIA**

¿Cómo mejorar la eficiencia del SNS?. En general hay que empezar señalando que si se considera eficiente un sistema sanitario que gasta poco dinero y consigue buenos resultados de salud, el caso español es claramente un caso de eficiencia porque de acuerdo con los datos de la OCDE tenemos una esperanza de vida tres años superior a la que nos correspondería con el gasto sanitario. Por supuesto hay problemas de eficiencia en el sistema, los principales serían:

- La falta de coordinación y de cohesión

La falta de objetivos comunes del SNS es un problema del conjunto que podría facialmente solventarse con el Plan Integrado de Salud, lo mismo en lo que respecta a los problemas de coordinación/ausencia de planificación común, dotándole de competencias al Consejo Interterritorial.

- Un elevado gasto farmacéutico

En España el gasto farmacéutico por habitante y año es muy elevado (si el gasto per capita fuera el del promedio de los países de la OCDE se gastarían 5.000 millones de € menos). Para ello se precisan medidas activas como la promoción de los genéricos, la financiación por grupos terapéuticos o la limitación de las agresivas prácticas de marketing de la industria farmacéutica.

- La sobreutilización tecnológica

Tenemos una sobreutilización tecnológica que ha sido reseñada en muchos estudios. Por poner algunos ejemplos, en España se realizan un 23% más de RM y/o TAC /habitante y año que el promedio de la UE y se ha señalado que hasta un 30% de la utilización tecnológica no esta justificada por la evidencia científica. Ajustar esta utilización de acuerdo con las necesidades de la población precisa de un amplio acuerdo y compromiso profesional y de las administraciones sanitarias.

- Las privatizaciones

Se conoce que la utilización de las fórmulas de privatización de la provisión sanitaria (concesiones administrativas, iniciativas de financiación privada, etc.) supone unos sobrecostes que

se sitúan entre seis y ocho veces más que su alternativa pública y que son el origen de los grandes déficits de CC.AA. como Madrid y Valencia.

Existen pues alternativas a los recortes que pueden permitir mejoras en la eficiencia de nuestro sistema sanitario sin que se pierdan las características que le hacen tan apreciado, la universalización, la gratuidad en el momento del uso y la provisión pública, desgraciadamente se está avanzando en el sentido opuesto comprometiendo sus pilares fundamentales, con el resultado previsible de un aumento de las desigualdades y de la cobertura sanitaria, con barreras en el acceso que muchos no podrán superar y con un deterioro de la calidad de las prestaciones. Esperemos que se rectifique en esta política.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- PALOMO, L. (2011): Treinta años del sistema sanitario español (1981-2011). Edita FADSP , Madrid.
- REVERTE, D.; SÁNCHEZ BAYLE, M. (editores) (2009): Globalización y salud 2009. Ediciones GPS Madrid.
- SÁNCHEZ BAYLE, M. (coord.) (2010): La situación de la salud y el Sistema Sanitario en España. Fundación 1 de mayo. Madrid. Disponible: <http://www.fadsp.org/html/situacion%20salud.htm>
- SÁNCHEZ BAYLE, M. (coord.) (2011): Otra gestión sanitaria es posible. Fundación 1 de mayo. Madrid. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/OTRA%20GESTION%20SANITARIA%20ES%20POSIBLE%5B1%5D.pdf>
- SÁNCHEZ BAYLE, M. (2011): La descentralización en España. Algunos resultados y reflexiones. En Documentos del I Seminario del Observatorio de Políticas de Salud en Iberoamérica. Fundación 1 de mayo. Madrid.