

La decadencia del Sistema Nacional de Salud

Enrique Costas Lombardía

Arbor CLXXX, 710 (Febrero 2005), 403-410 pp.

El Sistema Nacional de Salud no es, como oficialmente se enseña, un todo ramificado o descentralizado, sino un mosaico compuesto por 17 «todos», los 17 servicios sanitarios autonómicos, cada uno de ellos con poder estatutario para configurarse a sí mismo como entidad propia, sin interferencias de la administración central. Servicios casi soberanos, diferentes en criterios de asistencia y pautas administrativas, refractarios a su coordinación y cohesión, y hasta desconocidos entre sí. Cada uno responde sólo ante los ciudadanos votantes de su comunidad, y está ensimismado en sus ambiciones (su política, sus posibles votos) en busca del provecho partidista propio, y desinteresado del Sistema Nacional (en la nación no están los votos autonómicos), salvo en su condición de potencial fuente de fondos. En fin, un Sistema Nacional de Salud invertebrado, sin facultad normativa ni capacidad para fijar su estrategia frente al futuro, ya reducido de hecho a simple ente teórico; y unos servicios sanitarios regionales que, con enorme peso relativo en las finanzas de las comunidades y muy cercanos por su función a los ciudadanos votantes, adquieren especial relevancia en la afirmación de las autonomías y son por ello objeto preferente de las pugnas políticas (ahí está el Consejo Interterritorial, instancia superior coordinadora del Sistema, roto e inutilizado por las tácticas de los partidos).

Este Sistema/mosaico politizado no ha enmendado ni aún detenido el progresivo deterioro de la sanidad pública. Las más graves deficiencias advertidas en el Informe Abril, hace casi 15 años, persisten fortalecidas: el endeudamiento oculto aumenta, la desinformación ha llegado a convertir el Sistema en una mole de ignorancia, sigue sin corregirse la desatención al personal sanitario, el gasto farmacéutico galopa, la inefi-

ciencia es alta, la calidad asistencial no interesa, se ha agrietado la equidad, hay un empobrecimiento intelectual del Sistema y se ha generalizado una inexplicable despreocupación por su futuro en un mundo de mercados globalizados. Comento cada una de ellas:

1. Endeudamiento oculto

Casi todos los servicios sanitarios autonómicos exceden año tras año, ocultamente, sus presupuestos y, más pronto o más tarde, en cuanto el momento político es propicio, afloran el déficit acumulado y lo endosan al Estado. Es una pauta antigua y segura: en las dos últimas décadas, con distintos métodos de financiación, han sido frecuentes, si no periódicas las operaciones de saneamiento del Sistema.

Las comunidades autónomas entienden que este endeudamiento permanente (y hasta hoy siempre liquidado con generosidad) es la inevitable secuela de una, dicen, insuficiencia financiera que padece el Sistema. Juzgan que España destina a la sanidad pública relativamente poco dinero, menos del que correspondería a su posición en el mundo industrializado (el porcentaje «sanitario» del PIB es inferior a la media europea, alegan como prueba irrefutable), y la asistencia que prestan los servicios autonómicos a las crecientes necesidades médicas sólo puede mantenerse generando deuda. El derecho de los españoles al libre acceso a la asistencia sanitaria estaría peligrosamente sostenido por el déficit. Acrecentar el flujo financiero del Sistema resultaría, pues, un deber del Estado que cada día se sentiría más incumplido y más urgente (algunos hasta lo cuantifican: un aumento equivalente al 1% del PIB; no dicen, ni puede explicarse, por qué es el 1% y no el 0'5 ó el 2%).

¿Necesita efectivamente el Sistema Nacional de Salud, o sea, los servicios sanitarios autonómicos, más dinero? Sin duda. La demanda médica es indefinidamente expansible (se ha dicho que en medicina siempre puede hacerse una cosa más) y está muy avivada por la incesante progresión de la tecnología, las expectativas de los ciudadanos y otros factores. En sanidad, nunca bastante es bastante, como en un pozo sin fondo. Wildavsky enunció esto como una ley económica: «el gasto sanitario alcanza en todo caso el nivel de los fondos disponibles, por muy alto que ese nivel sea». Pero es obvio que los limitados recursos financieros del estado no pueden seguir la acelerada demanda médica. Esa insuficiencia financiera tan denunciada no se debe a que las cantidades presupuestadas para sanidad sean inferiores a unas concretas obligaciones previstas,

sino a que el Sistema, encerrado por los políticos en la irrealidad, está comprometido en derecho a proveer asistencia sin fin: dar todo o casi todo a todos en toda ocasión a precio cero en el momento del servicio, como si los textos legales o la solidaridad social o los fines humanitarios de la medicina hubieran mágicamente liberado a la sanidad pública de la escasez natural. Presidido por esta ficción ¿cómo evitar que el Sistema sufra de insuficiencia financiera? ¿Dónde puede encontrarse dinero suficiente para pagar lo imposible? Cualquier nuevo método o vía de financiación o aumento de la aportación del Estado sólo puede tener efectos temporales; será una tregua, no una solución: proporcionará más dinero, pero irremediablemente muy pronto reaparecerá la deuda, intervendrá la política y se instalará otra vez el ciclo déficit/saneamiento/déficit que mina la sanidad pública.

El sostenimiento del Sistema requiere antes que nada encajarlo en la realidad, limpiarlo de la superstición del romanticismo. El problema financiero del Sistema es el propio Sistema tal como está, en una situación artificial, de provisionalidad continua, que permite a los políticos justificar con la falta de dinero (siempre la insuficiencia financiera) los fallos asistenciales y de funcionamiento, y retrasar la adopción de incómodas medidas de afianzamiento y modernización. Entre ellas una forma de financiación que pueda hacer comprender a los ciudadanos españoles la insuficiencia irremediable del dinero público para hacer frente a un hiperconsumo sanitario sin límites naturales y muy politizado.

2. Desinformación casi absoluta

Únicamente los servicios sanitarios autonómicos están en condiciones de contar y medir la actividad y el gasto asistenciales, cada uno los suyos. De modo que la información del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se produce fragmentada por comunidades (excepto la relativa a la prestación farmacéutica, que todavía concentran y tramitan por mucho dinero los colegios de farmacéuticos) y es propiedad de los respectivos servicios autonómicos. En la práctica, cada uno de ellos puede decidir qué hechos económicos o actos clínicos registra y qué datos retiene o cede, y a quién y cuándo los cede. Hasta ahora, los servicios autonómicos de salud, sin incentivos ni compromisos que debieran haberse establecido en los acuerdos de transferencias, envueltos en una red de intereses y recelos (de partidos nacionales y nacionalistas, de gobiernos autonómicos y sus oposiciones, parlamentos, administración central) y te-

merosos de posibles comparaciones o interpretaciones, esconden o difuminan con retrasos sus datos de actividad y costes de tal modo que el Sistema Nacional de Salud ha perdido también su representación estadística. El mandato de la Ley de Cohesión y Calidad («las comunidades autónomas...aportarán a este sistema de información los datos necesarios», artículo 50.5) se deshace como papel mojado en las complicadas, si no conflictivas, relaciones políticas de la Administración Central con las autonomías. Hace algunos meses, la Ministra de Sanidad y Consumo notificó por primera vez la cantidad total de enfermos en lista de espera en España, pero advirtió que no diría el número en cada comunidad autónoma para evitar su uso partidista. Seguramente, la Ministra no hubiera obtenido las listas sin prometer ese silencio. Es decir, nuestro Sistema no puede soportar la transparencia, y es una mole de ignorancia: nadie sabe con el debido rigor cuánto se hace, cómo se hace, ni incluso cuál es su gasto real (probablemente, considerado el endeudamiento permanente de los servicios autonómicos, muy superior al 5,4% del PIB que se maneja).

3. La desatención al personal sanitario

El Sistema Nacional de Salud es, en términos empresariales, una compañía de servicios de mano de obra intensiva y especializada. Más del 53% de su gasto corresponde a sueldos, salarios y complementos. Además, los médicos tienen ligada a su exclusiva competencia técnica concedida por la sociedad, el poder económico real de la empresa: sus decisiones clínicas determinan los gastos. Son los médicos, y no los gerentes o directivos, quienes asignan gran parte de los recursos de la entidad. Es obvio, por tanto, que cualquier proyecto de mejora o de simple mantenimiento del Sistema está subordinado a una adecuada actitud del personal sanitario.

Sin embargo, pasmosamente, el Sistema desatiende al personal, lo maltrata: no ha establecido incentivos profesionales, paga mal a todos los trabajadores (la cuantía de sus sueldos es de las más bajas de los sistemas europeos) e igual al preparado que al incompetente, al que se entrega a su función y estudia para estar al día que al remolón y desfasado. El Sistema Nacional de Salud es una empresa laboralmente perversa: fomenta la mediocridad o indolencia de sus empleados y expulsa el celo, el mérito y la excelencia. La reforma de tan aberrante política de personal constituye una precondición para el digno sostenimiento de la sanidad pública española.

4. El galope del gasto farmacéutico

En 2004, el gasto farmacéutico público total ascendió a unos 12.200 millones de euros (9.513 millones en farmacias y 2.687 millones estimados en hospitales), más de 2 billones de pesetas (1 billón 582.000 millones en farmacias y 447.000 millones en hospitales), y absorbió más de la tercera parte de los recursos económicos del Sistema. Desde hace años, el gasto farmacéutico crece a una tasa anual media de dos dígitos, muy superior al incremento del PIB nacional y de los presupuestos de la sanidad pública. La política de entretenimiento o de hacer que se hace seguida hasta ahora por los sucesivos gobiernos, aplica medidas cuidadosamente elegidas más por su efecto político que por su efectividad. El desmedido gasto farmacéutico es, de hecho, un derroche consentido que oprime a la asistencia primaria y hospitalaria de tal modo que ya constituye un impedimento crítico para el desarrollo del Sistema.

5. Ineficiencia grave

La eficiencia, que aquí podríamos definir como alcanzar el fin asistencial al menor coste, es un imperativo moral: los recursos obtenidos de los ciudadanos y usados para proveer bienes o servicios públicos deben rendir al máximo valor del dinero. Particularmente en sanidad, donde la finitud de los recursos, como dice Alan Williams, determina que la explícita decisión de dedicarlos a un paciente suponga inevitablemente la implícita decisión de negarlos a otro.

En el Sistema Nacional de Salud, sin embargo, son muchos los factores (rigidez administrativa, irresponsabilidad burocrática, politización, incentivos perversos, desinformación, falta de conciencia del coste) que ahogan la eficiencia. Un dato: el 86% aproximadamente de los recursos financieros del Sistema es absorbido por dos capítulos (personal, 53%, y consumo farmacéutico, 33% o más) que se mantienen desde hace años en la insensatez y el despilfarro. El 86% de los fondos de la sanidad pública se gestionan muy mal o no se gestionan.

6. Desinterés por la calidad

Medir la calidad es una acción revulsiva: fustiga la rutina asistencial, descubre el grado de eficiencia clínica, introduce un cierto grado de objetividad en la asignación de los recursos y pone en tela de juicio el

funcionamiento y hasta la estructura del sistema sanitario. Al establecer unos índices de calidad se promete de manera tácita un nivel de asistencia concreto y por tanto exigible. La medida pública de la calidad revela en el acto las faltas del Sistema y conmina a dar respuestas inmediatas.

Se comprende que instaurar controles de calidad sea espinoso para los políticos, pero es ya un deber social sin excusas. Razones éticas, de seguridad clínica y de eficiencia económica reclaman unos índices de calidad, probablemente el único modo de evitar que el derecho constitucional de protección a la salud tienda en la práctica a degradarse. El Reino Unido ha creado, en 1999, la Comisión for Health Improvement, formada por personalidades independientes de la sociedad civil, para mejorar la calidad de la asistencia en el National Health Service. En España, la calidad en general, no es, no puede ser, la debida (el Sistema desdeña la mejora de la habilidad y de los conocimientos y afanes profesionales del médico), y la mayor o menor bondad de la asistencia queda en manos del azar, sin revisión posterior. Depende de qué hospital, qué equipo de especialistas, qué día y hasta qué hora el enfermo sea intervenido o tratado. La calidad global de nuestra asistencia es, además de mediocre, aleatoria y variable, o sea, peligrosa e injusta.

7. Grietas o roturas en la equidad

En la asistencia sanitaria, la equidad (entendida como igualdad de tratamiento en igual necesidad, e igualdad de acceso, cualesquiera que sean las circunstancias culturales, económicas y geográficas del enfermo) ha sido, sin duda, el principio creador de todos los sistemas de salud. El deber de preservar la equidad está inscrito en la entraña de la sanidad pública de todos los países industrializados. También en España la palabra equidad es usada con abundancia y entusiasmo por los políticos de todos los partidos; sin embargo, las desigualdades en recursos, gastos, endeudamiento y prestaciones entre los servicios sanitarios autonómicos quebrantan cada día más la equidad del Sistema Nacional de Salud. Diferencias que seguramente se acentuarán de realizarse los proyectos conocidos del Gobierno para sufragar la sanidad: en resumen¹, ampliar y estimular la capacidad fiscal de las comunidades autónomas a fin de que

¹ EL PAIS, 24 de marzo de 2005, pag. 13.

cada una relacione su servicio sanitario con sus posibilidades y autonomía recaudatorias. Las ricas, mas; las pobres, menos. La urdimbre que debiera sostener y engranar en la solidaridad el Sistema Nacional de Salud tiende a desaparecer.

8. Empobrecimiento intelectual

La enorme desinformación, el desánimo laboral y el paradójico y riguroso neocentralismo autonómico² hacen imposibles las comparaciones estadísticas y análisis o estudios elementales, con progresiva merma de los conocimientos del Sistema. Se ha perdido la conciencia de su evolución y hasta de sus riesgos. Además, la falta de emulación en el trabajo asistencial y el desprecio del mérito médico reducen la sabiduría clínica. Hay, sin duda, afortunadamente, médicos y grupos de médicos que se esfuerzan en seguir la marcha de la ciencia y su aplicación, pero el Sistema empuja hacia la rutina y la superficialidad. La sanidad pública española ha perdido calado intelectual en su ordenación, su funcionamiento y su asistencia. Lo pierde sin cesar.

9. Indiferencia ante el futuro

No parece que los próximos años vayan a ser fáciles para la sanidad pública. Además de las presiones habituales y siempre crecientes sobre la demanda y el gasto médicos (la fecundidad de la innovación tecnológica, los cambios epidemiológicos, las exigencias de mayor calidad asistencial, las expectativas sin fin de los ciudadanos), los sistemas de libre acceso universal se verán envueltos en nuevas y complejas circunstancias derivadas de la globalización de la economía. Un nuevo liberalismo, dice James A. Morone, se enfrenta en todas partes a la vieja solidaridad; los mercados claman cada vez más por la disciplina en el gasto público y será

² En especial, en los hospitales, en los que el neocentralismo autonómico ha multiplicado las intervenciones políticas y tiende a acaparar la gestión. Las herramientas informáticas, que debieran favorecer la dependencia y responsabilidad de los gestores, la proximidad regional de los centros y el vacío existente entre el poder político y la gerencia del hospital (ausencia de un consejo u otro organismo similar al «board» de los centros británicos), animan la intrusión de las autoridades sanitarias incluso en el día a día. Los hospitales pudieran llegar a ser terminales de una gestión centralizada en manos políticas.

difícil mantener y más, aumentar la financiación por impuestos (la entrada en la moneda única europea ya obligó a moderar el gasto social). En un mundo de mercados globales, ¿qué lugar ocuparán los sistemas nacionales enraizados en la equidad social? Nuestra sanidad pública requiere una nueva evaluación de su estado actual que permita prever los peligros posibles. La indiferencia ante el porvenir es una frivolidad culpable de los rectores del Sistema Nacional de Salud.

Y una deficiencia final ajena al Sistema, que sustenta y agrava las antes comentadas, como muestras de su decadencia: los políticos instalados en el cómodo y ridículo discurso de «tenemos uno de los mejores y más baratos sistemas de salud del mundo».