



ESPAÑA CÍVICA |
MODELO SANITARIO



MEMORANDUM SOBRE PUNTOS A REFORMAR EN LA SANIDAD NACIONAL

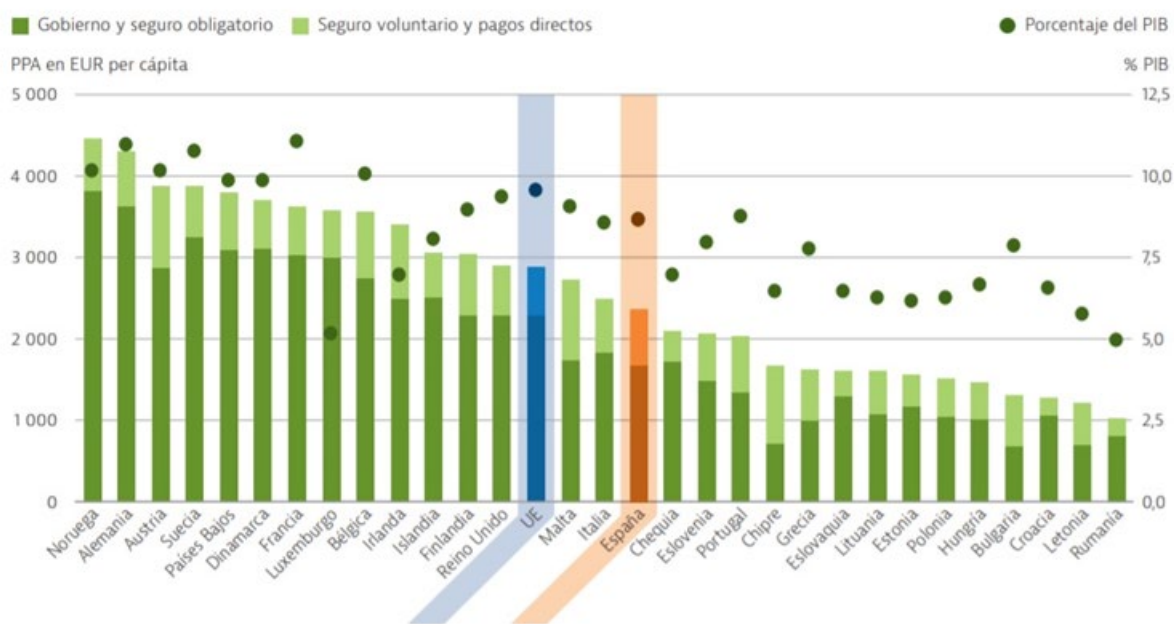
INTRODUCCIÓN: UN BREVE RETRATO

- Inversión en Salud**

Con la descentralización de la sanidad y la asunción de las competencias por las Comunidades Autónomas (CCA) se ha propiciado una cierta asimetría en las dotaciones y prestaciones, así como en el desarrollo de las estructuras y redes básicas. El papel del Ministerio de Sanidad se relega a la elaboración de la cartera básica de servicios, así como de recogida y elaboración de información procedente de las CCA y coordinación de centros de investigación. En todo caso, la inversión en sanidad cada vez es más importante, como lo refleja el informe 'State of Health in the EU, que analiza la situación de los sistemas sanitarios de la Unión. En el caso de España, se destinó en 2017 el 8,9% de su PIB a Sanidad, mientras que la media de la UE está en el 9,8%. El gasto público representaba el 71% de todo el gasto sanitario por debajo de la media de la UE, que es del 79%, atribuyéndolo a la crisis económica de 2009, y a la adopción de medidas de reducción de costes. Aun así sigue por debajo del nivel anterior a la crisis.

El gasto sanitario per cápita, ajustado según el poder adquisitivo, es de 2.371 euros, un 15% por debajo de la media de los 2.884 euros de la UE. Según IDIS que el gasto sanitario total en provisión privada, según las estimaciones realizadas, asciende al 3,5% del PIB en 2015, lo que supone un gasto aproximado de 36.226 millones de euro

Gráfico 7. España gasta menos en sanidad que la media de la UE



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE 2019 (datos correspondientes a 2017).



MEMORANDUM SOBRE PUNTOS A REFORMAR EN LA SANIDAD NACIONAL

- **Recursos Humanos**

Tampoco la situación de personal es satisfactoria: España cuenta con 3,9 facultativos por cada 1.000 habitantes, según los resultados del Informe anual de estadísticas sanitarias 2018, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este estudio revela, que respecto a 2012 España ha bajado 13 posiciones en el ranking mundial, (en este año en séptima posición con 3.96 facultativos/1000).

La caída se repite también, aunque menos llamativa, en el ratio de enfermeras, que ocupa la posición número 59. Mientras, en el año 2012 España era el 51 país con más enfermeras por cada mil habitantes (con 5,1 profesionales), en esta nueva edición el país ha bajado hasta el puesto 59.

- **Freno a la libre circulación de profesionales**

La grave discrepancia de salarios, criterios de contratación y baremación de méritos empobrece el panorama profesional, al reducir a una dimensión de óptica provinciana el futuro profesional. Muchos profesionales de alto nivel se ven impelidos a la emigración (Un 30% de MIR recién titulados emigraron en 2019) o a quedar en puestos de menor importancia ante la dificultad de ser reconocida parte de sus méritos en todo el territorio nacional.

- **Gasto farmacéutico elevado**

Si bien se ha intentado controlar mediante la política de prescripción de genéricos y las subastas, figura administrativa fuertemente contestada por algunos lobbys, sigue siendo muy elevado, 10.792 millones de euros en 2019, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad. El número de envases facturados creció un 2,69 por ciento, así como el gasto medio por receta. La incorporación de fármacos de alto coste, particularmente en especialidades como oncología, autoinmunes y otros supone asimismo una gran carga, y la negociación de precios no siempre ha sido muy acertada.

- **Una Atención Primaria sin competencias**

El modelo propuesto en la reforma de los años 80 del SNS se inspiraba en el británico, que se centra en una importante participación gestora del médico de AP y la estricta colaboración con los centros hospitalarios. Este modelo nunca se ha llegado a implantar eficazmente, principalmente por falta de confianza en la capacidad gestora de los equipos de AP y la creciente burocratización de sus actividades, que origina focos de ineficiencia.

En cambio, la asignación de recursos en la atención sanitaria se ha destinado preferentemente, en una política de imprevisión y cortoplacista, a grandes hospitales y superespecialidades, a veces redundantes e inconexas en la propia CCAA, obedeciendo a criterios políticos más que de eficiencia.



MEMORANDUM SOBRE PUNTOS A REFORMAR EN LA SANIDAD NACIONAL

En cambio, la asignación de recursos en la atención sanitaria se ha destinado preferentemente, en una política de imprevisión y cortoplacista, a grandes hospitales y superespecialidades, a veces redundantes e inconexas en la propia CCAA, obedeciendo a criterios políticos más que de eficiencia.

- **Cronicidad y cuidados continuos: asignatura pendiente**

Los pacientes crónicos complejos constituyen aproximadamente el 5 por ciento de la población española y su atención supone el consumo de hasta el 50 por ciento de los recursos sanitarios de España, según la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Estas personas son, en su mayoría, de edad avanzada, con múltiples afecciones crónicas, con una mala percepción de su salud y susceptibles de presentar dificultades en el acceso a la atención sanitaria.

- **Colaboración público privada (modelos PPP) desvirtuada**

El modelo PPP, esta anatematizada por un fundamentalismo ideológico falto de argumentos, cuando en otras latitudes ha dado muy buenos resultado y es un modo de aliviar la carga económica sanitaria. Aunque tiene ciertas carencias y debería reformarse, tenemos el ejemplo en el modelo Muface, con el que están satisfechos y renuevan anualmente más del 90% de sus usuarios. Ya que muchos servicios de salud han creado empresas públicas sanitarias, podría estudiarse extender este tipo de modelo, depurado, a la población general.



MEMORANDUM SOBRE PUNTOS A REFORMAR EN LA SANIDAD NACIONAL

EN SÍNTESIS, UNA GESTIÓN POCO EFICAZ E INEQUITATIVA

La estructura federada de facto del país, origina notables problemas de circulación de profesionales, asistenciales y de impacto de campañas de prevención. Existe una total politización en asuntos como contratación y nombramiento de altos cargos y fundamentalismo ideológico en materia de colaboración pública-privada y en la gestión de entes públicos, sometida a las directrices de las Consejerías o Servicios de salud, restando eficiencia y ahuyentando gestores de alta cualificación. Como las partidas destinadas a las CCA no son finalistas, cada una destina a salud pública lo que considera convenientes, existiendo grandes diferencias entre CCA y en el presupuesto por habitante. El Consejo Interterritorial, órgano de comunicación entre las CCA y con el Gobierno central, es un órgano meramente consultivo, por lo que sus acuerdos se supeditan a la decisión final de cada Servicio de salud.

La ausencia de un sistema centralizado de información sanitaria y de una tarjeta única produce, amén de molestias a los usuarios, graves problemas para conocer realmente la dotación a nivel nacional, con la posibilidad de afrontar iniciativas sanitarias en toda España. La reciente crisis ha evidenciado como esta falta de uniformidad dificulta la toma de decisiones origina notables discrepancias entre datos.

Una interesante propuesta, devaluada por la cicatería e intromisión es el modelo de Gestión Clínica protagonizado por los profesionales, sector ignorado y hasta temido por las administraciones, y a los que se pretende hacer meros funcionarios controlados en una estructura vertical. La planificación de la asistencia se desliga de los auténticos expertos lo que, entre otros aspectos negativos, incide en la abultada lista de espera. La investigación se dispersa en numerosos centros, con estructuras y relaciones muy complejas, desviando presupuesto, personal y dotaciones a proyectos de escasa calidad científica o utilidad pública.

Hay graves lagunas en la atención sociosanitaria y en salud mental, que ni la Ley de Dependencia ni decretos o disposiciones territoriales han resuelto, a pesar de incontables comisiones, informes y disposiciones, que al no acompañarse de partidas presupuestarias, quedó solo en buenas intenciones.

En resumen, el modelo sanitario adolece de demasiada ideología, prejuicios y falta de sensatez en su implementación. Hay dispersión e inequidad en sus prestaciones y existe un constante afán de control por parte de los poderes públicos que puede llegar a comprometer el mismo futuro de la sanidad pública si no se actúa en breve plazo. Se trata de promover una reforma del modelo en vez de asistir a su agotamiento por inviabilidad, reduciendo la sanidad pública al papel de una mera beneficencia.



MEMORANDUM SOBRE PUNTOS A REFORMAR EN LA SANIDAD NACIONAL

PROPUESTA: PUNTOS DE ACTUACION

Marco jurídico administrativo de actuación

La Constitución Española de 1978 en su artículo 43.1 establece el derecho a la protección de la salud como un derecho de todos los españoles. Hasta el año 1986 persiste el modelo de Seguros Sociales articulado en el antiguo régimen de Seguridad Social. Ese año se promulga la Ley 14/1986 General de Sanidad, que desarrolla el derecho a la protección de la salud como inherente a la condición de ciudadano español establecido por la Constitución Española. Se establece la universalización del derecho a la asistencia sanitaria en todas sus fases: desde la prevención hasta la curación, rehabilitación y reinserción. En cuanto a la estructura del sistema sanitario se establece un Sistema Nacional de Salud formado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Los principios que subyacen a nuestro sistema nacional de salud son los de ofrecer un servicio universal, de libre acceso, en términos de igualdad y equidad en la financiación.

- 1. Despolitización del SNS:** Debe sanearse su estructura de modo que constituya una herramienta eficaz, basada en resultados y regida por criterios de utilidad pública. Esta pretensión no se logrará sin un acuerdo entre fuerzas políticas principales. El SNS resultante se dotará de autonomía presupuestaria, aconsejando que las partidas a las CCA sean finalistas, para evitar recortes que cuesta décadas remediar.
- 2. Reforma inteligente:** Es habitual en la vida pública que, cuando se propone una reforma o cambio, se elabore un modelo que tienda a suplantar totalmente al vigente. Este hecho, unido a las habituales pretensiones maximalistas de estas iniciativas, hace que, tras ser exhibido como un logro del equipo gestor de turno, casi siempre estas propuestas se olviden, cuando no originan en costoso y torpes experiencias piloto. Creemos que no es preciso cambiar ninguna estructura actual, sino más bien dotarlas de sentido. Desde luego, es urgente adelgazar la tupida trama de departamentos y cargos cuya utilidad es más que dudosa. Parece muy eficiente, en algunos aspectos, el modelo de entidades de derecho público o entes públicos regulados por el derecho laboral común, siempre que se desprenda de su politización.
- 3. Normalización administrativa:** Se propone la inmediata creación de un documento único de afiliación (o la compatibilidad entre los actuales), válido en todo el territorio nacional y conectado a una base de datos nacional, inspirada en los modelos como el andaluz y otros de historia clínica digital. Todos los datos necesarios para la asistencia o prestaciones sanitarias serían accesibles desde los diversos niveles de atención, incluida la sociosanitaria.



MEMORANDUM SOBRE PUNTOS A REFORMAR EN LA SANIDAD NACIONAL

PROPUESTA: PUNTOS DE ACTUACION

- 4. Cartera de servicios básica única, con acceso universal a las prestaciones financiadas por el SNS:** Las diferencias de prestaciones entre CCA deberían ser mínimas. Deben desaparecer las diferencias en acceso a fórmanos, ortoprótesis, así como programas de cribado de cáncer, entre otras materias.
- 5. Dotación de carácter ejecutivo al Consejo Interterritorial:** Al menos en decisiones de relevancia nacional, planes de salud, campañas y lucha frente a emergencias. El Ministerio de Sanidad actuaría de órgano coordinador y regulador, aunque habría que asegurarse de su competencia
- 6. Sistema de contratación de fármacos, centralizada y válida para todo el SNS:** Fijación de precios de referencia únicos, en negociaciones transparentes, dando prioridad al sistema actual de subasta, con las mejoras oportunas para garantizar la calidad de los concurrentes.
- 7. Urgente reforma de la AP:** Es necesario un gran acuerdo entre las sociedades profesionales, CCA y Ministerio. Organizada en áreas de Salud y con capacidad de gestión económica en partidas por asegurado. Debería incluir además de la habitual, actividad en Salud Pública, Epidemiología, Farmacia y Veterinaria en ámbito rural. Coordinación, mediante médico y enfermera de enlace, de las unidades de Cuidados continuos en colaboración con Hospitales y Unidades de Paliativos.
- 8. Libre circulación de profesionales, salario y bolsa de trabajo únicos; normalización de baremos. Mantenimiento de un sistema MIR único y centralizado:** Anulando las restricciones por razón de ejercicio en una determinada CCAA, las de carácter lingüístico, ni los que establezcan un mérito adicional en razón de origen, residencia o formación promovida por determinada administración o universidad,
- 9. Urgente Implementación de los vigentes planes de crónicos y cuidados continuos:** Que serían coordinados desde AP, evitando la frecuentación hospitalaria y el elevado consumo de fármacos.
- 10. Puesta en marcha real y efectiva de planes nacionales frente a obesidad, drogas y alcoholismo**



MEMORANDUM SOBRE PUNTOS A REFORMAR EN LA SANIDAD NACIONAL

PROPUESTA: PUNTOS DE ACTUACION

- 11. Mejora de los planes de atención a la Salud Mental:** Especialmente en la atención a condiciones sociosanitarias, talleres de terapia y estancias de medio y largo plazo. Para ello se podría coordinar con los recursos de Ayuntamientos y Diputaciones
- 12. Acometida seria y eficiente a los planes de prevención y hábitos saludables:** Especialmente a los mencionados de obesidad, tabaquismo y alcoholismo. El sistema actual está muy centrado en actividades paliativas y curativas, con una insuficiente atención a la prevención y a la mejora de hábitos de vida.

Por último, una recomendación interesante es la apertura a una mayor implicación de los agentes sociales, como ONG, o sociedades altruistas, en el apoyo a la atención de los pacientes y sus familias, su rehabilitación y acompañamiento, etc...