
Prestaciones y servicios. ¿Debemos estar más preocupados hoy que hace cinco años?

Juan José Cañas Sancho

Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Desde enero de 2002 se ha producido la transferencia de la gestión de la sanidad a la totalidad de las Comunidades Autónomas, pero antes de esa fecha ya más de la mitad de los españoles tenían la experiencia de una gestión descentralizada. La minoría nos hemos incorporado a una forma de hacer de la mayoría.

Entonces si la mayoría ya tenía las transferencias, ¿es mucho más preocupante ahora que hace 5 años la cohesión o la equidad del sistema? Si ha sido una decisión política esta descentralización, ¿debemos esperar una sanidad igual (en cuanto a prestaciones y servicios) en todas nuestras autonomías? Las diferencias actuales en cuanto a gasto sanitario per cápita entre autonomías ¿pueden poner en riesgo la cohesión del sistema?

Es cierto que los riesgos se incrementan al aumentar los actores, pero tenemos una dilatada trayectoria en

esta descentralización de la gestión que se ha producido por fases. No obstante es necesario apuntar que si en algo se ha notado que se han producido las transferencias de la gestión es en que ha mejorado, a mi juicio, notablemente la equidad de acceso. Podríamos hablar, y sólo por poner dos ejemplos, de que en el período comprendido entre 2001 a 2005 se han incrementado en un 50% el número de aceleradores lineales funcionantes en los establecimientos sanitarios, o que se han duplicado el número de resonancias magnéticas en el mismo período.

En España no existe, a mi juicio, una diferencia sustancial de gasto per cápita en la sanidad pública. Como pone de manifiesto el informe “Recursos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para sanidad... 2003-2006” en términos generales donde menos se gasta es en las comunidades de mayor población (segu-

ramente debido a la estructura de costes de la sanidad, pues todos sabemos la importancia de los costes fijos en el sector), y sobre todo en las comunidades más pequeñas y en donde existe una mayor dispersión y envejecimiento (y hablo siempre en términos generales y sobre presupuestos iniciales).

Además, y tal como dice el citado informe, para el período 2003-2006, “las divergencias respecto a la media se han reducido en términos de desviación estándar” y el coeficiente de variación de los presupuestos per cápita ha descendido los tres años.

Me gustaría hacer una referencia al barómetro sanitario de 2006 que elabora el Centro de Investigaciones Sociológicas. En el mismo se plantean una serie de cuestiones que tienen que ver con la percepción que los ciudadanos tienen sobre temas relacionados con el contenido del asunto que nos ocupa.

Al analizar la tabulación por Comunidades Autónomas (cabe recordar que de todas ellas 7 habían recibido las transferencias antes del último traspaso del Instituto Nacional de Salud [INSALUD]) podemos observar que ante la pregunta de si estamos o no satisfechos con el modo en

que el sistema sanitario público funciona en España se obtiene una nota media de 6,23 sobre 10. Pues bien, de las 6 comunidades que obtienen nota por debajo de la media 5 habían recibido las transferencias antes del 1 de enero de 2002.

En el barómetro también se pone de manifiesto que el 46,6% de los encuestados afirma, frente a un 30,2% que lo niega, que la sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se resida en una Comunidad Autónoma o en otra.

Otro dato de interés es que el 48,3% opina que los servicios de Atención Primaria han mejorado respecto a los últimos 5 años, el 40,6% piensa que las consultas de Atención Especializada han mejorado y el 43,2% que lo ha hecho la atención hospitalaria. Los que piensan que ha empeorado son, respectivamente, el 5,2%, el 6,5% y el 5,3%.

Sólo el 6,8% de los españoles opina que los ciudadanos reciben un servicio peor gestionando la asistencia sanitaria las Comunidades Autónomas en lugar del Estado.

Y por último, y de forma abrumadora, el 84% de los españoles piensa que las Comunidades Autónomas

deberían ponerse de acuerdo a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos (solo el 3,2% piensa que no).

Es indudable que cuando hablamos de prestaciones y servicios del sistema nos viene a la mente la otra cara de la moneda: la financiación.

La palabra “financiación” en sanidad siempre despierta nerviosismo e incomodidad entre los afectados, tanto en la ciudadanía como en los profesionales del sistema. Esto no es casual, ya que la ciudadanía demanda, reclama y espera; por su parte, el sistema sanitario, integrado por políticos y técnicos, ofrece, también reclama, a veces escucha y sobre todo decide. Y en ese trajín lo que se intercambia son los recursos (escasos) en sus más variadas expresiones: servicios médicos, pruebas diagnósticas, equipamientos, personal (especializado o simplemente más personal), centros, salarios, medicamentos, formación... y podríamos seguir.

En el nuevo marco de descentralización de la financiación sanitaria son las Comunidades Autónomas las que tienen que hacer frente a estos intercambios de intereses sin olvidar la necesidad de conciliar tres objetivos: suficiencia, equidad y autonomía.

¿Cómo podemos interpretar cada uno de estos objetivos?

La suficiencia se refiere a la adecuación de la capacidad financiera que tiene cada región con las necesidades a las que debe atender. Por primera vez, con los pactos de 2001, se quiere garantizar la financiación suficiente mediante un mecanismo de corresponsabilidad fiscal que pone en manos de las Comunidades Autónomas impuestos y capacidad normativa. En definitiva la suficiencia está ligada al producto interior bruto (PIB) de cada región.

Esto significa concebir un cambio muy importante en las formas y hábitos hasta ahora establecidos; es necesario alinear intereses y responsabilidades de los agentes; entiéndase: quien toma decisiones que afectan al gasto debe asumir su coste, incluso el coste político de tener que aumentar los impuestos para mantener esos mayores gastos.

Recordemos lo sucedido en el período 2001-2003, en el que se hizo una apuesta por un mayor nivel de gasto sanitario. Consecuentemente se debería haber presupuestado y explicado de dónde se iban a obtener los recursos adicionales (es pertinente

decir que algunas comunidades pusieron en funcionamiento el mal llamado “céntimo sanitario”). Pero lo que sucedió es que se aumentó el gasto a costa de déficit, trasladando el problema a ejercicios futuros y evitando a la ciudadanía el debate de mayor gasto-mayor presión fiscal¹. Para dar salida a esta situación el Estado aprueba derivar 1.677 millones de euros de sus presupuestos a las comunidades; estas medidas, aunque excepcionales, no pueden evitar disminuir la credibilidad de corresponsabilidad fiscal efectiva de las Comunidades Autónomas.

Pero la cuestión más relevante a la que hay que hacer frente no sería tanto la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos de gasto como la deseabilidad social del mismo. Lo fundamental sería identificar y evaluar de forma objetiva las alternativas para su financiación: reformas destinadas a mejorar la eficiencia del gasto público (hacer más con lo mismo), reformas destinadas a aumentar la financiación pública y privada del gasto (hacer más con más) y reformas destinadas a priorizar y racionar las prestaciones públicas².

Para determinar la deseabilidad social del gasto habrá que hablar de pre-

ferencias individuales y sociales; la respuesta no puede ser técnica en ningún caso, dependerá de cómo se manifiesten y se agreguen estas preferencias.

Los recursos dedicados a la sanidad respecto al PIB sabemos que han aumentado su peso al doble en los últimos 30 años. Cuanto mayor es la riqueza de un país más se gasta en asistencia sanitaria, pero de ello no se deriva ninguna norma. Aquellos que esperan una respuesta técnica al problema político del gasto sanitario público, o que quieren disfrazarla de tal, no tendrán más remedio que reconocer al cabo del tiempo que la decisión es política y fruto del acuerdo. Y que además los ciudadanos individualmente también decidirán cuál es el gasto privado que desean, más allá de la cobertura universal de la que dispongan.

Hay dos niveles de análisis, servicios o salud. Intuitivamente un ciudadano quiere más servicios porque espera de ellos mayor salud y satisfacción de sus preferencias. Lo que no sabemos es si más recursos económicos nos producirán una mayor oferta de servicios sin más, y si más oferta nos producirá necesariamente mayor salud. Más recursos económicos pueden dedicarse a aumentar los cos-

tes unitarios y más oferta no siempre significa mejor salud. Por ejemplo, aumentar el sueldo de los profesionales no tiene por qué mejorar la salud en la misma proporción. Si lo que finalmente deseamos es un mayor nivel de salud, entonces la pregunta adecuada sería sobre la productividad marginal de los recursos adicionales, ¿qué conseguimos a cambio de más recursos? Puede que satisfagamos nuestras preferencias, que recibamos en exceso, o recibamos menos de lo esperado.

Por tanto la consecución de un mayor nivel de salud no es posible con cantidades de *inputs* sin más. Es la forma en que se organizan estos *inputs* lo que acaba resultando más relevante. Y precisamente hay *inputs* que representan un gasto y otros que simplemente son esfuerzo. Así por ejemplo el cumplimiento terapéutico de un paciente es clave, al igual que todos sus hábitos saludables. El médico puede esforzarse más o menos en el diagnóstico y el tratamiento correcto, pero le pagamos por el tiempo trabajado y no por el resultado. También debe considerarse que hay variables que afectan al resultado que puede controlar y otras que le será muy difícil.

En definitiva es muy importante que las preferencias sociales participen en la determinación de “más salud, por qué y para qué”.

El segundo objetivo, la equidad, definida en nuestra legislación como garantía universal de acceso a la atención y corrección de las desigualdades sociales y geográficas, trasciende al ámbito autonómico, surgiendo así los criterios de solidaridad y reparto entre Comunidades Autónomas como piezas fundamentales para la gobernanza del sistema.

Con este fin el fondo de cohesión cobra especial importancia, pero no como una mera compensación de pacientes hospitalizados desplazados, sino como una reserva del sistema gestionada por la administración central para el cumplimiento de ciertos fines relacionados con la mejora de la eficiencia o la equidad del sistema en su conjunto.

La equidad en el Sistema Nacional de Salud debe garantizar que las personas que residen en el Estado español tengan acceso a las prestaciones y servicios según su necesidad; esto no obliga a que cada Comunidad Autónoma oferte en su territorio todas las prestaciones, sino que debe posibilitar el acceso a las mismas.

Por último el objetivo de autonomía, entendida como el respeto a la libertad de elección de las Comunidades Autónomas sobre la asignación de recursos y la forma de gestionarlos. Este objetivo se topa con uno de los problemas estructurales del sistema sanitario, no necesariamente más gasto implica más salud. Cada Comunidad Autónoma deberá fijar sus prioridades, y por tanto asignar sus escasos recursos en consecuencia, teniendo en cuenta las preferencias de su ciudadanía. Varios son los autores que proponen para esto un nuevo contrato social, que transforme el concepto actual de Estado del bienestar por el de sociedad del bienestar.

Este contrato social expresaría y ordenaría los valores de la ciudadanía respecto a la determinación de las prioridades en sanidad y debería sostenerse en los principios de solidaridad intra e intergeneracional, subsidiaridad pública y privada, igualdad

y responsabilidad, colectiva e individual, profesional y del ciudadano³.

En resumen el reto del Sistema Nacional de Salud es rediseñar su gobierno de forma que esté en condiciones de encauzar las presiones de cambio demográfico, tecnológico, de expectativas y sostenibilidad⁴. En consecuencia, la función financiera deberá estar al servicio de este proceso de racionalización, para que pueda responder a los objetivos del sistema y sea capaz de crear recursos e incentivos que produzcan efectos en la salud y en la calidad de los servicios sanitarios.

Es pronto para concluir, y aunque creo que no lo estamos haciendo tan mal, existen riesgos derivados de la “política” de nuevas prestaciones, de que cada cual mire por lo suyo y los suyos, de la manida politización por falta de competencias del Consejo Interterritorial, y lo que los ciudadanos desean parece claro a la luz de las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibern P, Planas I. Todos queremos más, pero ¿de qué? *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2005;7(4):127-30.
2. Pug-Junoy J. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson; 2004.
3. Jovell A. Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev Adm Sanit*. 2005;3(3):495-503.
4. Repullo J. ¿Es de buena calidad nuestro sistema de financiación? *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(7):357-8.

