



El agitado pulso de la sanidad española y 3

El Sistema Nacional de Salud creado en 1986 por la última Ley de Sanidad ha dado paso a 17 subsistemas autonómicos que gestionan la asistencia sanitaria en sus correspondientes comunidades y consumen el 90% del presupuesto general. La gestión autonómica aparece envuelta en la polémica, puesto que el disparo del gasto sanitario coincide con la asunción de las competencias.

El banco de pruebas de la España autonómica

Las comunidades autónomas acumularon deudas pendientes de contabilizar que en el año 2003 ascendían a 6.036 millones de euros



Vista parcial de un quirófano del hospital de Son Dureta, en Palma de Mallorca. / TOLDO RAMÓN

JOSÉ LUIS BARBERÍA

La Sanidad es hoy un gran banco de pruebas de la España autonómica, el terreno que, probablemente, refleja mejor, tanto los avances y logros obtenidos, como los desajustes y lagunas. ¿Cabe achacar la ruptura de la disciplina presupuestaria a la gestión, supuestamente irresponsable, de las comunidades? ¿Tiene algún fundamento esa acusación de descontrol que gana cuerpo a medida que progresa la deuda de los 17 subsistemas y se suceden las demandas de nuevos recursos? De entrada, conviene tener en cuenta que no son las CC AA, sino la Dirección de Farmacia, el responsable del abultado número de medicamentos que circulan por nuestro sistema público y que, con el limitado margen de maniobra que establecen los imponderables del mer-

cado y de la industria, es también el Ministerio de Sanidad el que fija, asimismo, los precios de los fármacos.

“Ellos invitan, nos ponen delante la carta completa de medicamentos, pero pagamos nosotros”, resume el director de uno de los sistemas de Salud. Con resultados y esfuerzos sumamente dispares —no hay dos autonomías que apliquen una misma política—, lo cierto es que la mayoría de las comunidades, no todas, se aplican a la tarea de taponar el gasto farmacéutico, uno de los factores que amenazan con el estrangulamiento del sistema. Pero el papel de convidado de piedra en la dirección de la política farmacéutica tampoco anula las responsabilidades propias contraídas con la asunción de las competencias.

Aunque el denominado “déficit sanitario” viene de lejos, —entre 1992 y 1996, la Administración

central condonó a las comunidades históricas pioneras en la asunción de competencias una deuda acumulada de un billón de las antiguas pesetas—, es a partir de 2002, con la generalización de las transferencias cuando el problema se manifiesta en toda su envergadura. “El traspaso se realizó con el contador de las deudas a cero”, subrayan en la Administración central. “Sí, pero es como si heredas una casa y te encuentras con que hay reparar las cañerías y cambiar los lavabos”, responden desde los sistemas de Salud autonómicos.

La reciente declaración de la II Conferencia de Presidentes autonómicos alude retrospectivamente al momento del traspaso en un tono de reproche inequívoco. “Se entendió entonces que el sistema ofrecía recursos financieros suficientes para satisfacer las prestaciones transferidas” y que “contenía elementos de revisión bastantes para

afrontar los factores que pudieran generar desequilibrios futuros”. Como se subraya en ese mismo documento acordado el pasado 10 de septiembre en el Senado, “las previsiones con que se diseñó el sistema se han roto”. De forma estrepitosa, podría decirse. Según los cálculos aportados a esa misma conferencia por el grupo de expertos, las CC AA han acumulado una deuda pendiente de contabilizar que a finales de 2003 ascendía ya a 6.036 millones de euros y, que vista la progresión, puede estar ya por encima de los 7.000.

La situación pinta un panorama inquietante si se revisa el ámbito hospitalario donde el gasto rompe regularmente los sucesivos diques de contención. A falta de datos oficiales sobre las deudas y ventas actualizadas en el mercado hospitalario, la patronal de la industria farmacéutica, Farmaindustria, ha recurrido a una encues-

ta realizada entre sus empresas. Resulta que las ventas crecieron el pasado año en ese sector el 15,6% y que la deuda del sistema público ascendió hasta los 2.000 millones de euros, un 26% más que en el ejercicio precedente. “Debido a su mayor crecimiento, el sector hospitalario podría resultar más atractivo que las oficinas de farmacia (las farmacias), pero en este mercado no se cobra al contado y existen unas demoras de pago muy importantes que, en promedio, superan los 300 días y en algún servicio de Salud se aproximan a los 900 días desde la fecha de factura”, se advierte en la revista que publica Farmaindustria. “Estos retrasos implican unos costes financieros muy elevados que no todas las empresas están en condiciones de soportar”.

Ayudas poco pedagógicas

El asunto ha adquirido tal envergadura que la propia patronal se alarma de las consecuencias que esta situación puede acarrear para el sistema público, del que dependen sus ventas y su negocio, y avisa del peligro de que las arcas públicas no puedan cargar finalmente con el enorme coste financiero que supone la aplicación del nuevo tipo de interés de demora. Porque un problema añadido es que en España ha entrado este año en vigor la directiva europea 2000/35/CE que endurece notablemente la penalización de los morosos y aumenta el tipo de interés de demora hasta situarlo en siete puntos por encima del tipo de interés aplicado por el Banco Central Europeo. De hecho, la práctica totalidad de las compañías están reclamando judicialmente los intereses de demora a las comunidades más morosas y obteniendo el fallo favorable de los tribunales. “La descentralización de competencias sanitarias ha creado situaciones de deterioro muy importantes y nuevos focos de preocupación que anteriormente estaban controlados”, indica la patronal farmacéutica.

“En noviembre se me agota el presupuesto y ya en octubre tengo grandes dificultades para pagar. ¿Qué hago si se rompe una lámpara de quirófano? ¿Cierro el quirófano? Así que busco a un proveedor que me fie y ya le pagaré el año que viene, en el próximo ejercicio. Claro, esa lámpara cuesta 10, pero él me la cobra a 15. Por ahí también se nos va el dinero”, explica el atribulado gerente de uno de los servicios de salud. El caso es que el Gobierno central ha tenido que volver a socorrer a las CC AA acuciadas por la falta de recursos, echando mano de 3.000 euros de los presupuestos generales del Estado. Por supuesto, la ayuda viene acompañada de una lista de recomendaciones —compromisos: implantar criterios racionales en la gestión de las compras de los productos sanitarios —“hay hospitales que pagan un instrumental o un paquete de vendas a 100 y otros en la misma ciudad que compran lo mismo a 300”, señala el director

Para a la página 16



● Hay comunidades que pagan a las empresas farmacéuticas hasta con 900 días de retraso

● “Estoy convencido de que algunas autonomías no destinarán finalmente a la sanidad la ayuda financiera del Gobierno central”, afirma un alto responsable sanitario de una comunidad

● Las 1.268 enfermeras que han ido a trabajar a Reino Unido ganan 29.000 euros anuales

Viene de la página 15

de un centro hospitalario—, hacer un uso racional de los medicamentos, promover la demanda responsable de los servicios, etcétera.

Aunque el capítulo de soluciones ha sido encomendado a la reflexión de un equipo de trabajo, en el ambiente sanitario ha quedado la sensación de que lo que se ha hecho, seguramente necesario, ha sido parchear nuevamente la situación, aliviar la penuria sin abordar a fondo el problema. Hay quienes sostienen, incluso, que se ha desaprovechado una oportunidad magnífica para conseguir que las administraciones autonómicas acepten someterse a criterios de disciplina. “El Gobierno central no estaba obligado a poner ese dinero, pero ha tenido que hacerlo porque, sencillamente, no nos llega. Lo que ya no resulta pedagógico es que entregue ese dinero sin ajustarlo a un plan, a un proyecto. Ese dinero será, simplemente, engullido por el sistema”. Quien se expresa así no es un economista o un teórico de la Sanidad, sino, precisamente, el director gerente de uno de los sistemas de Salud.

Muchos empleos, sueldos bajos

Un elemento clave que explica algunas cosas es que la ley 21/2001 incorporó la financiación de Sanidad a la financiación autonómica general, con lo que nada obliga a las autonomías a destinar efectivamente ese dinero a la asistencia sanitaria. De hecho, en estrictos términos contables, no puede hablarse de “déficit sanitario”, puesto que nada impide tampoco a las comunidades destinar a Sanidad partidas que gastan, por ejemplo, en las televisiones autonómicas. He aquí el sorprendente vaticinio de otro alto responsable autonómico: “Estoy convencido de que algunas autonomías no destinarán la totalidad de ese dinero al sistema sanitario. En las demandas autonómicas”, afirma, “hay una parte de llanto verdadero, justificado, y otra parte que responde a la astucia, al juego del que el que no llora no mama y a la confianza de que si las cosas se ponen muy feas la Administración central terminará aflojando la cartera”.

Con diferencias notables entre una y otra comunidad, es evidente que la transferencia ha traído consigo la aplicación de una política retributiva alcista en todas las autonomías y generado un “efecto imitación” que ha he-

cho que, entre 1999 y 2003, los salarios hayan crecido en términos medios un 7% anual, según el Ministerio de Sanidad. Pese a este aumento y a la dinámica detectada por los economistas que perciben en el “efecto imitación” el anticipo de una “espiral inflacionista” salarial muy peligrosa para un sistema que cuenta con muchos empleados, lo cierto es que nuestros trabajadores de Sanidad siguen estando peor pagados que en el resto de Europa. Se está produciendo una cierta fuga a causa también de la precariedad laboral.

Un total de 169 médicos y 1.268 enfermeras españolas —estas últimas con un sueldo base de 29.000 euros anuales de sueldo base— han encontrado trabajo en el sistema británico de Salud, a través del programa de contratos de la embajada del Reino Unido en España. Se sabe que Portugal, que paga más a los médicos, es otro de los destinos preferentes, pero se ignora el número de profesionales que ha salido al extranjero. “En pocos años he tenido unos 50 contratos, algunos de 24 horas”, señala una especialista que se queja de la extrema precariedad laboral de los jóvenes médicos.

La excepción de los regímenes especiales

Un médico español—seis años de carrera más cuatro o cinco de prácticas para obtener la especialidad (MIR)— gana 40.000 euros anuales brutos. Aunque el sueldo base es común en todo el Estado, existen diferencias retributivas entre comunidades que por regla general no sobrepasan la banda del 10%. A las retribuciones fijas y estables, se añaden los incentivos por “productividad variable, carrera profesional y atención continuada” que dependen de la política de cada comunidad. Así, mientras en algunas autonomías se premia a los profesionales que prescriben fármacos “genéricos”, más baratos, establecidos en las guías farmacológicas, en otros, no existen este tipo de incentivos.

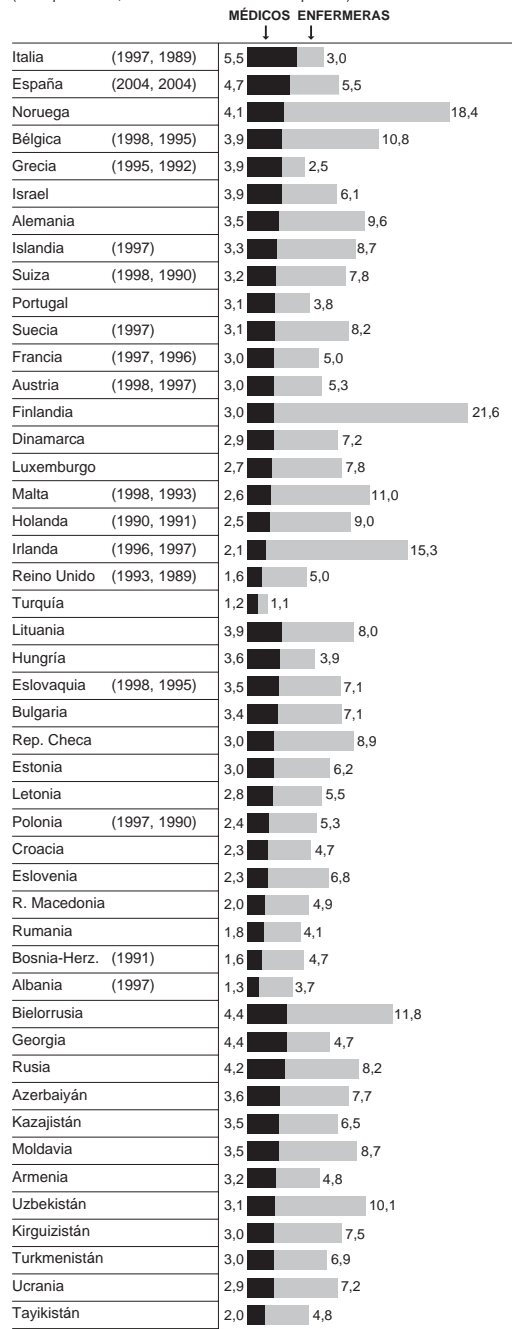
Las autonomías cargan, asimismo, con los discutibles compromisos heredados que suponen las 29 Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS), asociaciones de empresarios que dan cobertura a 13,2 millones de personas. En 2003, atendieron la friolera de 1,8 millones de accidentes de trabajo que produjeron 1.034 muertos, 11.391 heridos graves y un total de 979.383 bajas laborales. “Puesto que los mecanismos de recuperación de costes son poco operativos, sobre todo en lo que se refiere a las consecuencias crónicas de los accidentes y a las enfermedades profesionales, convendría que el sistema integrara las competencias de atención sanitarias de estas mutuas con su correspondiente financiación”, afirma el profesor José Manuel Freire.

A su juicio, habría que poner igualmente término a los regímenes especiales que dan cobertura a las denominadas “empresas colaboradoras de la Seguridad Social”. Se trata de una serie de grandes compañías que prestan cierta asistencia sanitaria a sus trabajadores, a cambio de una deducción de las cuotas a la Seguridad Social. “Los empleados reciben los servicios sanitarios a través del dispositivo asistencial de su empresa, pero tienen en todo momento la cobertura, la farmacia, las prestaciones complementarias y la rehabilitación del sistema público”,

Médicos y enfermeras

En 2001

Número de profesionales sanitarios por 1.000 habitantes (entre paréntesis, el último año con el dato disponible).



Fuente: Oficina Regional Europea de la OMS.

EL PAÍS

indica José Manuel Freire que ve en estas situaciones un trato privilegiado, discriminatorio, injusto y anacrónico, habida cuenta de que el sistema público se financia con el dinero de todos los españoles.

El trato excepcional de los regímenes especiales alcanza igualmente a la Asociación de Prensa y a colectivos como los trabajadores del Ayuntamiento de Barcelona (PAMEM), pero donde la excepción se manifiesta con mayor amplitud es en las Mutuas de Seguridad Social que cubren a los funcionarios de la Administración Central del Estado. Mutuas como MUFACE, para los funcionarios civiles, MUJEGU, para los funcionarios judiciales, e ISFAS, para los funcionarios militares permiten a sus beneficiarios disponer de prestaciones ortoprotésicas, dentales y oculares, no incluidas en el régimen general de la Seguridad Social. A cambio, to-

dos los beneficiarios, ya sean activos o pensionistas, tienen que abonar el 30% del precio de los fármacos que en el régimen general resultan gratis para los jubilados y desempleados y cuestan el 40% para la población activa.

En la práctica, estas mutuas reservadas exclusivamente para los funcionarios de la Administración Central —no así para los de las CC AA—, ofrecen una doble cobertura y aunque la mayoría de los beneficiarios opta por la vía privada, para evitarse las colas de la Sanidad pública, en caso de enfermedad grave acostumbra a decantarse por el tratamiento en los hospitales públicos, generalmente mejor equipados. Según José Manuel Freire, “estos regímenes especiales ejercen un cierto parasitismo”.

Repensar la Sanidad obliga, quizá, a reconsiderar el papel reservado a las estructuras centrales. “La evolución de España ha-

cia una forma de Estado federal en el que la asistencia sanitaria se gestiona a nivel autonómico ha generado cierta confusión sobre el papel del Estado central que resulta preocupante pues se corre el riesgo de que el sistema sanitario sea la mera suma de 17 servicios sanitarios españoles”, indica Vicenc Navarro. “Es imprescindible crear una unidad de acción en todo el Sistema Nacional de Salud con un presupuesto farmacéutico nacional y una política de moderación del gasto trazada por el ministerio de Sanidad”, subraya, a su vez, el economista Enrique Costas Lombardia.

Lo cierto es que la función del ministerio aparece envuelta en una cierta nebulosa, como si el vaciamiento del Sistema Nacional de Salud se hubiera llevado a cabo sin haber redefinido el papel a desempeñar por la Administración Central. “La falta de liderazgo y de órganos y mecanismos eficaces y compartidos de coordinación institucional es quizá la herencia más negativa del proceso de desarrollo autonómico de la Sanidad en los últimos años”, sostiene José Manuel Freire.

¿Cuántos somos, qué debemos?

Porque un problema, y no menor, es la ausencia de flujo informativo que permita evaluar la calidad de la atención a los pacientes y la utilización y resultados de los servicios. Las comunidades actúan, a menudo, como compartimentos estancos; en parte, para evitar que la gestión pueda ser evaluada y sometida a comparaciones. Así, la contabilidad creativa hace milagros y da magníficos titulares, mientras el gasto crece. El caso es que a causa de la opacidad, nadie parece saber muy bien qué es lo que pasa en la Sanidad española. Según un responsable autonómico, ocurre también que muchas comunidades, mal dotadas en informática, ignoran el montante de su deuda real y hasta el número preciso de sus empleados. “La situación es tan vergonzosa”, dice, “que estas cosas no se reconocen públicamente”.

Una crítica bastante extendida es que la politización-usurpación de las direcciones profesionales —los hospitales dirigidos por políticos—, premia la fidelidad al partido gobernante antes que la capacidad y el esfuerzo acreditado. “El sistema está secuestrado por la industria y los políticos”, afirma Enrique Costas Lombardia. “Padece una notable crisis de identidad, es más una entidad virtual que un sistema coordinado y capaz de impulsar dinámicas propias”, sostiene José Manuel Freire. También el especialista Vicenc Navarro destaca la importancia de que los organismos centrales de la Sanidad tengan capacidad de coordinar y liderar. “Ésa es la realidad de los países federales como Canadá o EE UU. La desaparición del ministerio perjudicaría, en primer lugar, a las consejerías de Sanidad. En el Gobierno Federal de EE UU, el Departamento de Salud es el más importante, después del de Defensa”, señala.

Sea como fuere, acabar con la crisis crónica y despejar el futuro parece reclamar una sincera puesta en común que acabe con los desajustes, las duplicidades inútiles y los compartimentos estancos. Requiere crearse el estado autonómico a todos sus efectos y establecer los mecanismos de coordinación que permitan defender el modelo de solidaridad y justicia social que constituye, seguramente, el logro más importante de la historia de España.