



## Crónica de un conflicto anunciado

Concepción Vera  
Directora de Prestaciones Sanitarias de MUFACE

*El individuo camina  
indefectiblemente hacia la muerte  
Nadie se quiere morir  
La medicina avanza una barbaridad  
El conflicto está servido*

Efectivamente, las innovaciones técnicas aplicables en la asistencia sanitaria se suceden a una velocidad vertiginosa, las nuevas tecnologías posibilitan un diagnóstico más precoz y certero, permiten abordar y tratar patologías que hace poco eran incurables. Enfermedades mortales hasta hace poco se han convertido en crónicas, VIH, determinados procesos oncológicos..., como consecuencia asistimos a un aumento imparable de la prevalencia de enfermedades crónicas. El impacto es un incremento sostenido del coste de la asistencia sanitaria.

Y el conflicto que está servido no es otro que la sostenibilidad del modelo de Sistema Nacional de Salud con que nos hemos dotado los españoles.

En estos momentos nos encontramos con que la mayor parte de la actividad de los centros sanitarios se centra en la asistencia a enfermos crónicos, se calcula que más del 80% de las consultas

de Atención Primaria y entorno a un 60% de los ingresos hospitalarios. Pero aunque se minimicen los controles rutinarios y se eviten visitas innecesarias a los Centros como las que obedecen a la recogida de recetas –para lo que ya existen medidas en marcha como la receta electrónica– no se puede olvidar que los enfermos crónicos necesitan un seguimiento de su enfermedad que obliga a visitas al médico muy frecuentes. Por otra parte, la enfermedad crónica evoluciona con episodios de agudización que requiere ingreso hospitalario, en un hospital con toda la dotación de hospital de agudos la mayoría de las veces.

La idea de que una mejor coordinación con servicios sociales para canalizar cuidados y asistencia a enfermos crónicos que no precisan de estructuras muy especializadas, es la clave y nudo gordiano del problema, no la comparto. Sin duda es algo en lo que hay que trabajar, hay que evitar el consumo innecesario de recursos hospitalarios de agudos mucho más costosos de los que algunos pacientes crónicos precisan en alguna de las fases de su enfermedad, pero no creo que el impacto en términos económicos de esto sea significativo, pues, insisto, en los episo-

dios de agudización se requiere la mayoría de las veces, incluso, una gran especialización.

Siendo el tratamiento de la enfermedad crónica donde se concentra gran parte del gasto sanitario y, por consiguiente, donde pueden haber medidas de optimización de recursos, no es la única ni, diría yo, principal causa del problema de sostenibilidad que aqueja a nuestro sistema. O, dicho de otra manera, precisamente tenemos que poner el foco de atención en otros aspectos con el fin de garantizar la sostenibilidad del modelo que permite la asistencia a enfermos crónicos sin restricciones (importantes), como hasta ahora.

En mi opinión, tenemos que ir más allá, analizar el contexto y la evolución de los últimos años que nos ha llevado a la situación actual. La crisis ha llegado y nos ha pillado con los deberes sin hacer. Porque hemos visto venir el conflicto desde hace mucho tiempo, de ahí el título que he escogido para estas reflexiones.

Sorprende echar una mirada sobre artículos publicados hace más de una década, incluso dos. Recientemente la Revista de Administración Sanitaria ha iniciado una encomiable labor, digitalizar y poner a disposición de los lectores en la Red los artículos de su primera época. Invito a todos a que se paren a leerlos. También a repasar los objetivos fundacionales de la Fundación Signo y los artículos de presentación con que arrancó esta "aventura". Para los que llevamos más de dos décadas en la gestión sanitaria, el debatir sobre la necesidad de controlar los costes sanitarios, de buscar la eficiencia en la gestión de los servicios pues de lo contrario nos veríamos abocados a problemas mayores, ha sido una constante. El sentido común, la pura lógica que se desprende de la reflexión que subtitula este artículo hacía esperar esto. La

crisis económica lo precipita, pero la cobertura de todo para todos sencillamente no es viable.

En mi época de Gerente de Hospital cuando tenía que ajustar o denegar un gasto, con cierta frecuencia le decía al interlocutor que no se equivocara, que con esa decisión no estaba buscando un bonus de directivo o el favor de mis jefes, simplemente estaba trabajando para que cuando me llegara la necesidad de una prótesis de cadera tuviera garantizada la cobertura de esa prestación en las mismas condiciones de gratuidad y calidad que en esos momentos. Estos comentarios y actitud mía dieron lugar a ciertos chascarrillos y algún mote no siempre gracioso.

Y en el punto en el que estamos hoy cabe la duda de que se vayan a poder mantener los niveles de cobertura de prestaciones sanitarias actuales, no a medio o largo plazo, sino en el plazo más inmediato. El fantasma del copago está más presente que nunca. Para este año la deuda que arrastran las CCAA se cuantifica en más de 60.000 millones de euros. Siendo que, como media, el gasto sanitario representa más de un tercio del presupuesto de las CCAA (en algunas bastante más) no debe parecer exagerada la afirmación anterior. Las CCAA tienen que reducir gasto, y el gasto sanitario va a ser uno de los principales puntos de mira.

Las transferencias sanitarias se realizaron en época de vacas gordas y el sistema de financiación que estableció la Ley 21/2001 propició una alegría desmedida en el gasto. El presupuesto del INSALUD se repartió proporcionalmente a la población protegida, pero para aquellas CCAA que por este reparto proporcional les hubiera tocado recibir menos, se incrementaron los fondos para la equiparación del gasto consolidado en esa Comunidad. De tal forma

que, con el incremento presupuestario global correspondiente a ese ejercicio y el resto de componentes añadidos, todas las CCAA recibieron más dinero del que suponía el coste de los servicios transferidos. Y de aquellos polvos, estos lodos, el complejo de nuevo rico empezó a hacer estragos, y en algunas CCAA la disciplina presupuestaria que había alcanzado el INSALUD pasó a mejor vida.

En el año 2006, haciendo balance del primer año de gestión del nuevo gobierno de la Comunidad de Madrid, el por entonces Consejero de Sanidad anunciaba triunfante que en ese período se había incrementado el gasto sanitario en esta Comunidad en más de un 20%. Sorprendentemente este anuncio no se acompañó de una relación de las mejoras en que este incremento de gasto se había traducido. El Capítulo I del Hospital de Getafe debió aumentar en esos primeros años un porcentaje semejante. Parece que el objetivo de este espectacular aumento de gasto fue la paz social. Era un escenario en el que los gerentes llegaron “con el pan debajo del brazo” –al menos algunos– el cual, además de garantizarles la buena aceptación por el hospital, les llevó a relajarse, cuando no a abandonar, las medidas de control que tanto esfuerzo había costado mantener.

Pero si sorprendente era esta aproximación a la gestión sanitaria tan alejada de los criterios en los que nos habíamos estado forjando los gestores en los años anteriores, más sorprendente resultaba la ausencia de crítica o contestación por parte de la oposición. Y esto, a mi juicio, es porque para todos los actores que en el escenario de la asistencia sanitaria tenían un papel, desde la planificación y gestión a los usuarios pasando por los que han desarrollado labores de consultoría, estaban convencidos de que era lo que tocaba.

El argumento de que el % de PIB dedicado a gasto sanitario en nuestro país es más bajo que en los países de nuestro entorno o países con sistemas sanitarios equivalentes ha estado amparando esta euforia de gasto. Hasta hoy la afirmación de que el sistema sanitario está infrafinanciado es una constante en todos los debates y publicaciones que nadie discute.

Por completar con algún ejemplo más esta crónica, hemos de recordar como se han ido incorporando nuevas prestaciones de discutible necesidad desde la perspectiva de financiación pública, como la vacuna del papilomavirus o como, en algunas CCAA, se han aumentado algunas prestaciones farmacéuticas (la gratuidad de los medicamentos en personas dependientes o en menores de 1 año, en las CCAA de Valencia y Andalucía respectivamente).

Mención aparte merece la construcción de nuevos hospitales. Aquí es donde, en mi opinión, se han cometido los mayores errores. Javier Elola<sup>(1)</sup> lo definía como la “sanidad del ladrillo” “con el riesgo cierto e inminente de que se dote a la sanidad española de nuevos edificios, pero no de nuevos hospitales o lo que sería aún mejor de nuevas redes de servicios de salud, menoscabándose de esta forma las posibilidades de mejora de la eficiencia y de la calidad que serían exigibles de tan importante esfuerzo inversor”. Yo abundo en esta reflexión y añado alguna consideración.

En la Comunidad de Madrid se ha apostado por duplicar el parque de hospitales. Se ha construido en un tiempo record ocho hospitales y están en fase de construcción otros tres. Siendo discutible la fórmula por la que se optó para la construcción y explotación de los primeros, el PFI, o la externalización completa como se ha hecho con los últimos, en mi opinión el principal problema ha

sido la ausencia de una planificación racional que hubiera permitido adecuar sus estructuras a una demanda previamente identificada y ordenada teniendo en consideración los recursos hospitalarios existentes. Por otra parte todo el esfuerzo inversor se ha concentrado en los nuevos hospitales lo que ha supuesto un abandono de los hospitales antiguos que se han visto descapitalizados tanto en inversiones –con el agravante de que en más de un caso son edificios que están muy deteriorados– como en recursos humanos. El gasto consolidado de este incremento de recursos hospitalarios va a lastrar durante mucho tiempo los presupuestos sanitarios de la CAM.

Pero si esta planificación hospitalaria a muchos puede parecer un disparate, no lo es menos la planificación hospitalaria que han realizado otras CCAA promoviendo la construcción de unos edificios faraónicos que más que responder a las necesidades asistenciales reales de la población a la que han de asistir, responden a unos objetivos de otra naturaleza que no alcanzo a comprender. El nuevo Hospital Central de Asturias o el nuevo Hospital de Toledo cuentan con una superficie construida entorno a los 300.000 m<sup>2</sup>, 300 m<sup>2</sup> por cama ¿se ha hecho un cálculo de los costes de mantenimiento? ¿y de las necesidades de personal?

En una serie de artículos publicados en e-ras, en los últimos meses<sup>(2, 3)</sup>, Luis Ángel Oteo Ochoa hace un análisis de la situación, a mi parecer, muy lúcido y bien documentado. A propósito de lo que vengo planteando en los últimos párrafos, entresaca una de sus reflexiones: “El problema básico no es tanto señalar o poner énfasis en la insuficiencia o infrafinanciación del sistema, con la que podríamos estar de acuerdo una vez evaluado el coste social de oportunidad con rigor, sino en cómo con los recursos hoy existentes podemos des-

de la racionalidad conseguir el mayor valor añadido posible en términos de salud individual y colectiva. Ya sabemos que más recursos no necesariamente implican mejores resultados de salud, y ello, en la actual coyuntura de recesión económica, no debe ser olvidado. Necesitamos hacer nuestros propios deberes, dotando al sistema de instrumentos de buen gobierno y de buena gestión pública en nuestra estructura sanitaria federal, con claras iniciativas reformistas estructurales que nos ayuden a controlar los propulsores de gasto”

Efectivamente, nos tenemos que poner a hacer nuestros deberes. Cada uno en su ámbito de responsabilidad. Porque la pelota está y ha estado en nuestro tejado muchas veces Y con este nuestro o nosotros me estoy refiriendo a los que estamos en la gestión sanitaria, que nos consideramos técnicos y tenemos un cierto nivel de decisión o influencia en decisiones que implican asignación de recursos. En definitiva el público al que esta revista va dirigida así como la ya mencionada Revista de Administración Sanitaria.

Como ejemplo y por empezar identificando algunos de los deberes de los técnicos o gestores en puestos de decisión intermedios, están los Planes Funcionales de los hospitales. Éstos no los han hecho los políticos, los han hecho técnicos y los seguirán haciendo técnicos, propios de las plantillas de los servicios de salud o consultores especializados.

En otro orden de cosas, ¿qué ha sido de la contabilidad de costes y todos los planes de trabajo y líneas de actuación que se desarrollaron con el Proyecto Signo? Aún a riesgo de que muchos me tachen de nostálgica tengo que decir que es necesario recuperar esa senda. La cultura del ahorro se va a imponer pero mejor es tener controlado y bien

conocido dónde y en qué se gasta, para poder ahorrar en lo menos necesario y salvaguardar lo imprescindible que dar tijeretazos a ciegas. Para ésto es necesario contar con las herramientas adecuadas.

¿Y qué es de la madre de todas las soluciones, la implicación de los profesionales en la gestión?, objetivo que de tanto repetirlo se ha llegado a convertir en una frase retórica pero que no por eso hay que dejar de perseguirlo. Creo que hay ya mayor conciencia de gasto y de la necesidad de tomar en consideración el coste que implican las decisiones relacionadas con el diagnóstico y/o tratamiento de un enfermo. La cultura de la gestión clínica ha ido calando, pero hay que seguir profundizando pues aún queda mucho por hacer. La Comisión de Adquisición y Homologación de productos adquiere especial relevancia en los momentos de control de costes y es, a través de ella, donde la participación de los profesionales puede canalizarse muy eficazmente.

El desarrollo tecnológico se da a todos los niveles, no sólo afecta a los grandes equipos, la incorporación de nuevos productos no inventariables y material sanitario fungible es permanente. La mayoría de los hospitales se enfrentan en la Comisión de Compras a un número importante de peticiones de nuevos productos sobre los que la única información que se tiene es la que aporta el facultativo o enfermera que realiza la petición y que, en muchos casos, se reduce a aportar el prospecto comercial del producto. Además de la espiral inflacionista que ésto supone está el riesgo de que nuevas tecnologías puedan difundirse sin que se haya contrastado su seguridad y efectividad. Así, es en este ámbito, donde a diario se toman decisiones relacionadas con la incorporación de nuevos productos, donde es imprescindible la responsa-

bilización compartida entre gestores y profesionales sanitarios. Solo caben dos actuaciones comprar lo que es necesario y hay evidencia de su seguridad, de su utilidad y de que ésta es coste-efectiva y además comprar al mejor precio.

El promover la competencia entre proveedores, además de obligado por ley, es muy sano desde el punto de vista del gasto. Los precios bajan sorprendentemente cuando el proveedor siente que hay otro producto en competencia. Y para que esto sea posible es necesario sentarse con los profesionales sanitarios a identificar las características de los productos o equipos que se vayan a adquirir, el por qué y para qué de cada una de ellas con el fin de elaborar unos pliegos de especificaciones técnicas con los mínimos que se precisen, pero lo suficientemente abiertos para permitir la competencia.

Luego está el perseguir el uso apropiado de las herramientas diagnósticas y terapéuticas, evitar las indicaciones o prescripciones inadecuadas, no ya por evitar gasto innecesario, sino para garantizar la calidad en la asistencia. La Medicina Basada en la Evidencia se ha de imponer como pauta de actuación entre los clínicos.

Y esta relación de deberes que acabo de repasar –porque son los que conozco bien así como sus resultados– no están todos los que hay que hacer pero seguro que éstos hay que hacerlos. Yo creo que con ello se rescatan recursos pues hay grandes bolsas de ineficiencia, no sé si suficientes para lo que va a ser necesario, pero al menos no estaremos dilapidando recursos en tiempos de penuria económica.

Si se quiere evitar el tijeretazo indiscriminado de prestaciones habrá que hacer muchos más deberes, entre otros el buscar fórmulas de atención a

enfermos crónicos que no detraigan innecesariamente recursos de hospitales como decía al principio. Algunos ya se están haciendo. Felizmente en el R.D 1030/2006 de cartera de servicios y el procedimiento para su actualización, se sentaron las bases para evitar la incorporación indiscriminada de prestaciones y se están dando pasos importantes en la evaluación de tecnologías; aunque sus frutos tardaremos en verlos, lo importante está hecho. También se están acometiendo medidas para controlar el gasto farmacéutico cuyos resultados se van a ver antes.

Habrà que pensar si la arquitectura del SNS tal y como quedó establecida en la Ley General de Sanidad es la mas adecuada para los tiempos venideros. Ya se están propugnando algunos cambios en esta estructura. En el monográfico anterior de esta Revista se hizo una revisión muy amplia de las fórmulas de colaboración público-privada. Aunque, curiosamente, no se dedicó ningún artículo a la fórmula de colaboración público-privada mas consolidada y antigua en nuestro país, la del llamado modelo MUFACE.

La iniciativa privada en la asistencia sanitaria ha estado, está y estará siempre

presente jugando un papel de colaboración, muchas veces imprescindible, con la red de centros sanitarios públicos. Dicho esto, yo tengo que manifestar mis reservas a que mayor o diferente colaboración de la iniciativa privada en la asistencia sanitaria pública vaya a contribuir a disminuir el gasto sanitario público. Difícilmente la supuesta mayor eficiencia de la iniciativa privada compensa la necesidad de obtener un margen de beneficios que garantice un adecuado retorno a los accionistas. Pero esto es materia de otro artículo, y no de opinión.

## Bibliografía

1. Elola J. "La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007-2011)". Rev.Adm.Sanit. 2007;5(4): 635-42.
2. Oteo LA. "Incierto entorno económico y político para nuestro compungido Sistema Nacional de Salud" e-ras 16 de diciembre de 2009.
3. Oteo LA. "¿Es posible un Pacto Político y Social para la sostenibilidad del SNS sin "pan debajo del brazo"?" e-ras 13 de abril de 2010.