



¿Por qué reformar?

Ruiz García B

Conseller de Salut. Govern de la Generalitat de Catalunya

El Sistema Nacional de Salud ha estado sometido desde los años 90 a innumerables análisis y propuestas de reforma con la finalidad siempre de ganar eficiencia, poniendo al paciente en el centro del sistema y conseguir una implicación en los cambios de los profesionales sanitarios, especialmente los médicos.

Superada la primera década del siglo XXI, sigue siendo un reto su sostenibilidad, habiéndose abordado muy pocas reformas al disponer, de una forma u otra, de los recursos necesarios aunque fuera a expensas de generar importantes déficits y generar la deuda correspondiente.

La crisis económica hace ahora ineludible abordar esas reformas que permitan con menos recursos mantener la equidad y la calidad de nuestros servicios. Con independencia de la situación económica, se hace también necesario reformar nuestro modelo asistencial.

El éxito de nuestra sanidad se pone de manifiesto con el aumento de la esperanza de vida a expensas de haber conseguido que muchas patologías agudas hayan podido ser supera-

das y hayan pasado a procesos crónicos.

La evolución de la tecnología, los fármacos han tenido mucho que ver, mientras que el comportamiento de la demanda se ha ido modificando, así como los patrones de la misma.

Nuestro modelo asistencial obedece en buena parte a nuestro catálogo de prestaciones, que a su vez se inspira en un modelo excesivamente reparador de la salud averiada, con un marcado acento de modelo de oferta.

La distribución de los recursos económicos sigue más a la estructura de la oferta que al riesgo de la población de enfermar. La innovación en la gestión pone también un mayor acento en la provisión de los servicios para ganar en eficiencia.

Un modelo asistencial basado en la eficiencia clínica sobre el conjunto de la población debe incidir más en el evitar enfermar, al tiempo que debe responder con resultados de coste-efectividad a la atención del paciente agudo y a la agudización del crónico. Debe incidir más, también, en la participación de los pacientes.

Debemos, por lo tanto, abordar primero la respuesta a por qué debemos reformar el Sistema Nacional de Salud. En mi opinión, debemos reorientarlo a las necesidades de los ciudadanos y los pacientes de no enfermar, no sufriendo descompensaciones en sus enfermedades crónicas y recibir una atención médica coste-efectiva cuando lo precise. Todo ello en un marco de equidad en el que ningún tipo de barrera suponga una limitación a la accesibilidad, estableciendo las excepciones oportunas.

¿Son los instrumentos actuales los más idóneos para las reformas?

Nuestro Sistema Nacional de Salud nacido hace 25 años en base al modelo determinado por la Ley General de Sanidad, determinaba un modelo asistencial que se asentaba sobre los cimientos estructurales de la Seguridad Social. Su desarrollo a lo largo de los años ha seguido muy condicionado, pese a diferentes adecuaciones, a su modelo predecesor; atención primaria, atención especializada, los recursos humanos, copago farmacéutico en función de clase activa o pasiva, etc. Muchos aspectos aún del catálogo de prestaciones obedecen más a criterios de compensar las consecuencias de la pérdida de las rentas del trabajo que a la protección, promoción y atención a la Salud. Ejemplo de ello es el derecho a la manutención en el internamiento hospitalario. Una limitación importante, en muchos casos, para la reorganización del sistema y la adaptación organizativa a los cambios en la oferta de servicios que da respuesta a los cambios en los patrones de la demanda, es desde nuestro punto de vista ese anclaje en el modelo de la Seguridad Social.

Se hace por tanto necesario contar con un verdadero marco normativo

propio del Sistema Nacional de Salud y su adecuación a las verdaderas finalidades del mismo: ganar años de vida saludables.

¿Con qué objetivo?

Para ello, el Sistema Nacional de Salud, entre otras cosas, debe ganar soberanía sobre el modelo de gestión de los recursos humanos y sobre la autonomía de gestión de los centros sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria.

Ello ha de permitir, sin trabas, la verdadera transformación de los niveles estructurales actuales, pasando a ser niveles de resolución de acuerdo con las necesidades de salud de las poblaciones de cada Área Básica. La configuración de una organización asistencial basada en lugar de en "hospitales que tienen servicios" en "servicios que tienen hospitales y centros de salud" sería una manera simple de exponerlo.

¿Quién?

Al Consejo Interterritorial le corresponde ser el órgano de gobierno del Sistema Nacional de Salud con todos los valores de la Buena Gobernanza: Participación, transparencia y rendición de cuentas.

Desde la participación se debe diseñar las reformas necesarias que, en el ámbito de las competencias del Estado o de las Comunidades Autónomas deben implementarse.

Para ganar eficiencia económica, hay que ganar eficiencia clínica. Es un binomio indispensable que debe medirse, practicando directamente el "benchmarking", entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autó-

nomas a todos los niveles. Compartir el como hacer las cosas y que resultados se han obtenido es el elemento clave del proceso de reformas, si queremos superar el marco teórico y de recomendaciones, pues siendo los problemas generales, muchas soluciones son locales.

Papel de los profesionales

Mención especial debemos hacer de los profesionales. El modelo retributivo debe obedecer a criterios profesionales más que a criterios funcionariales. No queremos decir con ello que deba existir una "hoja de salario" igual para todas las comunidades autónomas, pero si establecer unos nuevos criterios compartidos: ser retribuido por lo que uno es, por lo que hace con lo que es y como hace lo que hace con sus conocimientos y competencias.

Dos elementos son precisos: un sistema de catalogación de conocimientos y competencias, renovable, que permita establecer una categorización profesional. Podemos decir que debería ser la tan traída y llevada "carrera profesional" en que las comunidades autónomas deberían actuar de acreditadoras y el Ministerio de certificador.

Hace falta avanzar en un contrato o carta del ejercicio público de las pro-

fesiones, que además del código deontológico establezca los compromisos entre principal, la administración y el agente, el profesional, si recurrimos a un modelo basado en la teoría de la Agencia.

Los aspectos de carrera profesional y carta profesional, aunque pudieran revertir y debieran revertir en los aspectos laborales retributivos y salariales deberían gestarse entre la Administración y los colectivos profesionales, evitando su sindicalización. El papel de los sindicatos debe quedar reservado al momento de su aplicación.

El reto político y social

Hablar genéricamente de la financiación y sus fuentes, no nos debe hacer olvidar el concepto gasto, es decir prestaciones, y el concepto coste, con todos los factores que en éste intervienen para poder aproximarnos al coste admisible de los servicios, el gasto que en su conjunto se genera, y por tanto, cuales son las necesidades de financiación.

A día de hoy nos enfrentamos al coste de la deuda sanitaria, al ajustar los costes al gasto posible y a como afrontar el incremento del gasto que la innovación y la mayor esperanza de vida generan. Reto más político que gestor.