



Federación de Asociaciones
para la Defensa
de la Sanidad Pública



**LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD.
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS PARA
ASEGURARLA**

**El Sistema Nacional de Salud (SNS) es eficaz, es apreciado por los
ciudadanos y es sostenible.**

Argumentos para combatir el tópico de la insostenibilidad del SNS

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad
Pública.***

Junio de 2011

Introducción

Desde hace algún tiempo se está poniendo en cuestión la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la base de que existe en España un supuesto elevado gasto sanitario, una alta utilización de los servicios sanitarios incentivada por la gratuidad en el momento del uso, la existencia de deudas importantes con los proveedores de las distintas CCAA y una supuesta tendencia a un crecimiento incontrolado del gasto sanitario.

Todos estos argumentos, y algunos otros de los más variados tipos, han sido reiterados por numerosos “informes” financiados por la industria farmacéutica, o de tecnologías sanitarias, o por empresas de aseguramiento, en la búsqueda de conseguir un “ambiente mediático” que acabe imponiendo las tesis de quienes los encargan y financian. Además de alimentar el tópico de la insostenibilidad, proponen todos la misma solución: un aumento de la privatización del SNS comenzando por los copagos, siguiendo con un incremento de las llamadas colaboraciones público-privadas, y acabando con una presencia mayor y más agresiva del aseguramiento privado (éste, eso sí, subvencionado o directamente financiado con fondos públicos).

Por estos motivos, desde la FADSP hemos realizado este documento que intenta responder a los principales interrogantes sobre la viabilidad de nuestro sistema sanitario público; analiza la situación con los datos disponibles y propone alternativas de mejora en la línea de reforzar la Sanidad Pública española, conscientes de que es un refuerzo fundamental para la cohesión y la equidad social, especialmente en un momento de crisis económica como el actual.

¿Es insostenible el Sistema Nacional de Salud?

Con los datos existentes puede asegurarse que no. El gasto sanitario español, según los datos de la OMS (World Health Statistics 2011), se sitúa en \$ en poder paritario de compra (ppc) por debajo del promedio de la UE 15 países y de los países con altos ingresos, según la clasificación de la OMS (entre los que se encuentra España), y sólo es superior al promedio de la UE 27 (debido a la inclusión de países como Rumania, Bulgaria y los 3 países bálticos, que en ningún caso superan los 850 \$ ppc; en Rumania sólo llega a 408 \$ ppc).

Si analizamos el gasto sanitario público, vemos que nos encontramos por debajo de los 3 grupos analizados: 821 \$ por habitante y año menos que la media de la UE15; 805 menos que los países con ingresos altos y 43 menos que la UE 27 (Tabla 1).

Tabla 1. Gasto sanitario total y gasto sanitario público en diferentes países

| | España | UE 27/ UE 15 | Países con altos ingresos (OMS) |
|------------------------------|--------|--------------|---------------------------------|
| GST (%PIB) | 9 | 8,39/ 9,60 | 11,1 |
| GST per capita \$ ppc | 2.941 | 2.857/ 3.697 | 4.246 |
| GSP per capita \$ ppc | 2.049 | 2.092/ 2.870 | 2.854 |

Por lo tanto no puede decirse que nuestro gasto sanitario sea alto, es más, es el gasto sanitario público, el que se pretende muy elevado, en estos informes es el que es notoriamente bajo. Por otro lado, según la OCDE, el crecimiento del gasto sanitario en los últimos 10 años ha sido de un 2,7% anual en España frente al 4,1% de promedio en el conjunto de países de la OCDE. Cae así también otro tópico de estos adictos al alarmismo: el crecimiento del gasto sanitario en España no está incontrolado, sino que es moderado en relación con los países de su mismo nivel económico. Por fin, y también según la OCDE, la ratio de crecimiento de gasto sanitario total/público en España está por encima de la recta de regresión de la de los países de la OCDE. Es decir, en España el crecimiento del gasto sanitario privado, en relación con el público, ha sido mayor que la de los otros países (OECD Health data 2010).

¿Por qué se producen las deudas de las CCAA?

Uno de los argumentos sobre la insostenibilidad del SNS se basa en las deudas de las CCAA y su demora en el pago a los proveedores. Lo primero que debe señalarse es que no existen unos datos específicos que nos permitan conocer con certeza la cuantía de las mismas que, en todo caso, han venido a ser reconocidas por las CCAA de manera tácita. La figura 1 siguiente recoge los datos publicados que, como se ha dicho, deben verse con cierta prudencia, aunque probablemente se acercan a la realidad

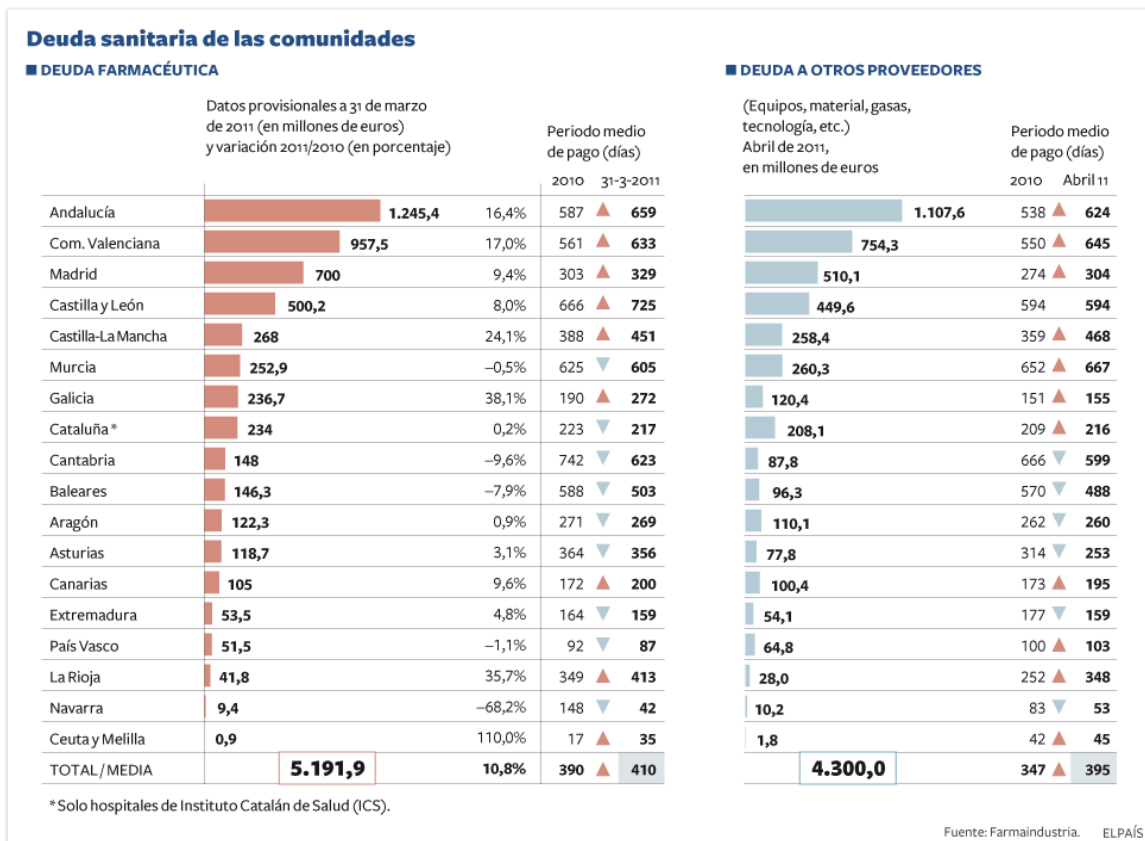


Figura 1. Deuda sanitaria de las CCAA

Estas deudas tienen cuatro orígenes: 1/ una escasez de recursos para la sanidad, como ya se ha visto, 2/ el modelo de financiación que produce la infra-presupuestación de algunas de las CCAA; 3/ el elevado gasto farmacéutico y 4/ los procesos privatizadores, aparte de otros problemas de gestión de los que se tratará en otro apartado.

No puede haber buenos servicios públicos sin una recaudación suficiente

Como ya se ha señalado, hay una subfinanciación sanitaria en comparación con otros países de nuestro nivel económico y de desarrollo. El problema en gran parte se fundamenta en la baja presión fiscal de nuestro país y en la sistemática retirada de impuestos (patrimonio, sucesiones) que reduce la recaudación de manera más importante en momentos de crisis. En la tabla 2 se compara la evolución de los ingresos no financieros en % del PIB (por lo tanto independientemente de la crisis, ya que esta reduce los ingresos pero también el PIB) y se observa que España se aleja del conjunto de la UE y de la zona euro con porcentajes cada vez menores de recaudación.

Tabla 2. Ingresos no financieros en % del PIB

| País | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Alemania | 43,9 | 43,7 | 44,3 |
| Francia | 49,6 | 49,5 | 48,1 |
| Italia | 46,4 | 46,2 | 46,6 |
| Gran Bretaña | 41,5 | 42,5 | 40,3 |
| España | 41,1 | 37,0 | 34,5 |
| Zona Euro | 45,4 | 44,9 | 44,4 |
| U. E. 27 | 44,9 | 44,6 | 44,0 |

Fuente: Elaboración propia sobre datos EUROSTAT

El fraude fiscal en España se sitúa alrededor del 23% del PIB. Como el PIB de España alcanzó en 2007 el billón de euros, y como la cifra de cuotas no ingresadas supera los 70.000 millones de euros cada año, y teniendo en cuenta la prescripción de este delito es de cuatro años, se puede cuantificar en 280.000 millones de euros las cuotas tributarias no ingresadas, que con una actuación decidida del gobierno se podrían ingresar en las arcas públicas.

Por otro lado la media de fraude fiscal en la Unión Europea es del 13% (diez puntos menos que en España). Si España lograra equipararse con la media europea, se ingresarían 100.000 millones más de euros (Asociación Profesional de Inspectores de Hacienda 2009).

El modelo de financiación sanitaria favorece la insuficiencia de recursos para la Sanidad.

Como es bien conocido desde 2001 son las CCAA las que gestionan la Sanidad Pública. De acuerdo con el modelo actual de financiación autonómica, aprobado en 2000 y modificado en 2009, éstas reciben una cantidad global para atender a todas las competencias transferidas, y son los gobiernos de las CCAA y sus parlamentos los que deciden cuanto dinero se dedica a la Sanidad Pública, de acuerdo con sus propias prioridades de gasto.

El resultado es que hay una gran dispersión en los presupuestos sanitarios, como se ve en la tabla 3, que recoge los presupuestos per capita aprobados para 2010 y 2011 por las distintas CCAA, calculados a partir de los presupuestos aprobados por los distintos parlamentos autonómicos y divididos por el número de habitantes de cada CCAA según el INE. Hay que tener en cuenta que como este dato se aprueba en diciembre y hace referencia a 1 de enero del año anterior, y que como se ha producido un aumento de población en ese periodo, el presupuesto per capita esta sobreestimado.

Tabla 3. Presupuestos per capita por CCAA

| CCAA | Presupuesto sanitario per capita 2010 | Presupuesto sanitario per capita 2011 |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Andalucía | 1180,09 | 1.121,69 |
| Aragón | 1419,37 | 1.364,49 |
| Asturias | 1507,15 | 1.495,93 |
| Baleares | 1066,37 | 1.003,32 |
| Canarias | 1295,36 | 1.135,75 |
| Cantabria | 1347,47 | 1.232,16 |
| Castilla y León | 1360,62 | 1.348,92 |
| Castilla la Mancha | 1346,52 | 1.283,08 |
| Cataluña | 1298,84 | 1.292,45 |
| Comunidad valenciana | 1122,79 | 1.078,95 |
| Extremadura | 1509,72 | 1.390,56 |
| Galicia | 1333,39 | 1.266,13 |
| Madrid | 1108,14 | 1.103,16 |
| Murcia | 1334,25 | 1.346,9 |
| Navarra | 1543,12 | 1.528,59 |
| País Vasco | 1623,08 | 1.563,68 |
| La Rioja | 1443,94 | 1.347,11 |
| Media CCAA | 1.343,95 | 1.288,58 |

Como puede observarse hay una gran dispersión en los presupuestos. En el año 2011 nada menos que 556,71 € por habitante y año entre las comunidad autónoma con presupuesto más elevado y la que lo tenía menor. Obviamente las CCAA con menor presupuesto por habitante tienen tendencia a presentar deudas mayores (las 3 que encabezan el “ranking” de deuda están situadas por debajo de la media en cuanto a presupuestos y las 4 últimas están en el grupo de mayor presupuesto per capita), porque aunque existen diferencias interautonómicas que explican una parte de la variación en las necesidades de gasto (por ejemplo el envejecimiento de la población, la dispersión geográfica, etc), es obvio que no hay justificación para un gasto sanitario tan distinto, y que los bajos presupuestos conllevan un endeudamiento progresivo y creciente que se agrava con el mantenimiento de esta baja presupuestación a lo largo de los años.

Otro hecho derivado de este modelo inadecuado de financiación autonómica consiste en que los ingresos de las CCAA supuestamente destinados “para la sanidad” carecen de mecanismos de control para garantizar su posicionamiento concreto en los presupuestos sanitarios. Así sucedió con las aportaciones de la conferencia de presidentes de 2005, que en varias de ellas (por ejemplo en Madrid y Valencia) no acabaron en Sanidad, y con el llamado “céntimo sanitario” que es un ingreso de las CCAA que en última instancia son las que deciden si se destina a Sanidad o a cualquier otra cosa.

Tenemos un gasto farmacéutico elevado

El gasto farmacéutico español es muy elevado. En comparación con los países de la OCDE el gasto farmacéutico se coloca 3,9 puntos por encima en % sobre el promedio del gasto sanitario (21,3 versus 17,4) y 0,3 puntos más en % sobre el PIB (1,8 versus 1,5%). España es uno de los 4 países que encabezan la lista del gasto farmacéutico de la OCDE (OECD Health Data).

Si el gasto farmacéutico español por habitante y año se redujera al promedio de la OCDE se produciría un ahorro de 5.000 millones de €, en números redondos, lo que evidencia la gran capacidad de mejora que hay en este terreno.

Cuando analizamos las cifras del gasto farmacéutico nos encontramos con el problema de que mientras las que se refieren al gasto farmacéutico de recetas de la Seguridad Social es bastante transparente (aparece actualizada mes a mes en la web del Ministerio de Sanidad), la del gasto farmacéutico hospitalario no es pública y sus cifras conocidas lo son con varios años de retraso.

El gasto farmacéutico público de recetas tiene una media de 259,62 € por habitante y año y el gasto privado en 2009 era de 148,41 € habitante y año, es decir un 57,16% del gasto público, y tiene también una gran dispersión según CCAA, sobre todo relacionada con el porcentaje de medicamentos genéricos que se utiliza en cada una de ellas (que oscila entre el 14,81% del gasto en Andalucía al 4,17% del gasto en Galicia, según el Ministerio de Sanidad), con un coeficiente de correlación de - 0,692. De todas maneras conviene tener en cuenta que el porcentaje de gasto de recetas en medicamentos genéricos en España es globalmente bajo (8,38%) en comparación con otros países (37% Alemania, 28% Reino Unido, 22% USA, etc).

El gasto farmacéutico ha venido creciendo en torno al 7% anual (15% en los hospitales) como consecuencia de la incorporación constante de nuevos medicamentos, productos sanitarios y tratamientos, y de las políticas de marketing de los laboratorios farmacéuticos dirigidas a los médicos y asociaciones de enfermos (se espera que el coste de los tratamientos oncológicos pase de 20.000€ per cápita en la actualidad a 70.000€ en unos años, triplicando su coste). Más del 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente. El uso excesivo, insuficiente o indebido de los medicamentos tiene efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos

En 2010 y 2011 se está produciendo una reducción de gasto farmacéutico en recetas (un descenso del 2,36% en 2010 y del 9,02 interanual en mayo del 2011), pero las noticias que hay sobre el gasto hospitalario, que como ya se ha dicho no es transparente y cuyos datos se ocultan a la opinión pública, es que éste continúa creciendo, por lo que hay razones para pensar


que el gasto farmacéutico público total no esta disminuyendo o lo hace en porcentajes muy pequeños.



Las privatizaciones suponen un importante incremento de los costes

El incremento de las privatizaciones es otro de los factores que influye en el aumento de los costes. Las experiencias que existen en el Reino Unido señalan un aumento de los costes de 6-7 veces a lo largo del tiempo en las iniciativas de financiación privada (PFI), siempre y cuando no se produzcan otros problemas. En España y en la Comunidad de Madrid se ha evidenciado un coste adicional de 7,14 veces más, tal y como se ve en la tabla 4. Es un sobrecoste que puede incrementarse con el tiempo, pues, por ejemplo, las UTE que tienen la concesión de los hospitales PFI de Madrid han solicitado un incremento de 9,2 millones de € anuales en el canon y 80 millones mas por excesos de gasto (El Pais 2011).

Tabla 4. Precios estimados de los nuevos hospitales de Madrid

Precio de los nuevos hospitales



| Hospital | Costes obra (1) | CANON alquiler 2008 (1,2) | Coste final a 30 años (1,2) | PROPIETARIOS |
|-------------|---|---------------------------|--|--------------------|
| Aranjuez | 58 | 9,7 | 300 | Construc Hispánica |
| Arganda | 63 | 10,7 | 330 | FCC, caja madrid |
| Coslada | 93 | 16 | 480 | Sacyr vallehermoso |
| Majadahonda | 250 | 45 | 1350 | Dragados |
| Norte | 114 | 20 | 600 | Acciona |
| Parla | 84 | 15 | 450 | Sacyr vallehermoso |
| Valdemoro | 72 | 25 | 990 | Apax partners |
| Vallecas | 107 | 16,8 | 510 | Begar, ploder |
| Total |  701 | 158,2 |  5.010 | |

(1) millones de euros .

(2) Varía año a año, en general aumenta por IPC+gastos sobrevenidos y lucro creciente.

El hospital de Burgos (otro hospital de modelo PFI) lleva ya un sobrecoste de 132 millones de € y una demora de 1,5 años en su terminación. La tabla 5 compara los costes de dos hospitales de tercer nivel, el Hospital Central de Asturias, construido por la formula tradicional y financiación pública, con el de Majadahonda /Puerta de Hierro mediante PFI.

Tabla 5. Comparación de costes de dos hospitales

| Hospital | Nº camas | Coste final (incluido equipamiento) |
|---------------------|--------------|-------------------------------------|
| H. C. Asturias | 1039 | 350 millones euros |
| P. Hierro | 800 | 1200 millones euros |
| Diferencias: | - 239 | + 850 millones de euros |

Estos sobrecostes de la privatización explican también, en parte, las deudas de comunidades autónomas como Madrid y Valencia donde los modelos privatizadores están muy desarrollados.

Recientemente Allyson Pollock (BMJ 2011) señalaba una escandalosa contradicción: los costes pagados por los modelos PFI en gran parte están sufragados por bancos que han tenido que ser reflotados con dinero público; a la vez estos bancos están recibiendo por los hospitales PFI intereses que se encuentran entre 2,01 y 1,68 veces más de lo que ellos pagan por el mismo dinero al gobierno. Un hecho irracional e insostenible.

El mito del exceso de utilización de los servicios sanitarios

Una de los argumentos utilizados para justificar la necesidad de imponer copagos se basa en la existencia de una elevada utilización de los servicios sanitarios, supuestamente incentivada por la gratuidad en el acceso.

Las figuras 2 y 3 recogen la utilización de consultas médicas y las estancias en España y en los países de la UE, constatándose que aunque hay una mayor utilización de las consultas en España no ocurre así en el caso de la hospitalización que es bastante baja en nuestro país.

Figura 2. Consultas/habitante/año

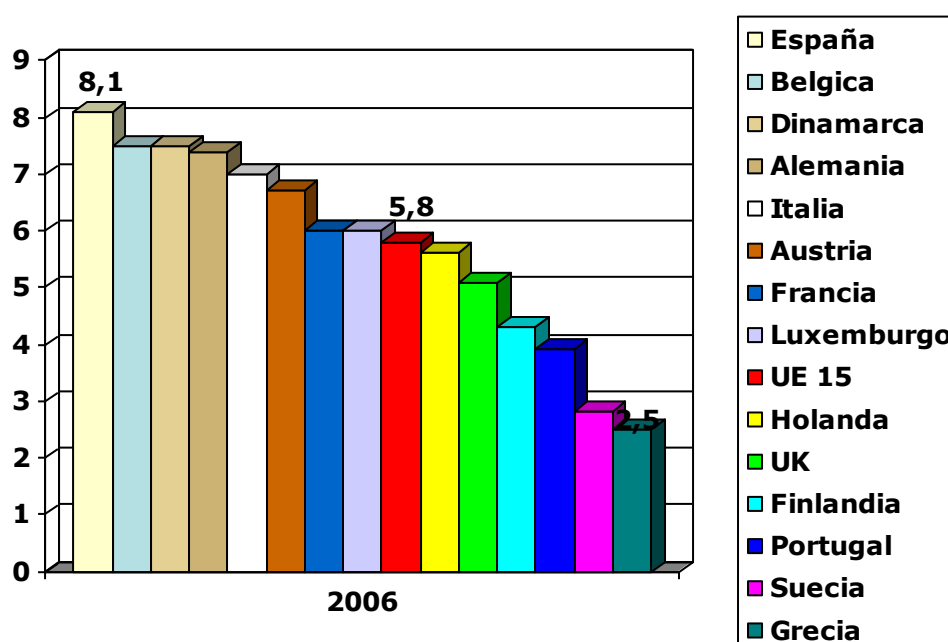
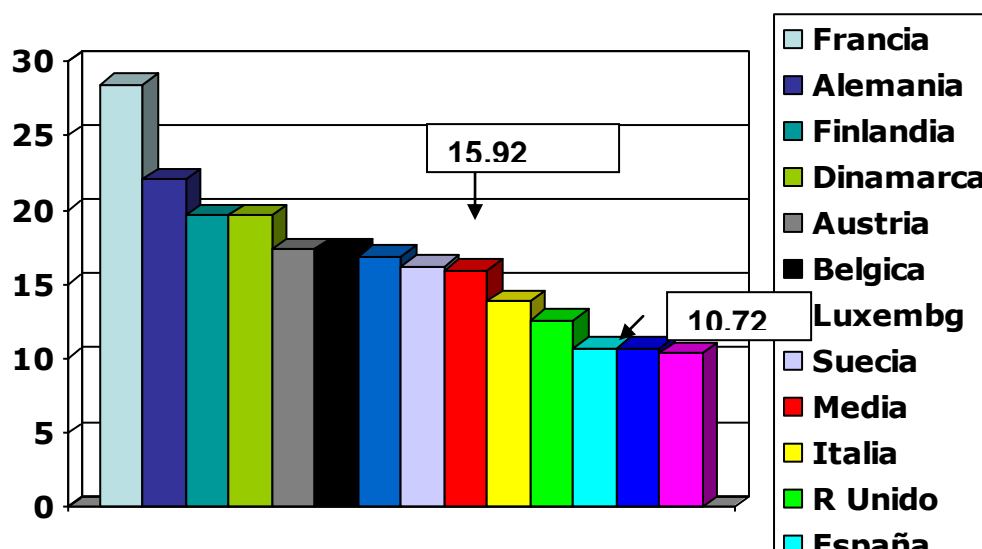


Figura 3. Estancias /100 habitantes /año



Aunque se dice que los pacientes visitan al médico de cabecera una media de entre 8 y 9 veces al año, lo cierto es que se trata de un dato posiblemente erróneo, porque incluye las visitas a otros servicios complementarios, como odontología, podología, etc... que en las estadísticas de la UE se consideran de atención primaria. El dato más cercano a la realidad es de 6 visitas/persona/año, según la encuesta realizada por Eroski Consumer a 4.250 pacientes, en 18 provincias y en 170 centros de salud en septiembre de 2010. En esa misma encuesta se obtiene una satisfacción con la atención primaria de 8 sobre 10. Ambos datos son coincidentes con la evaluación de la estrategia AP21: 5,6 visitas/año y 8,4 de satisfacción.

En el fondo, lo que dicen los datos (OCDE 2009) es que tenemos un sistema muy basado en la Atención Primaria con pocas camas hospitalarias, donde se atienden en consulta más problemas que en los otros países de la UE. Además faltan camas públicas de crónicos, ya que mientras el índice camas de agudos por mil habitantes es de 3,8, las camas de larga estancia (crónicos y geriátricos) son el 0,4 por mil habitantes mientras que la media de estas camas en los países más desarrollados de la Unión Europea (UE-15) está en torno al 30 por ciento del total de camas.

Por otro lado conviene no olvidar que más del 70% de las consultas son decididas por el propio sistema (revisiones, etc), que en España hay una elevada carga burocrática en AP (recetas, certificados, IT,...) que ha ido en disminución gracias a la creciente informatización, y que los médicos atienden muchas consultas que en otros países son resueltas por profesionales de enfermería.

La demanda es inducida en un porcentaje muy elevado, tanto por los propios médicos, como por la incitación social al consumismo sanitario. En el capitalismo, la inducción al consumo es parte de su supervivencia y de su crecimiento. La inducción se propicia cuando hay quién pague ese consumo, sea el financiador público o privado (mutuas, paciente). La inducción se ejerce sobre consumidores directamente o sobre reguladores: nuevos medicamentos, nuevas tecnologías; o sobre los intermediarios que más deciden: médicos de hospital, a través de los cuales se introducen la mayoría de los medicamentos y técnicas que luego se difunden rápida y acríticamente por todo el sistema sanitario (AP) y social (medios de comunicación, asociaciones de pacientes).

El envejecimiento de la población no es el principal problema

Se ha intentado vincular aumento del gasto sanitario con envejecimiento, cuanto todos los estudios (CMAJ, New England, JAMA,...) coinciden en que el aumento de la población con más edad es una causa menor del crecimiento del gasto, siendo responsable entre un 5-20% del incremento del gasto según los estudios, es decir entre un 95-80% del crecimiento tiene otras causas, especialmente la sobreutilización tecnológica.

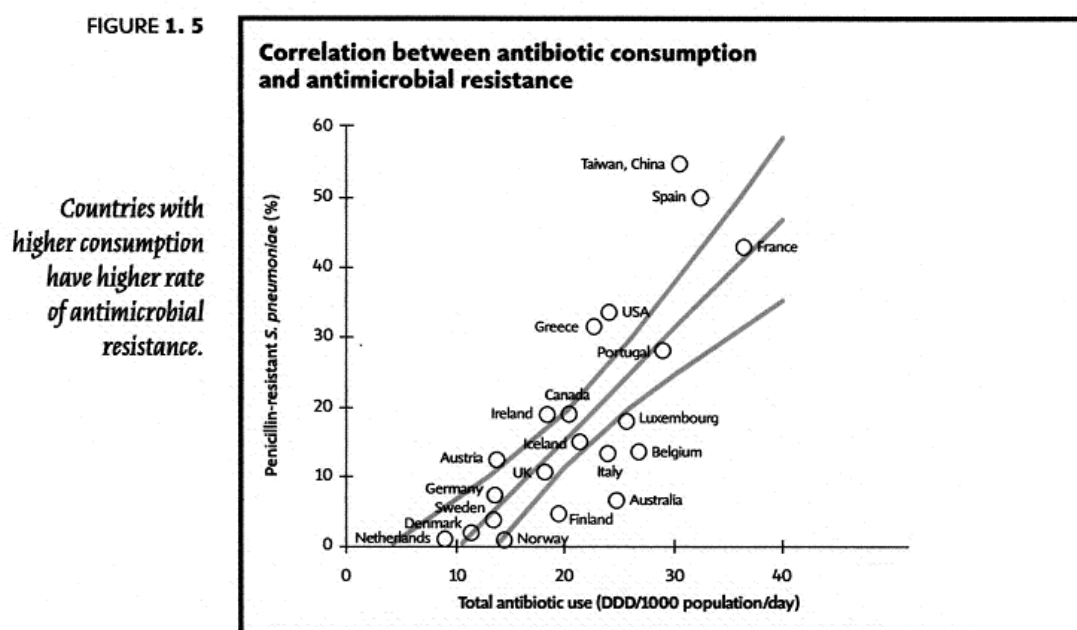
En España, un estudio de Álvarez Corbacho ha identificado que, en Galicia, solo el 15% del aumento del gasto farmacéutico estaba relacionado con el incremento de la población de más de 65 años.

Otros aspectos relacionados con el gasto sanitario que deberían controlarse

Irracionalidad en la utilización de medicamentos

Los medicamentos no solo suponen una gran parte del gasto, sino que existe con frecuencia una utilización inapropiada que produce otros efectos en el conjunto del sistema sanitario. Así sucede por ejemplo con la elevada tasa de utilización de antibióticos (Figura 4), que además se relaciona con una mayor tasa de resistencias bacterianas, lo que lleva aparejado un uso cada vez mayor de antibióticos más complejos y más caros, de mayores estancias, de mayor morbilidad y mortalidad (más estancias hospitalarias, etc).

Figura 4. Correlación entre consumo de antibióticos y resistencias



Source: Albrich, Monnet and Harbarth. *Emerg. Infect. Dis.*, 2004, 10(3):514-7.

Sobreutilización tecnológica

Existen muchas evidencias de que el principal problema de los incrementos de costes sanitarios está en una utilización excesiva y poco fundamentada de la tecnología. Se ha señalado que en torno a un 30% de la utilización está justificada, otro 30% es dudosa su utilidad y en otro 30% es innecesaria, y a veces esta contraindicada. Sobre aspectos concretos que influyen en la sobreutilización hay diversos estudios (ver Atlas de Variabilidad de la Práctica Médica). En muchos de ellos subyace como causa la fascinación de los clínicos por la alta tecnología y su persecución tiránica del diagnóstico.

Como ejemplos señalar que en un reciente metanálisis de ámbito internacional las colonoscopías eran necesarias en un 20% de los casos, apropiadas en el 26%, innecesarias en el 27% e inapropiadas en otros 27% (International Journal for Quality Health Care). En otro estudio en España en

las intervenciones de cataratas no se correlacionaba la priorización con las necesidades de cirugía (International Journal for Quality Health Care), e incluso la apertura de nuevos servicios de cirugía cardíaca suponían mayores tasas de revascularización cardíaca (JAMA).

La adquisición y difusión masiva e irracional de recursos tecnológicos

Muchos PET, Resonancias Magnéticas, TAC, etc carecen de control público que garantice que su adquisición y difusión por los centros públicos se basa en criterios de necesidad y racionalidad. En estas compras tiene un papel muy relevante la presión de la industria o del interés de los responsables de los centros (España está a la cabeza de la UE-15 en los índices de recursos tecnológicos por habitante).

El 30 por ciento del gasto sanitario total que se genera en España procede de un uso inapropiado de las tecnologías médicas, lo que además de representar un coste evitable expone al paciente a riesgos innecesarios (OMS 2010). Algunos estudios refieren que más de la mitad de las peticiones de pruebas radiológicas en Atención Primaria son innecesarias y que más del 80 por ciento del total obtiene resultados negativos, mientras que un estudio realizado por la Agencia de Evaluación del País Vasco cifraban la mala prescripción de los mismos en torno al 40 por ciento.

En España se ha constatado una gran variabilidad en la práctica clínica que se refleja en los Atlas de Variaciones de la Práctica Médica en el SNS. En este Atlas por ejemplo se describen las diferencias en la utilización de la cirugía en el tratamiento de 9 tipos de cáncer: mama, vejiga, colon, próstata, útero, laringe, pulmón, estómago y esófago, entre los años 2005 y 2007.

La variabilidad encontrada es diferente en los distintos cánceres estudiados, siendo máxima en la cirugía de próstata y pulmón, intermedia en las de esófago, estómago, vejiga y laringe, y mínima en el caso de cáncer de mama, colon y útero.

Es precisamente donde más variabilidad existe, donde parece que las diferencias no se deben a la epidemiología del cáncer, sino al hecho de vivir en una determinada zona geográfica, o al hecho de vivir en áreas sanitarias con determinado nivel socioeconómico. La disponibilidad de recursos hospitalarios no pareció tener influencia en el número de intervenciones quirúrgicas.

Los patrones de variabilidad sugieren que las diferencias encontradas se relacionarían con los siguientes factores: 1/ grado de acuerdo científico sobre la eficacia del cribado y de la cirugía; 2/ grado de utilización de programas de cribado poblacionales u oportunistas, 3/ la diferencia de criterio profesional en relación con la resecabilidad del tumor y 4/ las dificultades de acceso a un diagnóstico temprano por razón de las diferencias socioeconómicas. En cada tipo de tumor, el patrón de variabilidad fue específico en cuanto a la combinación de estos factores.

Ruptura de las economías de escala

La descentralización del SNS, primero en CCAA, luego en gerencias de AP y hospitalarias y posteriormente la aparición de multitud de centros con personalidad jurídica diferenciada ha producido la pérdida de capacidad del conjunto del SNS para negociar costes más ajustados con los proveedores, perdiendo las ventajas de economía de escala que tiene el SNS al ser el principal comprador de suministros y tecnologías sanitarias en nuestro país.

Aunque el Consejo Interterritorial del SNS acordó, hace ya un año, la puesta en marcha de una agencia de compras para el conjunto del SNS, la realidad es que todavía no funciona y el único movimiento en este sentido ha sido recientemente la compra conjunta de vacunas por 8 CCAA que ha supuesto un ahorro de más de 100 millones de €. Sin embargo, y contrariamente a estos cuerdos en algunas CCAA como Galicia las centrales de compras autonómicas se han privatizado con un sobre coste de 98 millones de euros.

Desintegración de la atención sanitaria

Hay una gran desconexión entre primaria y especializada, uno de los grandes retos no conseguidos por el SNS, desconexión que se ha agravado en alguna comunidad autónoma como la de Madrid con la puesta en marcha de la llamada “área única”. Esta desconexión es mayor con la ruptura de la integración del sistema sanitario, la aparición de múltiples empresas que prestan atención sanitaria, más aún si se trata de empresas privadas. A nivel macro, la desconexión del conjunto del SNS esta ejemplificada en la ausencia del Plan Integrado de Salud ¡25 años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad¡.

Medicalización

Se habla de medicalización para referirse a la conversión en problemas patológicos de situaciones o problemas que no lo son. También a tratar de resolver, mediante la medicina, problemas cuya solución no es médica. La medicalización esta ligada a la progresiva transformación de la medicina en un “bien de consumo”. No hay una estimación de lo que puede suponer para el SNS este tipo de actitudes, pero desde luego es creciente y supone una presión sobre los profesionales y un incremento de la demanda de pruebas diagnosticas y medidas terapéuticas no justificadas. Como es obvio esta potenciada por muchos intereses económicos.

Medicina defensiva

Se conoce como medicina defensiva a la realización de pruebas diagnósticas y/o medidas terapéuticas con la única finalidad de utilizarlas, en caso de demanda judicial. En USA es una práctica muy habitual y se considera que produce entre un 15 y un 20% del gasto sanitario. En España no esta cuantificada y probablemente su impacto es mucho menor porque el sistema está menos judicializado, aunque hay un crecimiento de las reclamaciones judiciales.

Se ha señalado que el miedo a una demanda condiciona el trabajo de casi el 70% de los facultativos (lo que les induce a solicitar más pruebas de las necesarias). Este miedo es paradójico: los médicos corren el riesgo de tener una media de entre cinco y seis reclamaciones durante su vida laboral, las mismas probabilidades que tiene de sufrir un accidente de coche (Rev Esp Econ Salud 2003).

Politización de la gestión

El sistema está sometido a una fuerte politización que hace que los cargos de gestión y directivos sean de libre designación y decididos básicamente por afinidad política y/o personal. Se produce por lo tanto con frecuencia el acceso a cargos de gestión de personas sin o con baja cualificación. Este proceso favorece la búsqueda del apoyo político y no del buen funcionamiento de los centros y potencia el gerencialismo y la falta de participación profesional. Hay además una tendencia a imponer este sistema de nombramientos por afinidad a toda la cadena (en enfermería es prácticamente la norma y cada vez más frecuente en los cargos médicos). El resultado de este proceso es la desconfianza, la desmotivación y la falta de colaboración de un sector mayoritario de los profesionales

Marginación de la APS

Aunque el SNS esta supuestamente basado en la Atención Primaria de Salud, la realidad es que su situación deja mucho que desear.

La escasez de personal de los centros de salud con alrededor del 40-50% de los cupos masificados (más de 1.500 personas por medico), con unos ratios de médicos y enfermeras un 20% y un 43% inferiores a la media europea (*Fuente: Index Enferm v.16 n.56 Granada primavera 2007*); las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas a los médicos de los centros de salud que permitirían completar los procesos diagnósticos y terapéuticos, sin necesidad de derivar innecesariamente a pacientes al nivel especializado mucho más costoso (el coste medio de la consulta en AP es de unos 35 € frente a los 50 de las consultas externas hospitalarias (*Fuente: Osakidetza y comparaciones internacionales*); el secuestro de pacientes por determinados servicios especializados que podrían perfectamente ser seguidos en los centros de AP; y la orientación de la misma a la curación en lugar de a la promoción y prevención de la salud, determinan sobre costes inaceptables para el sistema.

Desde el Ministerio de Sanidad se propugno la Estrategia de Atención Primaria AP21 con medidas destinadas a mejorar la calidad, la orientación y la capacidad resolutive de la misma, pero la realidad es que ha habido pocos cambios a nivel general y que la AP sigue teniendo escasa consideración a nivel presupuestario (menos del 14% sobre el total).

Escasez de camas de corta-media estancia y de atención socio-sanitaria

El progresivo envejecimiento de la población determina un incremento notable de las enfermedades crónicas ya que el 25% de las personas mayores de 65 años padece más de una patología crónica que requiere tratamiento. Sin

embargo las camas de crónicos son muy escasas en España con 0,1 por mil habitantes frente a 2,27 de las de agudos (Tabla 6) y como consecuencia las hospitalizaciones de agudos rondaron los 4 millones y las de crónicos apenas superaron las 25.000 (en el año 2008).

Esta desproporción entre recursos y necesidades y el que el coste de una cama hospitalaria de agudos sea 6 veces superior al de una cama de crónicos, supone un gasto irracional e innecesario: El 70% del gasto sanitario está asociado a enfermedades crónicas y más del 20% de los enfermos crónicos que acaban en hospitales de agudos, podrían ser atendidos en hospitales de media-larga estancia.

Otra consecuencia de esta situación es que una parte importante de las camas de agudos que deberían estar destinadas a enfermos con patologías complejas que requieren recursos diagnósticos y terapéuticos avanzados y costosos, son ocupadas por personas con enfermedades ya diagnosticadas tributarias de recursos y cuidados menos sofisticados y costosos.

Tabla 6. Equipamiento según tipo hospital: agudos o crónicos

| | Camas por 1000h. | Quirófanos 100.000 h. | Plazas hospital de día por 100.000 h. | Altas hospitalización por 1000. h. | Consultas por 1000 habitantes |
|---------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Hospitales agudos | 2,27 | 5,91 | 16,23 | 27,66 | 1.491,75 |
| Hospitales cronicos | 0,13 | 0,02 | 0,8 | 0,78 | 3,49 |

Fuente Estadísticas de establecimientos sanitarios en régimen de internado MSC 2000-2008

Los copagos no son la solución

Con frecuencia suele plantearse la instauración de copagos como la solución de los problemas de sostenibilidad del SNS, sin embargo toda la experiencia internacional señala que no es cierto, porque los estudios que se han realizado sobre los efectos del copago son todos coincidentes y concluyen que la eficacia en la contención del gasto sanitario es mínima o irrelevante. Las cuotas de participación son un impedimento de importancia en el acceso a los servicios para los pobres y los ancianos que viven con bajos ingresos, que retrasan o impiden el uso de servicios sanitarios necesarios y que no se ha demostrado su capacidad para contener la demanda, que incluso, en algún caso se ha incrementado (Department of National Health Welfare , Canada 1991; National Health Strategy Unit, Australia 1991; Escola de Saude Publica , Portugal 1990) .Es más, la Organización Mundial de la Salud en Europa señalaba en 2003 (Social determinants of Health: The Solid Facts. WHO Europe 2003) que *“Hay que abolir las barreras a la asistencia médica , cualquier tasa por pequeña que sea tiene un efecto negativo sobre la salud de los sectores socialmente mas desfavorecidos”*, y por eso también el último

Informe sobre la salud en Mundo de la OMS(2010) lo desaconseja explícitamente

El copago tampoco parece que pueda generar recursos adicionales al SNS. Establecer un sistema de copagos precisa necesariamente de unos costes de implantación y mantenimiento que pueden ser muy amplios y que serán mayores cuanto mayor sea la complejidad del sistema. O sea que cuando se dice “queremos poner en marcha un sistema muy justo que considere la problemática concreta de cada cual, mediante exenciones, tramos por renta, etc”, lo que estamos diciendo es que vamos a necesitar un sistema de recaudación cada vez más caro. Ahora bien, si no queremos que el impacto sobre la población sea dramático (sabemos que la situación económica de la población no da para mucho margen), los niveles de copago tendrán que ser necesariamente bajos y su efecto recaudatorio nulo o negativo (es previsible que incluso el sistema gaste más que lo que recaude). Un cálculo del Ministerio de Sanidad estimaba en un 0,85% del gasto sanitario actual la posible recaudación por el copago (instaurando un copago de 10€ por consulta y de 15€ por urgencia)

Por otro lado es bien conocido que los países con más sistemas de copago tienen un mayor gasto sanitario, por lo que si lo que buscamos es una contención del gasto no parece que esta sea una buena vía para avanzar. Un buen ejemplo es el caso de Portugal, en 1990 se implantaron copagos sobre las consultas y las pruebas diagnósticas (ya los tenía sobre farmacia) y en 2007 sobre los ingresos hospitalarios. En 1990 el % de gasto sanitario sobre el PIB era del 5,9% en Portugal y del 6,5% en España, según los últimos datos (*World Health Statistics 2011*) el gasto sanitario en Portugal alcanza el 10,6% y en España está en el 9%, lo que supone que ha crecido en Portugal un 4,7% sobre el PIB y en España solo el 2,5%, es decir los efectos de los copagos han supuesto en Portugal un crecimiento del gasto sanitario casi el doble del producido en España, además en Portugal un 6,4% de la población con ingresos menores a la mediana no puede acudir a recibir atención sanitaria cuando lo precisa, frente al 0,4% de España (Eurostat 2011). ¿Es eso lo que queremos?.

Por otro lado el copago puede tener costes indirectos no considerados inicialmente. En un reciente estudio (New England 2010) el efecto de aumentar el copago produjo una disminución del número de consultas, pero a la vez un aumento de los ingresos hospitalarios, con un resultado final de un aumento de los costes en 24.000 \$/año por 100 personas, de lo que parece deducirse que lo que se produjeron fueron menos visitas necesarias, con un empeoramiento de las enfermedades que acabaron en ingresos que podrían haberse evitado.

Tampoco es solución incrementar el aseguramiento privado

Los análisis más recientes (NEJM 2011) muestran que la competencia de seguros no ha producido los beneficios esperados y, de hecho, ha creado nuevos problemas, poniendo en duda los méritos del modelo y su idoneidad en los países donde se ha favorecido su implantación, como es el caso de Holanda.

En primer lugar, la competencia no ha disminuido la tasa de crecimiento del gasto sanitario. Los gastos de salud continúan superando la inflación general, que aumentó a una tasa promedio anual del 5% desde 2006. Al mismo tiempo, el costo total del seguro de salud para las familias holandesas, incluidas las primas y deducibles, aumentó en un 41%. Según la Estadística de los Países Bajos, en 2010 el país gastó el 14,8% de su producto interno bruto en el cuidado de la salud y el bienestar (incluido el cuidado a crónicos y otros servicios sociales). Además, mantener la competencia y la gestión produce altos costos administrativos. Por ejemplo, se han tenido que contratar más de 600 personas para administrar las subvenciones de primas para personas de bajos ingresos (el 40% de las familias holandesas).

En segundo lugar, sigue habiendo holandeses sin seguro (150.000) y crece el número de morosos (319.000 en 2010). En conjunto representan el 3 % de la población.

En tercer lugar, la libre elección del consumidor no ha funcionado según lo previsto. Desde 2007, sólo el 4% de la población holandesa, en promedio, ha cambiado los planes de cada año; en el 80 % de los casos condicionada por las empresas más que por decisiones individuales. Además la elección está restringida por la concentración del mercado de seguros, ya que, actualmente, cuatro consorcios controlan cerca del 90 % del mercado de seguros de salud holandés. La situación es tal que el 65 % de los asegurados están insatisfechos con los planes privados.

En cuarto lugar, la libre competencia es más retórica que real, porque se necesitan medidas reguladoras a nivel de gobierno central. Se precisa un control burocrático de la atención médica sobre aspectos como los presupuestos generales, la fijación de precios y el reparto de costes al paciente (honorarios de los médicos, costes de los servicios de hospital).

Así pues la libre competencia en salud es un mito porque no tiene en cuenta una realidad crucial: los sistemas de salud de Europa, Canadá y Japón gastan mucho menos que los EEUU en servicios médicos porque se basan en la regulación de precios, en los pagos coordinados, en presupuestaciones generales y en la contención de tecnologías costosas. En este contexto, las reformas holandesas se quedaron muy por debajo de las expectativas, porque las intenciones políticas no pueden confundirse con los resultados, y porque la competencia no es la panacea.

Alternativas para asegurar la sostenibilidad del SNS

A partir del análisis anteriormente expuesto, desde la FADSP pensamos que para asegurar la sostenibilidad del SNS es necesario avanzar en las siguientes cuestiones:

1) *Asegurar la suficiencia financiera*

No tiene sentido continuar con presupuestos insuficientes que sólo generan incumplimientos y deuda. Hay que establecer las necesidades financieras del SNS y dotarle de financiación suficiente. Entendemos que sería necesario un aumento de la financiación pública en torno 0,5 puntos más en % sobre el PIB

2) *Incrementar la recaudación: recuperar impuestos*

La suficiencia financiera debe basarse en una recaudación de impuestos que la permita, eso significa incrementar la presión fiscal, especialmente la que recae sobre los segmentos de la sociedad con mayores ingresos. Habría que recuperar los impuestos sobre patrimonio y sucesiones, incrementar la carga impositiva sobre alcohol y tabaco y sobre las rentas más altas, así como sobre los beneficios empresariales.

3) *La financiación debe ser finalista*

Es imprescindible que se establezca un criterio finalista en la financiación sanitaria para que los incrementos impositivos no acaben destinados a otros fines. Debe establecerse una financiación finalista de la Sanidad y controlar el gasto de las CCAA condicionando a este control la provisión de nuevos fondos.

4) *No a los copagos: en un momento de crisis tienen consecuencias devastadoras para la mayoría de la población y no contienen el gasto*

5) *Control del gasto farmacéutico*

Hay que disminuir el gasto farmacéutico para situarlo al menos en el promedio del gasto de la UE, en % sobre el total del gasto sanitario. Ello conllevaría un ahorro de unos 5.000 millones de € anuales. Debe establecerse la transparencia y publicidad del gasto farmacéutico hospitalario.

6) *Adecuación y racionalización de la prescripción*

Deben avanzarse medidas rigurosas para mejorar la prescripción: potenciar los genéricos, racionalizar y protocolizar la utilización de nuevas moléculas, financiación por grupos terapéuticos y control del marketing de las empresas farmacéuticas.

7) *Adecuación de la utilización tecnológica*

Debe avanzarse en la reducción de la variabilidad de la práctica médica, fomentar la medicina basada en la evidencia y el *Benchmarking* (búsqueda de las mejores prácticas mediante la comparación con otros servicios/hospitales) y recuperando la importancia de la práctica clínica.

8) *Agencia de compras*

Debería ponerse en marcha de manera inmediata una agencia de compras del SNS que permita aprovechar las ventajas de una economía de escala en el conjunto del SNS.

9) *Paralizar las privatizaciones*

Las privatizaciones incrementan los costes y la deuda sin mejorar las prestaciones del SNS, por eso es preciso paralizar las privatizaciones y recuperar las empresas privatizadas para lo que se pueden aprovechar las inyecciones de fondos del Estado en los bancos que han realizado estos préstamos.

10) *Plan Integrado de Salud*

La aprobación del Plan Integrado de Salud debe de servir no solo para marcar los objetivos comunes de todo el SNS, lo que es imprescindible, sino también para fijar y evaluar las necesidades financieras del mismo

11) *Coordinación Primaria – Especializada*

La coordinación entre Atención Primaria y Especializada es clave a la hora de mejorar la atención sanitaria, pero también para evitar la duplicación y realización de pruebas innecesarias y para mejorar y racionalizar las actuaciones terapéuticas.

12) *Potenciar la Atención Primaria de Salud*

Hay que recuperar el papel central de la Atención Primaria de salud en el sistema sanitario, dotándola de los medios profesionales y técnicos adecuados y garantizando su capacidad de resolución de la mayoría de los problemas de salud. Hay además que recuperar las labores de promoción y prevención que a medio- largo plazo son fundamentales para favorecer la salud de la población y la eficiencia en la utilización de los recursos del sistema sanitario público.

13) *Desarrollar una red de camas de media y larga estancia*

Es necesaria una red de camas de media y larga estancia que permita la atención de estos enfermos en el nivel adecuado y favorezca una utilización mas racional de las camas hospitalarias de agudos.

14) *Fomentar la participación de profesionales y usuarios*

Para el adecuado funcionamiento del SNS es imprescindible la implicación de profesionales y ciudadanos, y para ello es preciso el poner en marcha mecanismos reales de participación ciudadana y profesional a todos los niveles del mismo: zonas básicas y áreas de salud, servicios de salud autonómicos y SNS.

En resumen: Nuestro sistema es el más barato y eficiente y no está en peligro, ni por la parte del gasto, que es un 15% inferior y ha crecido un 34% menos que la media de los países de la OCDE, ni por la de los ingresos, ya que los ingresos fiscales son un 22% inferiores y han descendido un 56% más que la media de países de la OCDE.

Si privatizamos el sistema será más costoso e insostenible: dejará fuera de la asistencia a millones de españoles, a los que más lo necesitan.

Hay alternativas para asegurar la sostenibilidad del SNS sin perjudicar a los más enfermos y a los más pobre; sólo depende de la voluntad política de las administraciones públicas el llevarlas a cabo.

***Federación de Asociaciones para la
Defensa de la Sanidad Pública
Junio de 2011***