



Equidad, universalidad y cohesión en el Sistema Nacional de Salud

Javier Carnicero
Gímenez de Azcárate

El Boletín Oficial de las Cortes Generales de 24 de junio de 2022, publica el proyecto de ley que modifica diversas normas para consolidar la equidad, la universalidad y la cohesión de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Llama la atención que el proyecto de ley contiene varias disposiciones que no tienen nada que ver con la equidad, la universalidad y la cohesión. Un ejemplo de preceptos que no tienen relación con el título del proyecto de ley son la disposición adicional segunda, que ocupa varias páginas del BOE, sobre condiciones generales de acceso y tratamiento de los datos en el ámbito sanitario, o las disposiciones relacionadas con la inclusión de la salud en todas las políticas. Lo más llamativo de este proyecto de ley son los artículos que se refieren a la gestión y administración de las estructuras y servicios públicos que integran el Sistema Nacional de Salud, artículos que tampoco tienen nada que ver con la equidad, con la cohesión o con la universalidad.

El artículo primero modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, para “blindar” (sic) el sistema público de salud de nuestro país, identificando como modelo de gestión del SNS la gestión directa, entendida como tal aquella que se presta a través de las administraciones públicas o de entidades que dependan de organismos públicos y cuya titularidad sea cien por cien pública. Las excepciones a la regla general de la gestión directa exigirán motivar el cumplimiento de los siguientes criterios: a) la utilización óptima de

sus recursos sanitarios propios, b) la insuficiencia de medios propios para dar respuesta a los servicios y prestaciones y, c) la necesidad de recurrir a fórmulas diferentes a la de gestión pública directa. En realidad, estos tres criterios han estado vigentes desde la época del INP, que exigía justificar la necesidad de cualquier concierto por insuficiencia de recursos propios, y solo permitía conciertos por “subsidiariedad” o “complementariedad”. Excepciones notables de aquella época son el caso de la Fundación Jiménez Díaz, Clínica de la Concepción y la Casa de Salud de Valdecilla. Aunque esta última en la actualidad está integrada plenamente en el Servicio Cántabro de Salud como hospital universitario, la Clínica de la Concepción sigue siendo en la actualidad un caso claro de gestión indirecta.

En el artículo tercero del mismo proyecto de ley que contiene disposiciones tan tajantes sobre la utilización exclusiva de la gestión directa, se consolida el diferente modelo de gestión de las mutualidades de funcionarios de la administración civil del Estado, de los funcionarios del Poder Judicial y de las Fuerzas Armadas. A 31 de diciembre de 2020, según la memoria de ese año, del total del colectivo nacional asegurado en MUFACE, un 76,31% correspondiente a 1.132.378 personas, estaba adscrito a alguna de las cuatro entidades de seguro de asistencia sanitaria concertadas, mientras que el 23,67%, es decir 351.251 personas, optaron por el sistema sanitario público. Esta proporción mantiene la tendencia de

los últimos años. Parece que cuando los ciudadanos, suponemos que bien informados por su condición de funcionarios, tienen la opción de elegir tienen criterios bien distintos a los del gobierno

Es interesante la lectura del preámbulo del proyecto de ley, que es donde deben explicarse sus objetivos y justificar su necesidad. En ese preámbulo se puede leer literalmente lo siguiente: “Esta reforma muestra una visión pública eficiente que aporta más valor a la ciudadanía y al bien común y apuesta (sic) por la generación de más empleo público y más estructuras públicas, invirtiendo la totalidad de los fondos públicos en lo público. Es evidente que, en el caso de la gestión indirecta de servicios públicos, es decir, la gestión privada de los recursos públicos, los beneficios que se generan en el ámbito empresarial no redundan en más prestaciones o más inversión en lo que es de todos y de todas, puesto que hay un interés particular que atender”. Después de semejante simpleza, poco queda que añadir. Por otra parte, cualquiera podría pensar hasta la lectura de este preámbulo que los fondos públicos del SNS se invertían en la asistencia a los pacientes, y que ahora se invertirá “la totalidad de los fondos públicos en lo público”, lo que no deja de ser un concepto muy impreciso.

Queda clara la intención del legislador de aumentar tanto el empleo como las estructuras públicas, lo que podría ser muy razonable. Sin embargo, este criterio deja de ser razonable cuando su justificación es evitar beneficios a los centros privados. Nos pasamos la vida afirmando que el paciente es lo importante, que el paciente es el centro del sistema, que la eficiencia es un componente de la calidad asistencial; y en la primera oportunidad ninguno de estos criterios se tiene en cuenta, porque lo que nos preocupa es que los centros privados no obtengan beneficio. Alguien debería explicar qué relación tiene este criterio con la equidad, la universalidad o la cohesión.

La gestión directa fue un criterio que estableció desde un principio el Instituto Nacional de Previsión (INP), organismo encargado de proveer la asistencia sanitaria a los beneficiarios de la seguridad social. La adopción de este criterio se hizo en una época en que la política económica era la autarquía y además cuando los hospitales públicos, dependientes de las Facultades de Medicina y de las Diputaciones en su mayor parte, presentaban una situación pésima

“

La eficacia del SNS ha disminuido porque su capacidad de respuesta a la demanda cada vez es menor

”

por la escasez de recursos. En aquellos momentos las clínicas privadas eran incapaces de atender a los cada vez más numerosos beneficiarios del sistema. Recursos asistenciales extrahospitalarios públicos, simplemente no existían. A esto se añadía la demagogia de los dirigentes de entonces – falangistas - que no querían que los “productores”, así se llamaba entonces a los trabajadores, fueran atendidos en los hospitales, porque esos centros eran para los pobres. Así se construyeron y pusieron en marcha las “residencias” y “ciudades sanitarias”, que eran hospitales que no se podían llamar hospitales, para atender a los trabajadores, que no se podían llamar trabajadores, y sus familias; y la utilización pública de los recursos del sector privado quedó como marginal, situación que se mantiene en la actualidad.

En 2019, último de los años de los que se dispone de información publicada por el Ministerio de Sanidad, un 5,50% de todas las altas de hospital financiadas con dinero público tuvieron lugar en centros privados. Dicho de otra manera, el 94,50 de las altas de

hospital que se financiaron por el SNS, incluidas las financiadas por MUFACE, MUGEJU e ISFAS, tuvieron lugar en centros públicos. Ese mismo año el 10,12% de la cirugía mayor ambulatoria que financió el SNS tuvo lugar en centros privados. Por lo tanto, no parece que la utilización del sector privado sea uno de los problemas del SNS. Lo que sí es un problema son sus listas de espera, que siempre tienden a empeorar. En diciembre del año 2003, primer año en la estadística de listas de espera que publica el Ministerio de Sanidad, se encontraban en lista de espera para intervención quirúrgica 436.228 personas, que esperaban un promedio de 77 días. En diciembre de 2021, último año de la publicación del ministerio, la lista de espera es de 706.740 días con una espera media de 123 días. Aunque el COVID tenga algo que ver con semejante incremento, tampoco resulta una explicación aceptable, porque tiempo ha habido para recuperar al SNS de los efectos de la pandemia.

Todos los recursos privados que emplea el SNS, ciertos, que incluyen los hospitales, el transporte sanitario, los conciertos de diagnóstico por la imagen y los de terapias respiratorias a domicilio, entre otros, emplearon el 10,8% del total del gasto público en 2019. Parece que para los autores del proyecto de ley todos los males del SNS los ocasionan el 5,50% de las altas y el 10,12% de la cirugía mayor ambulatoria que tienen lugar en centros privados. Cualquiera diría a la vista de este proyecto de ley que cuando estas altas y estas intervenciones quirúrgicas se atiendan en centros públicos y ese 10,8% del gasto se invierta en centros y servicios públicos, las listas de espera desaparecerán, la atención primaria, por supuesto pública, será un modelo para el mundo y el SNS será un ejemplo de eficiencia. Vivir para ver.

Se puede afirmar que la eficacia del SNS ha disminuido, porque su capacidad de respuesta a la demanda cada vez es menor y que tanto la utilización de centros y servicios privados como el gasto que esa utilización supone son marginales. Desde hace varios años se discute sobre la sostenibilidad del SNS. También desde años y sobre todo después de la pandemia se ha puesto de manifiesto la delicada, eufemismo para decir mala, situación del sistema de salud. No se tiene conocimiento de que ningún servicio de salud se haya propuesto una profunda reforma de la atención primaria ni tampoco de la gestión de los hospitales públicos, y todas las medidas que



se adoptan son las mismas de siempre, aumentar el gasto y afirmar de la manera más grandilocuente posible que se “potenciará la Atención Primaria”. Aumentar el gasto para seguir haciendo lo mismo supondrá tener los mismos resultados, pero mucho más caros.

A la vista de este proyecto de ley parece como si para mejorar el SNS fuera necesario eliminar de su seno al marginal sector privado, en vez de acometer de una vez una profunda reforma que asegure que todos los pacientes reciban una asistencia de la mejor calidad y de la máxima eficiencia. A un paciente no le importa si se le asiste en un centro público o en uno privado que financia el SNS. Lo que le preocupa es recibir la mejor asistencia posible y en tiempo oportuno. A los ciudadanos y a los contribuyentes lo que nos preocupa son la eficiencia y la calidad del SNS.

Consultor de servicios y sistemas de salud
javiercarnicero@cognitiosalud.es