

Tras la pandemia, reconstruir. Capítulo I: La salud



La pandemia del COVID-19 ha creado en muchos países una crisis sanitaria, económica y social sin precedentes. Sin duda habrá que reconstruir lo dañado, reformar lo que ha fallado e incluir nuevas formas de hacer las cosas, no solo en previsión de otra pandemia sino como oportunidad para la mejora.

En línea con la teoría de la innovación disruptiva de 1997^[1], las restricciones de movilidad y de contactos han revolucionado las relaciones sociales, los patrones de consumo (incremento del ahorro familiar), la educación (formación online masiva), la vida laboral (teletrabajo), la tecnología (toma de temperatura), la prevención de contactos (el modelo de las APP) y la atención médica a distancia (la telemedicina).

Las pandemias causaron en el siglo XX más muertes que las guerras y, sin embargo, parece que no se ha tenido en cuenta. La respuesta al COVID-19 está representando una prueba de esfuerzo para los sistemas sanitarios, es decir, asistencia sanitaria y salud pública. ¿Qué ha fallado? En España harán falta estudios científicos serios que expliquen el porqué de unas de las tasas de incidencia y, sobre todo, de mortalidad más altas del mundo.

Los parámetros básicos de los sistemas sanitarios

Los indicadores más utilizados para medir los sistemas sanitarios son el gasto sanitario global en relación con el producto interior bruto (PIB) del país y la relación de este indicador con el gasto sanitario público.

Según el Banco Mundial el gasto sanitario total en relación al PIB en 2017 en España fue del 8,9%, en EE.UU. fue del 17,1%, en Alemania del 11,2%, y en Grecia de un 8,0%. El porcentaje de gasto público sobre el gasto sanitario total en España fue del 70,6%, en EE.UU. el 84,4%, en Alemania el 84,16% y en Grecia el 60,46%.

Otros indicadores útiles para comparar sistemas sanitarios son los derivados de su comportamiento económico, es decir, análisis de sus sistemas de financiación, de sus modelos de asignación y control presupuestario, de los mecanismos de incentivación de eficacia y eficiencia de centros públicos, de la transparencia de los datos económicos y sanitarios —agregados—, así como de la utilización de la gestión sanitaria de base poblacional. Además de ponderar indicadores de resultados, calidad, uso eficaz y eficiente de recursos y la ratio de respeto efectivo de los derechos de las personas, usuarios y pacientes.

El sistema sanitario español

El sistema sanitario español está compuesto, básicamente, por dos sistemas solapados, es decir, por una parte el sistema de seguridad social (artículo 41 de la Constitución) y por otra un sistema de servicio público, el Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), artículo 43 de la Constitución que básicamente reconoce a la salud como bien jurídicamente protegido. Una salud pública, además, de competencias descentralizadas.

Este casi triple sistema se entrelaza con otros componentes, las mutualidades, entidades colaboradoras de la seguridad social y mutuas prestadoras de servicios sanitarios.

El SNS alberga una red asistencial de más de 520 hospitales y 13.131 centros de atención primaria, mezclando centros con y sin personalidad jurídica propia, con distintos modelos de gestión y de dependencia patrimonial. Este engranaje da soporte a un escenario laboral que con distintos niveles de derechos alberga a 515.312 empleados, de los cuales 138.797 son personal médico, 245.533 son personal de enfermería y otros miles de profesionales de la salud y personal no sanitario.

El SNS apareció apresuradamente con la Ley 14/86, con la intención de crear un Servicio Nacional de Salud británico sin abandonar el Sistema de Seguridad Social bismarkiano ya existente, creando Servicios de Salud en todas las Comunidades Autónomas[2]. Al final, llevar al límite la interpretación del Artículo 149.1.17ª de la Constitución[3] para subsanar lo poco que conformaba el Artículo 148.1.21ª a las expectativas más autonomistas, legitimando el proceso de traspasos a Cataluña (1981) y Andalucía (1984)[4]. Se apeló al 149.1.17ª por hacer referencia a la Seguridad Social, modelo del cual se pretendía huir, lo cual finalmente se ha constatado por la vía de universalización utilizada tanto por la Ley 16/2003 como por el Real Decreto Ley 7/2018.

Este conglomerado ha producido, entre otras, disfuncionalidad por falta de definición de las competencias del Gobierno central (Ministerio de Sanidad), por ausencia de herramientas jurídicas para la coordinación y gobernanza llevando a la desconexión entre aseguramiento de la salud, financiación, prestaciones de la seguridad social, provisión de servicios, salud pública, prevención, promoción y educación para la salud, con insuficiencia presupuestaria, desde 1986, y con disociación entre las obligaciones financieras del aseguramiento, en manos del Estado, y los presupuestos de gasto sanitario de las Comunidades Autónomas.

La fuerza de los datos

Los políticos en España se vanaglorian del sistema sanitario, para algunos, el mejor, esgrimiendo el conocido, y no por esto menos debatido, modelo de trasplantes[5]. Sin embargo, los datos muestran que España aportó a la sanidad pública en 2018 y 2019 el 5,9% de su PIB, mientras en 2012 fue el 6,6%, cuando la media de los países de la UE ingresados antes del 2004 fue superior al 7,5% en 2019, EEUU aportó el 14,38%, Alemania el 9,91%,

Francia el 9,37% y Suecia el 9,27%.

Las críticas de insuficiencia presupuestaria en España son contestadas por voces que justifican la baja cifra del 5,9%. Unas, por eficiencia y, otras, por la creencia de que a más renta per cápita, más recursos sanitarios necesita la protección de la salud. Poco o nada sustenta a esas voces, ya rebatidas, siendo inverosímil que con un 37% menos de gasto/PIB, un 58,5% menos en presupuesto/ per cápita, se pueda defender un sistema sanitario homogéneo al de Francia, Alemania o Suecia y mucho menos, mejor.

El peso del gasto público en relación al Producto Interior Bruto (PIB) en España es uno de los más bajos de la Unión Europea (UE). En el año 2018 Francia tenía un gasto público correspondiente al 55,6% del PIB, Finlandia un 53,3%, Dinamarca un 49,6%, Alemania un 45,4% y España un 41,9%. La ratio de número de empleados públicos por mil habitantes de España se encuentra entre las cuatro más bajas de la UE, junto a Alemania[6].

Así pues, si el problema de España no es el volumen del gasto público, ¿cuál es el problema? Posiblemente sea la permanente desviación presupuestaria, con las cifras más altas en la UE[7],[8], el alto nivel de desempleo y la baja calidad del gasto público. Es decir, no es lo mismo generar gasto público para mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos —prestaciones sociales, educación, formación, condiciones para la inversión—, en infraestructuras públicas o en la Administración de la justicia, que dedicar el gasto público a recursos estructurales, márketing político, medios de comunicación, empresas públicas insolventes, instituciones obsoletas, subvenciones, pago de deuda o a gastos de representación, privilegios, coches oficiales, dietas, cenas, viajes o asesores.

Telaraña normativa

España en el contexto de la UE necesita reordenar el sistema sanitario en sus vertientes de aseguramiento, sanidad pública y salud pública. Se deberá atender al derecho público básicamente a la Ley 39/2015[9], Ley 40/2015[10] y Ley 9/2017[11]. En asistencia sanitaria, contemplar las normativas autonómicas así como las de competencia estatal, tales como la Ley 14/1986[12], Ley 16/2003[13] y Ley de 41/2002[14]. En salud pública, la Ley Orgánica 3/1986[15] y Ley 33/2011[16]. Finalmente, la normativa en servicios sanitarios y salud pública del ámbito municipal[17].

Además, la Ley Orgánica 3/2018[18], y en prestación farmacéutica el Real Decreto Legislativo 1/2015[19]. En el ámbito del profesional sanitario la Ley 44/2003[20] y la Ley 55/2003[21].

En aseguramiento, el Real Decreto Legislativo 8/2015[22] y el Real Decreto 81/2014[23], junto a la normativa de las mutualidades, entidades colaboradoras de la Seguridad Social y mutualismo administrativo.

La reconstrucción: cuatro recomendaciones

En busca de un sistema sanitario con suficiencia presupuestaria y predictibilidad, y con herramientas para responder en cualquier supuesto al mandato constitucional del derecho a la protección de la salud, planteamos cuatro recomendaciones.

La primera, una ley básica de aseguramiento de la salud, público —en concordancia con el artículo 41 de la Constitución— y privado. Regular el aseguramiento, garantizar la aportación estatal y su fuente de financiación, así como definir y compensar el doble aseguramiento.

Esta ley debería definir tipos de seguros de salud —el público y los privados—, los titulares y sus derechos, adquisición y pérdida de la titularidad, así como soporte documental, cartera de servicios y prestaciones, líneas

rojas en la gestión del aseguramiento y en el conflicto cuando la provisión sanitaria está bajo el mismo gobierno, impedir compartir datos, selecciones adversas y cualquier tipo de discriminación. Un modelo para la reclamación y conciliación, ágil y efectivo para el ciudadano. En especial, garantizar la cuantía estatal mínima per cápita, abrir una puerta a la cofinanciación autonómica, con limitación absoluta al déficit presupuestario y permitiendo bonificaciones por el uso racional del servicio público —modelo alemán—.

Esta ley debería transparentar y reordenar al modelo mutualista y al subsistema de las entidades colaboradoras de la seguridad social y a las mutuas prestadoras de servicios.

La segunda recomendación sería una Ley básica del Sistema Nacional de Salud. Esta definiría la naturaleza del SNS, sus funciones, composición y gobernanza, la financiación de sus centros —competencia autonómica— e información presupuestaria agregada. Deberían crearse registros propios del SNS, sistemas de información sanitaria, así como estándares en calidad, de planificación y gestión, o soluciones a medida para disfuncionalidades en las organizaciones públicas.

También debería definir un modelo de participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones en todos los niveles del sistema sanitario, a través de sus colegios profesionales, así como un modelo de acceso y carrera profesional para los puestos de gestión, organización, dirección y planificación sanitaria pública —modelo francés—.

Por último, en base a la experiencia reciente, se requiere configurar y regular la Red de Asistencia Sanitaria de Utilización Pública (RASUP) como la red de centros privados que, previa acreditación, optan por ser utilizados y financiados, en casos de alarma sanitaria, por las Administraciones públicas sanitarias autonómicas.

Tercera recomendación: **revisar y actualizar el modelo de salud pública** refundiendo en Ley Orgánica la Ley 33/2011 y la Ley Orgánica 3/1986. Crear la red de vigilancia, pendiente, del artículo 12 y ss, reformar el Centro Nacional de Epidemiología con nuevas competencias y crear y dotar el Plan Nacional de Pandemia —modelo alemán—. Legislar políticas avanzadas en promoción de la salud y prevención, con amplia participación de la sociedad civil, dirigidas tanto al día a día como a las nuevas alarmas sanitarias que puedan ocurrir. En el orden de la promoción de la salud, crear la red de salud escolar, vinculada funcionalmente a la atención primaria, dotando de enfermería escolar a todos los centros de educación infanto-juvenil con una ratio suficiente y eficaz —modelo japonés—.

Cuarta recomendación: **reordenar y regular todo lo relativo a las residencias de la tercera edad**, reformando la Ley 39/2006^[24], haciéndola útil e impidiendo lo ocurrido en España durante el estado de alarma iniciado el 14 de mayo de 2020.

Recomendación final

Si el primer paso para la mejora es reconocer los fallos, tan desaconsejable es congratularse de un sistema de salud idílico inexistente, como disociar el gasto sanitario público de las leyes que garantizan el derecho a la protección de la salud. El gasto es una consecuencia, no un objetivo.

La desestructuración, ingobernanza e infrafinanciación del sistema sanitario es incompatible con una sanidad pública eficaz, perjudicando al ciudadano (inequidad y desatención), a los profesionales sanitarios (precariedad y desmotivación), a los proveedores (insolvencias) y a la macroeconomía de la nación (déficit público y deuda).

Hoy el sistema sanitario ya no es una opción política, sino que además de ser una asignatura de ética, para los sistemas económicos es, en especial, una cuestión esencial y pragmática.

-
- [1] Clayton M C. The innovator's dilemma. Harvard University Press. Año 2016. ISBN: 9781633691780.
- [2] Artículo 49 y ss. de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- [3] Constitución de 1978. Artículo 149.1.17ª: Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.
- [4] Fernández-Miranda y Lozana, E. et al “Transferencias Sanitaria: descentralizar y vertebrar”. PricewaterhouseCoopers. Madrid. 2000. Pgs 43-108.
- [5] Costas Lombardía, E. El mito del modelo español de trasplantes. El País de 22/06/2018.
https://elpais.com/elpais/2018/06/22/opinion/1529691789_652478.html
- [6] Jordana J, Navarro V, Pallarés F, Requejo F. Democracia, Política i Societat. Governança i Polítiques Públiques. Universitat Pompeu Fabra. 2012.
- [7] "Eurostat revela que España es el país con el déficit más alto de toda la UE". La Vanguardia de 22/10/2018.
<https://www.lavanguardia.com/economia/20181022/452493526977/eurostat-espana-deficit-ue.html>
- [8] "España tendrá el déficit más alto de Europa pese a su reducido paquete de estímulos". El Confidencial de 15/04/2020 https://www.elconfidencial.com/economia/2020-04-15/espana-deficit-mas-alto-europa-estimulos-fmi_2549739/
- [9] Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- [10] Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.
- [11] Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.
- [12] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- [13] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- [14] Ley de 41/2002, de 14 de noviembre, básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y documentación clínica.
- [15] Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
- [16] Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- [17] Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.
- [18] Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- [19] Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- [20] Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

[\[21\]](#) Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

[\[22\]](#) Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

[\[23\]](#) Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.

[\[24\]](#) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.