

SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes.

Para no cortar por lo sano

La extraordinaria gravedad de la situación económica que atraviesa la eurozona en general y España en particular, supone una seria amenaza a las prestaciones asociadas al estado del bienestar y entre ellas las que corresponden a nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyas cobertura, actividad y calidad, corren peligro de deterioro.

El SNS se ha convertido en un pilar de la ciudadanía y contribuye decisivamente a la cohesión social puesto que sus servicios se utilizan por todas las clases y grupos sociales que ven protegida su salud de los riesgos de las enfermedades. Un enorme y valioso capital social que puede verse erosionado si las clases medias empiezan a abandonarlo por el empeoramiento de la cobertura y calidad de los servicios o el incremento substancial de esperas e incomodidades.

La insuficiencia fiscal impone restricciones financieras a la sanidad que, si bien pueden equilibrar rápidamente el presupuesto y disminuir el déficit a corto plazo, son discutibles desde una visión más amplia de bienestar y desarrollo económico y social; particularmente cuando se materializan como recortes inespecíficos, al restringir los factores de producción sin anclaje estructural (contratos eventuales, gastos de formación, inversiones, reposición de equipos, etc.) y al reducir gastos variables vía limitación de la oferta instalada (plantas, quirófanos, horarios de apertura de centros, puntos de atención urgente, etc.). Además dificultan el desarrollo de la eficiencia asignativa, de la gestión clínica y la necesaria implicación de los médicos y otros profesionales en la racionalización sanitaria.

Incrementar la fractura del SNS (actualmente limitada a algunos colectivos de funcionarios y a la asistencia a los accidentes laborales y enfermedades profesionales) mediante alternativas como desgravaciones fiscales o pólizas obligatorias selectivas podría redundar en la definitiva liquidación del sistema.

Recientemente, la Asociación de Economía de la Salud, una de las 11 sociedades federadas en SESPAS, ha difundido un documento de siete expertos, titulado "**La sanidad pública ante la crisis: recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable**" (http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf), en el que se recogen 17 recomendaciones que suponen una llamada al imprescindible compromiso que la gravedad de la situación exige de los profesionales para superar la crisis. Recomendaciones que son una alternativa a las reducciones inespecíficas. Con independencia del grado de consenso que suscite cada una de las medidas, el documento pretende inspirar y orientar las actuaciones del sector público en un período posiblemente dilatado de austeridad y contención del gasto público.

Desde SESPAS queremos complementar el comunicado emitido hace unos meses sobre "El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla" (véase en www.sespas.es) subrayando algunos aspectos desde la perspectiva de la Salud Pública y acentuando nuestro compromiso de colaboración en esta difícil situación.

a) SESPAS revitaliza su compromiso con la ciudadanía y por la salud en tiempos de crisis económica.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, que agrupa once sociedades confederadas y más de cuatro mil profesionales afiliados, se pone a la disposición de las autoridades sanitarias y de la población para desarrollar intervenciones de racionalización que, en primer lugar, disminuyan la iatrogenia y el consumo inapropiado y en segundo lugar restrinjan las actividades sanitarias financiadas públicamente a aquéllas que resulten aceptablemente efectivas, equitativas y eficientes, de modo que las restricciones necesarias no sean nunca indiscriminadas.

Se dice que las crisis son oportunidades para el desarrollo lo que, aunque sea cierto, no significa que puedan aprovecharse sin sacrificios. Estos sacrificios no deberían recaer exclusivamente en las capas menos favorecidas de la población, por lo que deberían desarrollarse formas más equitativas y eficientes de financiación.

b) La eficiencia y la equidad en el gasto son guías para la acción inteligente, solidaria y sostenible.

La buena medicina, de base científica, pero a la vez clemente y sensata, está alineada con la sostenibilidad y la calidad. Y para ser eficiente y equitativa necesita de un sistema sanitario y de unas estrategias de salud pública que integre solidariamente los riesgos de enfermar, y que reequilibre las oportunidades de salud de individuos, grupos y clases sociales.

El consumismo en sanidad rompe este equilibrio virtuoso; así, buena parte del consumo inapropiado tiene que ver con la trivialización de la medicina y de la sanidad, sobre las que se han generado expectativas muy exageradas, cuando no quiméricas.

Se induce una demanda desmesurada de actividades clínicas preventivas que no son inocuas y que a menudo resultan ineficientes y poco equitativas, por lo que deberían des-medicalizarse y en todo caso incluirse en programas de salud comunitaria con la implicación activa de la sociedad.

c) Hay que desinvertir activamente en aquello que no añade o incluso puede restar valor.

Se deben dejar de financiar parcial o completamente intervenciones, productos o servicios – incluida la prevención-- que no produzcan suficientes beneficios en términos de salud, sea por ineficacia o por mala calidad.

En primer lugar, las prescripciones inefectivas; las que tienen un balance beneficio-riesgo desplazado netamente al riesgo (cualquier cirugía electiva en paciente no elegible); las prescindibles por innecesarias (muchos tratamientos antibióticos en Atención Primaria); las exclusivamente “cosméticas”

(operaciones estéticas de varices); las que, aun siendo eficaces tienen alternativas más eficientes (las medidas higiénicas deberían ser prioritarias en la osteoporosis); y las intervenciones efectivas que no tienen una positiva relación beneficio-riesgo para una parte notable de pacientes (cirugías de cadera, rodilla o cataratas priorizadas según indicación explícita).

En segundo lugar (mala calidad de los servicios prestados) se debe potenciar la prevención (terciaria o cuaternaria) de los efectos adversos evitables atribuibles a las intervenciones médicas y sanitarias, incluidas las preventivas.

d) Hay que reinvertir en buena Salud Pública con un enfoque poblacional riguroso, que añade salud, pero también contribuye a la viabilidad del SNS

La Salud Pública en España registra un limitado desarrollo y una importante desvinculación con los servicios de salud. La nueva Ley General de Salud Pública (33/2011) promueve una consideración transversal de la salud en todas las políticas, mediante la evaluación del impacto en salud que se espera de ellas. Pero para que sea útil es imprescindible desarrollarla reglamentaria y organizativamente. También permite la coordinación entre los servicios asistenciales, sobre todo de atención primaria y los colectivos de la salud pública, a partir de la cual será más fácil contribuir al desarrollo de la salud comunitaria. Pero de nuevo es imprescindible su desarrollo reglamentario y organizativo para que sea efectivamente factible.

e) La potenciación de la atención primaria y la integración clínica son claves para abordar eficientemente la complejidad y la cronicidad.

Otorgar un papel central a la atención primaria, como puerta de entrada y coordinadora de la atención del paciente, contribuye a la eficiencia, equidad, seguridad y calidad de un sistema sanitario; y además constituye un recurso esencial para la Salud Pública y para las intervenciones socio-sanitarias. Del fortalecimiento de este ámbito va a depender críticamente la necesaria reorientación del sistema sanitario hacia pacientes crónicos, frágiles y terminales.

La desinversión crónica en atención primaria no ha sido mitigada por las políticas de AP21, y muchos modelos de gestión de área han incorporado un sesgo hacia la alta especialización (terciarismo) y la perspectiva hospitalaria; el entorno administrativo y laboral no motiva al médico de atención primaria para asumir mayor protagonismo como agente de salud de sus ciudadanos y pacientes, o para que la enfermería lidere los cuidados domiciliarios y la gestión de casos.

Por ello es necesaria la mejora de la atención primaria de nuestro SNS, aquí y ahora, una política claramente alineada con la sostenibilidad que debe ser impulsada sin reparos por los poderes públicos.

f) Hace falta una enérgica revitalización ética.

La cultura de la evaluación, la transparencia y la rendición de cuentas deben impregnar nuestro sistema sanitario de una manera mucho más decidida que hasta el momento. Así, la promoción de la evaluación y la toma de decisiones apoyada en información científica y transparente no debe considerarse una opción sino un deber de los agentes del sistema.

Hablamos de transparencia, rendición de cuentas, disponibilidad abierta de toda la información para comparar resultados y desempeños, profesionalismo, ejemplaridad, concurrencia competitiva y meritocracia en la función directiva, evitar en lo posible y declarar los conflictos de interés.

En particular, los poderes públicos tienen el deber de informar de forma comprensible y veraz a la población sobre los problemas de salud y sus determinantes, así como de los resultados reales de las intervenciones sanitarias incluidos los efectos adversos que provocan.

Las autoridades sanitarias deben fundamentar las decisiones relevantes para la salud de la población y para el sistema de salud y rendir cuenta periódicamente de los logros alcanzados.

Todo lo cual, además de un deber democrático, sería la forma de promover la participación activa de la comunidad, necesaria para que el sistema funcione lo más adecuadamente posible y para que los ciudadanos hagamos un uso responsable de los servicios públicos.

g) Buen gobierno para reformar y regenerar el SNS

El Gobierno del SNS es una pieza esencial para articular respuestas a la altura de los retos y riesgos que afrontamos. Esto significa muchas cosas, tanto en la macrogestión como en la meso-gestión: profesionalizar la gestión sanitaria con sistemas de libre concurrencia y meritocracia para puestos directivos; crear órganos de gobierno con autoridad y legitimidad para tomar decisiones en modelos de gestión responsable descentralizada; profundizar la gestión contractual y el otorgamiento de instrumentos de gestión local a los centros sanitarios públicos con sistema administrativo; y buscar mecanismos agenciales de nuevo tipo para facilitar la cooperación horizontal los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Pero el buen gobierno también apunta a la gestión del conocimiento, y en la situación española se evidencia la necesidad de un organismo similar al NICE británico, que tenga los medios y la legitimidad para proponer inclusiones y exclusiones de tecnologías y medicamentos de la financiación pública.

Y finalmente, la Salud Pública precisa de un impulso vigoroso, y una instancia de coordinación que funcione realmente. El desdibujado Centro Estatal de Salud Pública, que establece el Artículo 47 de la precitada Ley General de Salud Pública, debe ser desarrollado y dotado de recursos especializados para que pueda compensar la debilidad estructural, y cristalizar la colaboración de la red de salud pública en torno a políticas comunes de protección de la salud, prevención de la enfermedad, y promoción de la salud.

En el escenario actual podría ser más cómodo negarse a cualquier acción de reducción o desinversión (que nunca son bienvenidas porque los gastos de unos son los ingresos de otros); siempre es posible argumentar esta renuencia remitiéndose al diferencial de gasto sanitario sobre el PIB de los países europeos más avanzados; o bien imputar a otros sectores como causantes del problema y negar que tengamos que apretarnos el cinturón en un sector fundamental para el bienestar como la sanidad.

Pero esta visión no es justa ni ética. No es justa porque la sanidad sí ha sido parte del problema: tanto en los estilos de práctica clínica (con pruebas documentales del exceso de uso inapropiado) como en las conductas políticas (propiciando una expansión poco racional de centros sanitarios en la última década), y si ha sido parte del problema, debe ser parte de la solución. Pero tampoco es ética: porque la inhibición del mundo profesional y científico de la salud pública y la administración sanitaria en esta situación, tiende a hacer más difícil una buena priorización; y si no hay priorización, habrá dualización. Al erosionarse la calidad de los servicios, las clases medias optarán por coberturas privadas complementarias o alternativas y el sistema se deteriorará: un sistema para pobres se convierte rápidamente en un pobre sistema.

La Junta y la Asamblea de SESPAS

Diciembre de 2011