

IV. EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD

EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD: EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS 26 A 31

Pere Ibern

Nera Associates Barcelona

El esfuerzo de evaluación de los objetivos de la Estrategia Salud Para Todos en el año 2000 es posible si se dispone de instrumentos de medida adecuados. Si en algo coincide el conjunto de los objetivos relacionados con el sistema de atención de salud es precisamente en: 1) la vaguedad de su formulación, más que objetivos muestran un deseo; y 2) la imposibilidad de utilizar indicadores homogéneos para determinar el avance o retroceso en cada uno de los ámbitos de análisis.

El sistema de atención de salud en España ha sido y es diverso. El proceso político de descentralización de las competencias sanitarias se ha producido fundamentalmente en el período que se propone para el análisis y ello ha dado lugar a una mayor diversidad de la existente. En este contexto, la evaluación de cada uno de los objetivos obligaría a un análisis pormenorizado a nivel geográfico. El conjunto de los colaboradores en esta área ha tratado de incorporar este hecho en la medida que ha sido posible. Sin embargo, las dificultades de acceso a información homogénea no facilitan hasta el momento el disponer de una perspectiva agregada sobre los avances o retrocesos.

1. POLÍTICAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 estableció el marco para las políticas que aseguran el acceso universal a los servicios sanitarios. Precisamente uno de los aspectos más destacados de la ley fue la de traducir las previsiones constitucionales relativas al derecho a la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos. El consenso político acerca de la cobertura universal del derecho se ha mantenido a lo largo de estos años. Más allá del Informe Abril de 1991, las conclusiones de la Subcomisión Parlamentaria para el estudio de las medidas necesarias para la consolidación y modernización del sistema sanitario (1997) reafirmaban la garantía de aseguramiento público universal y único, financiado con un presupuesto realista que cubra las prestaciones y servicios que ofrece el sistema sanitario.

Más allá de los pronunciamientos y normas, cabe señalar que el aseguramiento universal preconizado no tiene en la práctica un carácter único. Durante estos años se han mantenido sistemas como los relativos a mutualidades de funcionarios o de empresas colaboradoras de la Seguridad Social, que, si bien su financiación es pública, el nivel, tipo y acceso a las prestaciones es distinto del resto de los ciudadanos. En este sentido las previsiones contenidas en la Ley General de Sanidad que fijaban en 18 meses el término para su homogeneización no se han llevado a cabo. El Sistema Nacional de Salud ha cambiado su fuente de financiación en estos años, de la Seguridad Social se ha convertido a partir de 1999 en una financiación por la vía fiscal. Las implicaciones prácticas que pueda tener esta desvinculación de la Seguridad Social no son del todo conocidas pero en cualquier caso obligan a una adaptación de la regulación existente que todavía no se ha producido. Es por ello que los regímenes de las mutualidades y las empresas colaboradoras necesitan una pronta adaptación.

Está pendiente una definición precisa de las prestaciones sanitarias cubiertas en el Sistema Nacional de Salud. De esta forma el acceso en términos de prestaciones efectivas recibidas (tipo, cantidad, tiempo de acceso) mantiene una diversidad considerable en el territorio. Las previsiones de la Subcomisión Parlamentaria no se han llevado todavía a la práctica y han relegado al nivel técnico (evaluación de tecnologías) las decisiones políticas que no se afrontaron en el Decreto de Prestaciones.

En política farmacéutica, el papel del gobierno central ha tratado de modular el crecimiento del gasto. Se han tomado decisiones continuadas, algunas coyunturales y con elevada controversia, pero en su conjunto cabe considerarlas un avance a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo estas medidas puede que no tengan efecto y por consiguiente se requiera una revisión profunda de aquellos factores que afectan al crecimiento de los costes y de aquellos que contribuyen a la eficiencia. En otros ámbitos de la política sanitaria, semejante nivel de decisión no ha existido y las dificultades de coordinación entre comunidades autónomas se han reflejado en un consejo interterritorial que la propia Subcomisión Parlamentaria acordó que era necesario impulsar nuevamente. Los elementos básicos comunes que se señalaban como objetivos

a coordinar eran: financiación, planificación integrada e información recíproca. Aún queda mucho camino por recorrer en este aspecto.

2. RECURSOS Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La consecución de un sistema sanitario coste-efectivo y una distribución acorde con las necesidades es el objetivo genérico que se planteaba. Evaluar si el sistema sanitario lo ha alcanzado resulta especialmente difícil. El concepto de coste-efectividad es claro y delimitado cuando nos referimos a prestaciones concretas a pesar de existir controversias metodológicas sobre su cálculo. Pero cuando nos situamos a nivel agregado, el del sistema sanitario en su conjunto, resulta especialmente difícil establecer una evaluación precisa.

Las políticas dirigidas a aumentar el coste-efectividad del sistema sanitario tienen que ver con la información e incentivos que los distintos actores del sistema tienen (políticos, proveedores asistenciales, médicos, pacientes, etc.). Ya se ha señalado que en el ámbito político no se ha producido una definición y priorización de prestaciones coste-efectivas. Las implicaciones políticas del establecimiento de prioridades en el acceso a prestaciones han impedido que los gobiernos hasta la actualidad se muestren activos en esta labor. La información e incentivos que médicos y pacientes tienen en la prescripción y consumo de servicios se ha modificado relativamente. Así por ejemplo, se conocen mucho mejor qué procesos hospitalarios se realizan y con qué recursos (Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD) y el “medicamentazo” ha tratado de excluir medicamentos de baja utilidad terapéutica. Pero en lo que respecta a los incentivos a decidir prestaciones coste-efectivas no ha habido cambios sustanciales. Así por ejemplo la utilización innecesaria de servicios o el exceso de consumo por estar totalmente asegurados (reducción en el nivel de copago farmacéutico) se muestran como una constante durante estos años.

La definición de qué es necesidad y como ésta se transforma en demanda es otro elemento de controversia teórica. El objetivo de que se distribuyan los recursos según necesidad resulta complejo de evaluar. Y el criterio de que debe facilitarse el acceso a quien tenga mayor capacidad de beneficiarse de la prestación requiere una priorización que, como hemos señalado, no ha existido por el momento. En cambio, si contraponemos el objetivo de distribuir recursos según necesidad en comparación a hacerlo en base a disponibilidad a pagar, sin duda el avance en España ha sido considerable. El Sistema Nacional de Salud se ha orientado claramente hacia opciones distintas a la de que los recursos sanitarios se asignen según disponibilidad a pagar por los individuos.

3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El esfuerzo por configurar una atención primaria de salud acorde con el objetivo de SPT-2000 ha sido relevante. La valoración que se hace desde distintos ámbitos es positiva. A pesar de que la reforma ha sido lenta e inacabada y muestra variaciones territoriales importantes, la dirección emprendida ha sido la correcta. La inversión en infraestructura ha sido más que proporcional a épocas anteriores y las dotaciones de recursos han mejorado sensiblemente. La reforma de la atención primaria es un proceso que no ha finalizado y, a pesar de los logros, conviven todavía modelos distintos de atención. Asimismo la diversidad organizativa entre y dentro de comunidades autónomas refleja las tensiones propias de la resistencia al cambio y la falta de constancia en la misma dirección.

En términos del proceso asistencial, el papel de filtro del médico de atención primaria se ha reducido en algunos territorios en la medida en que se ha introducido la libre elección de especialista. Los médicos de atención primaria disponen de mayor información sobre los recursos que consumen pero todavía se mantiene la confusión entre el gasto farmacéutico propio de la atención primaria y el inducido. Las mejoras en el tiempo dedicado a cada consulta, el trabajo en equipo, la utilización de protocolos, la investigación y formación continuada son muchos de los aspectos que muestran una tendencia positiva.

A pesar de una evaluación positiva de la tendencia emprendida en la atención primaria en estos años, el impacto de la reforma es desigual y previsiblemente requerirá un nuevo impulso para resolver la incertidumbre persistente sobre el papel de la atención primaria y su coordinación con los demás niveles asistenciales.

4. ATENCIÓN HOSPITALARIA

El objetivo 29 incide nuevamente en el concepto de atención coste-efectiva, esta vez por parte de los hospitales, y a la vez señala la necesidad de contribuir a mejorar el estado de salud y la satisfacción de los pacientes. En realidad todo el sistema sanitario se dirige a la mejora del estado de salud y a ello contribuyen todos sus actores.

Los cambios que se han presentado en la asistencia hospitalaria en estos años han sido cruciales. Especialmente cabe reseñar los que se produjeron con posterioridad a la Ley General de Sanidad que trataron de ordenar las múltiples redes de diversa titularidad. El Sistema Nacional de Salud muestra hoy una red hospitalaria más ordenada en términos de capacidad para coordinar las decisiones y acciones. A la vez, el cambio estructural de los hospitales ha sido profundo. Estos cambios se han realizado en términos de capacidad instalada (nuevas instalaciones y modificación de las anteriores), mejor acceso geográfico y modificación de los servicios prestados (sustitución hospital-actividad ambulatoria, atención mental).

La diversidad de modelos de organización hospitalaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud es fruto de su origen histórico y a la vez de las nuevas configuraciones que ha dado lugar el Estado de las Autonomías. La proporción de hospitales concertados es diversa y la forma organizativa de los hospitales de propiedad pública también lo es. La evaluación de la eficiencia de las distintas redes hospitalarias que coexisten en las comunidades autónomas españolas no es tarea fácil. No es posible en la actualidad ofrecer una orientación clara al respecto y fundamentalmente es necesario señalar que la información para poder comparar la eficiencia relativa no se encuentra disponible.

Las reformas producidas en la atención hospitalaria han dado lugar a que el papel de los gerentes haya tomado fuerza como tal. Este movimiento se produjo en la segunda mitad de los 80 y originó controversia notable. En la actualidad las reformas organizativas que se están promoviendo tienen que ver con dotar de mayor autonomía de gestión a los hospitales. Sin embargo, detrás de la retórica están los hechos y, en la práctica, la existencia de una propiedad pública única dificulta que la autonomía en la decisión pueda ir acompañada de la responsabilidad de los resultados. De esta forma en múltiples ocasiones se habla de autonomía como ficción, manteniendo la responsabilidad al nivel jerárquico de siempre. Las restricciones a la aplicación de nuevas medidas innovadoras en el campo de la gestión son ostensibles y especialmente en el ámbito de personal en los hospitales de propiedad pública. La dificultad en adaptar la legislación a la realidad empresarial y de gestión del momento no permite mejoras sensibles en la eficiencia de los centros hospitalarios.

5. SERVICIOS COMUNITARIOS

No tenemos establecido el concepto de servicios comunitarios como tal pero obedece de forma equivalente a los recursos aplicados en la relación entre atención social y sanitaria. Tanto la Subcomisión Parlamentaria como los trabajos del Plan Gerontológico son la referencia para analizar este objetivo.

El objetivo de promover una red de atención sociosanitaria fue establecido como tal por la Subcomisión Parlamentaria. Nuevamente la diversidad en las estructuras existentes en el territorio muestra que los esfuerzos para configurar la citada red en el futuro no podrán ser homogéneos. Pero precisamente estos esfuerzos, que tienen una componente financiera ineludible, no son objeto de tratamiento por parte de la Subcomisión Parlamentaria.

Los resultados en relación con el objetivo 30 son claramente insuficientes. Existe indefinición en el acceso a la prestación y en su financiación. A la vez, en el ámbito territorial hay multiplicidad de singularidades, incluso dentro de las propias comunidades autónomas. El énfasis en la atención adecuada obliga en este ámbito a referirse a la atención domiciliar que necesita un impulso definitivo. Las dificultades de transferir pacientes entre distintas formas de atención son patentes en la actualidad y los mecanismos existentes de evaluación de la dependencia son insuficientes.

Aparte de las dificultades en términos de acceso, subsisten dificultades en términos de calidad. En el apartado estructural, la acreditación de centros sociosanitarios es desigual y la falta de adaptación de la infraestructura a los nuevos retos que plantea el envejecimiento es patente. En definitiva, en el ámbito sociosanitario queda un largo camino por recorrer, aunque seguramente el esfuerzo en diseñar un marco estructural de financiación e incentivos adecuado sea la tarea más inmediata a afrontar.

6. CALIDAD ASISTENCIAL Y ADECUACIÓN TECNOLÓGICA

El diseño de estructuras y procesos que garanticen la mejora de la calidad asistencial cabe verlo como un esfuerzo a desarrollar, por una parte, por cada proveedor y, por otra, estableciendo los incentivos adecuados en el entorno estructural en que se desarrolla la asistencia. La evaluación los resultados del conjunto de programas de mejora continua de calidad no es posible en la medida que la información no se encuentra disponible.

Los objetivos de calidad asistencial establecidos como indicadores de la estructura y proceso asistencial han sido incluidos progresivamente en múltiples planes de salud y contratos programa realizados en estos años. La aplicación de criterios de acreditación de centro y de programas de calidad se ha desarrollado

ampliamente. La Subcomisión Parlamentaria una vez más estableció el objetivo de disponer de un sistema general de acreditación de centros pero el avance ha sido limitado hasta la actualidad.

Las encuestas de satisfacción se han generalizado. A pesar de su falta de homogeneización e imposibilidad de agregación, han sido un elemento más para comprender la percepción del usuario.

Los estudios disponibles sobre la adecuación en la utilización de servicios sanitarios son múltiples. Todos ellos coinciden en que hay una elevada utilización innecesaria de servicios hospitalarios y, por otra parte, que las causas se deben fundamentalmente a la organización de los centros. Nuevamente las causas se encuentran en la estructura de incentivos existentes que provocan decisiones de consumo de recursos que son ineficientes. Los estudios de utilización adecuada se han realizado en el marco de investigaciones en su mayoría y no hay pautas para un seguimiento estructurado de la utilización adecuada en el conjunto del sistema nacional de salud.

Finalmente y a modo de conclusión, cabe señalar que los avances en el sistema de atención sanitaria en España han sido relevantes en muchos ámbitos, tanto atención primaria como hospitales. Pero que, al lado de aspectos que necesitan claramente impulsarse como es el caso de la asistencia sociosanitaria o las políticas de calidad y utilización adecuada, se requiere una reforma estructural que modifique los actuales mecanismos de coordinación e incentivos presentes en el sistema. Las mejoras en la eficiencia del sistema de atención se producirán como respuesta a cambios en el comportamiento y decisiones de los actores. Los pronunciamientos de tipo político como es el caso de los de la Subcomisión Parlamentaria, serán efectivos en la medida que se traduzcan en reformas estructurales.