

EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA COVID19

CARACTERÍSTICAS, SINGULARIDADES Y PROBLEMAS CRÓNICOS

Suele afirmarse que cada sistema sanitario es un producto más cultural que partidista (más allá de las superposiciones entre ambos ámbitos), de modo que puede explicarse más por tendencias de largo recorrido y por ser producto de las formas de concebir las relaciones entre poderes públicos y ciudadanía que hay en un país, que por los cambios políticos que se viven a corto plazo en los órganos de gobierno. Con esto en mente, hay que mirar al sistema sanitario español como el producto de procesos de largo recorrido, muy relacionados con otros sistemas de protección y con poca capacidad para cambiar de forma importante de un día para otro.

Javier Padilla Bernáldez
Madrid, julio de 2021

LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema sanitario español se caracteriza por ser un Sistema Nacional de Salud¹, lo cual implica que su financiación es predominantemente vía impuestos, tiene una cobertura sanitaria pretendidamente universal y tiene en la Atención Primaria el nivel asistencial fundamental, en el que se resuelven en torno al 90% de los problemas de salud de la población, desde el cual se deriva a la atención hospitalaria en el caso de ser necesario y desde donde se tiene un contacto constante y cercano con la población y su comunidad. Salvo algunos grupos concretos de población (migrantes irregulares que lleven menos de 90 días en España o personas que han venido por procedimiento de reagrupación familiar), las personas tienen derecho a la asistencia sanitaria por el hecho de residir en España. Toda su atención sanitaria se vehiculiza por medio de la Atención Primaria y los copagos por la atención son prácticamente inexistentes. Sí existe el copago de medicamentos en una cuantía variable según la edad y el nivel de renta.

Del gasto sanitario total que se realiza en el Estado español, el 30% es privado. Este procede de los usuarios de forma directa y se destina mayoritariamente a prestaciones no cubiertas por la sanidad pública (dentista, gafas...) y a copagos de medicamentos. Una pequeña -pero creciente- parte del gasto privado corresponde a seguros sanitarios privados (6% del gasto sanitario total) y a pagos directos por asistencia sanitaria. El 70% del gasto restante es el denominado gasto sanitario público; este procede predominantemente de los impuestos, y, en menor cuantía, de las cotizaciones a la Seguridad Social.

CRITERIOS PARA LA ASISTENCIA

En el sistema sanitario español, el derecho a la asistencia no se relaciona con el pago por esta ni con las cotizaciones a la Seguridad Social, sino con un criterio de

¹Los sistemas sanitarios en Europa son, en general, de dos tipos: Sistema Nacional de Salud (Reino Unido, España, Suecia...) y Sistema Seguridad Social (Alemania, Francia...); cada tipo de sistema sanitario tiene unas características que le son propias, aunque puedan variar en cierto grado.

residencia en el país, aunque para esto también existen excepciones. En 2012, bajo el mandato de Mariano Rajoy (Partido Popular), se modificó la legislación mediante el Real Decreto-ley 16/2012, para expulsar a los migrantes indocumentados del sistema sanitario. De esta forma, se recuperó el concepto de “asegurado”, desterrado desde hacía más de una década de la legislación española. Esta situación de exclusión tuvo respuesta por parte de la sociedad civil, con el surgimiento de iniciativas como Yo Sí Sanidad Universal, colectivo social que nació a partir de la exclusión sanitaria generada en el año 2012 y que desde entonces ha realizado labores de incidencia política, asesoría a personas en situación de exclusión sanitaria o acompañamientos en el sistema sanitario. Recientemente se ha intentado reformar dicho Real Decreto-Ley, pero quedan aún aspectos que hacen que la cobertura sanitaria en España sea tan solo parcialmente universal. Las personas migrantes que lleven menos de 90 días en España o los reagrupados familiares están en situación de especial vulnerabilidad.

COMPETENCIAS REPARTIDAS

Otro de los aspectos estructurales clave es la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Es decir, mientras los aspectos relacionados con la ordenación general del sistema sanitario y la conquista del derecho a la asistencia sanitaria dependen del Estado y todo lo relacionado con las prestaciones sanitarias es una competencia enteramente autonómica. Este nivel de descentralización sanitaria ha permitido el establecimiento de innovaciones de distinta índole en muchas áreas (abordaje de pacientes crónicos, estrategias de salud pública, desarrollo de prácticas de enfermería avanzada...), sin embargo, no existen criterios de armonización del gasto sanitario público en las distintas Comunidades, lo que ha hecho que existan diferencias de hasta el 50% en el gasto por habitante. Este aspecto determina los servicios de los que la ciudadanía disfruta en función de la región en la que habite.

Además del modo de financiación, la forma de obtener el derecho a la asistencia sanitaria y la descentralización en las prestaciones sanitarias, hay dos aspectos más

que han de señalarse al dibujar una panorámica inicial del sistema sanitario español: el papel de la Atención Primaria y el rol de la iniciativa privada en la gestión de la sanidad pública.

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El sistema sanitario público en el Estado español se organiza teniendo en su base, al menos organizativamente, a la Atención Primaria que, en coordinación con el resto de agentes del sistema sanitario, desempeña labores de atención, prevención, promoción y rehabilitación, tanto de índole individual como comunitaria, alargadas en el tiempo, y que se basa en la asignación de un/a médico/a y un/a enfermero/a a cada persona. A pesar de que organizativamente esto sea así, actualmente la Atención Primaria está muy dañada en la mayoría de las Comunidades Autónomas. Con un gasto sanitario que oscila entre el 10 y el 17% del gasto sanitario público total (la Organización Mundial de la Salud recomienda que el gasto en Atención Primaria sea en torno a un 25% del gasto sanitario total), y una pirámide demográfica de profesionales muy abultada en las edades cercanas a la jubilación, los próximos años se plantean como críticos para este nivel asistencial.

LA PRIVATIZACIÓN

En lo relacionado con el papel de la iniciativa privada en el sistema sanitario público, desde el año 1997, año en que se aprobó la Ley 15/1997, hay dos fórmulas protagonistas: por un lado, las que en su momento se denominaron “nuevas formas de gestión”, basadas en que un grupo de empresas obtenían el contrato para gestionar un hospital de forma parcial o total, a cambio de construir el centro sanitario y de una cantidad de dinero anual por cada persona asignada a dicho centro (financiación capitativa). Este modelo fue pionero en la región valenciana y se extendió de forma especialmente llamativa, aunque no exclusivamente, por la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid. Por otro lado, también encontramos el modelo de concertación, es decir, la contratación de servicios concretos a cambio de un pago por ese servicio.

El otro modelo es el de la creación de empresas públicas a las que delegarles la gestión del sistema sanitario. A través de estas empresas, que se rigen mediante la legislación del derecho privado, se equiparan los procedimientos de contratación a los de la empresa privada y se elimina la condición funcional de los y las trabajadoras. Este modo de gestión ha tenido gran impulso en Andalucía, presentando luces y sombras. Es cierto que ha permitido incorporar a un importante número de profesionales con cierta estabilidad laboral en algunos lugares, en un contexto en el que las ofertas públicas de empleo eran lentas y poco frecuentes.

Esta fórmula ha facilitado además la proliferación de infraestructuras sanitarias con poca planificación y se ha fragmentado la atención sanitaria sin coordinación entre los diferentes dispositivos. Las evaluaciones sobre este modo de gestión pública mediante empresas públicas no han sido muy concluyentes sobre las aportaciones que han supuesto en términos de mejora de salud de la población o de estabilidad y transparencia en la incorporación de nuevos trabajadores y trabajadoras.

2010-2020: LA DÉCADA PERDIDA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Es imposible hablar del sistema sanitario público español sin mencionar de forma específica lo ocurrido en la década posterior a la eclosión de la crisis económica de 2008; la caída del gasto sanitario público fue de 8.800 millones de euros en el periodo 2009-2013 (un 12.6% del gasto total)

La caída del gasto sanitario público se centró en dos elementos principalmente: la Atención Primaria y la Salud Pública², que cayeron un 16% y un 22% respectivamente entre 2009 y 2014. Mientras tanto, en la mayoría de las Comunidades Autónomas, el gasto hospitalario se mantuvo poco afectado o incluso llegó a crecer levemente. Esto no se produjo porque en los hospitales no se realizaran recortes presupuestarios, sino

² Al hablar de "Salud Pública" nos referimos a la parte del sistema de salud encargada de las acciones de prevención y promoción de salud, así como de las de protección de la salud (vigilancia epidemiológica, seguridad alimentaria, programas de promoción de la salud, elaboración de intervenciones frente al consumo de alcohol y tabaco...)

porque el elemento central afectado por los recortes fue el capital humano. Es decir, tanto Atención Primaria como Salud Pública sufrieron grandes recortes, principalmente en el número y remuneración de sus profesionales. A nivel hospitalario se produjo también una disminución de la inversión en personal pero se mantuvo el crecimiento del gasto en capital tecnológico y farmacéutico (como muestra, según un informe de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal -AIReF- el gasto farmacéutico hospitalario pasó de representar un 21% en el año 2003, a representar un 39% en 2018, lo que muestra una tendencia de largo recorrido de incremento del peso del gasto farmacéutico dentro del gasto hospitalario, que se prevé que vaya en aumento en los próximos años). Podemos afirmar, entonces, que durante la crisis económica que comenzó a finales de la década de los 2000, el sistema se centró en seguir reforzando el capital farmacéutico y tecnológico, y centró sus políticas de austeridad en el recorte en profesionales sanitarios.

La situación final después de esa década perdida para la sanidad pública española han sido las condiciones de partida con las que afrontar la pandemia de COVID-19: gasto sanitario insuficiente, pirámide demográfica de profesionales muy envejecida, Atención Primaria con importante déficit presupuestario y los servicios de Salud Pública con muy poco personal y sin la capacidad presupuestaria para modernizar su práctica en diferentes ámbitos como el de la vigilancia epidemiológica y la elaboración de respuestas ante eventuales crisis de salud pública. Todas estas consecuencias sanitarias de la década perdida del sistema sanitario público redundan, además, en un aumento de las inequidades sociales, puesto que justamente los lugares que actúan reduciendo las desigualdades sociales en salud (Salud Pública y Atención Primaria) son los que más han sufrido los recortes presupuestarios.

LA PANDEMIA DE COVID-19: SINGULARIDADES Y PROBLEMAS COMPARTIDOS

Al inicio de la pandemia todos los opinadores, medios de comunicación y analistas políticos se aventuraban a intentar identificar qué aspectos de la toma de decisiones

de países concretos podían ser clave para explicar su buen o mal desempeño. Sin embargo, la respuesta en España es probable que se pueda explicar en gran parte no tanto por la toma de decisiones concretas, sino por el estado del sistema en el momento de llegada de la pandemia. Tanto del sanitario como, en general, del sistema de gobernanza.

Son tres los elementos centrales que se deberían tener en cuenta al hablar de la respuesta a la pandemia desde el conjunto del Estado español (más allá de las singularidades de algunas regiones, tanto positiva como negativamente):

La centralidad hospitalaria en la respuesta sanitaria: el sistema sanitario español tiene como característica, común con otros sistemas sanitarios del mismo tipo, el bajo número de camas hospitalarias en relación con el tamaño de su población. Esto provocó que los hospitales se saturaran con rapidez, y no se supo ni pudo dar una respuesta centrada en Atención Primaria, de modo que, aunque fue la Atención Primaria la que hizo seguimiento de la mayoría de los casos, lo realizó en condiciones de alta precariedad. Se llegó incluso a desplazar profesionales a otros dispositivos, o a acumularlos en los centros de salud más grandes de cada barrio o municipio, ante la escasez de trabajadores para dar respuesta desde un lugar distinto al hospital.

La falta de coordinación socio-sanitaria: no admite discusión que el mayor foco de mortalidad en España vinculado a la COVID-19, han sido las residencias de personas mayores y dependientes. Este impacto es el reflejo de la falta de coordinación entre los dispositivos sociales y los sanitarios, aspecto lastrado por décadas de fragmentación de la atención a estas personas y que se ha traducido en el menoscabo de su derecho a la salud. Las residencias reunieron varios aspectos que facilitaron que se diera una situación de catástrofe: I) al prohibir las salidas a los residentes, suponían un espacio cerrado en el que sin embargo había entrada y salida de profesionales, por lo que estaban cerrados pero no aislados II) una gran falta de trabajadores y trabajadoras, quienes además tenían situaciones laborales muy precarias, III) la

ausencia de buena coordinación con los servicios sanitarios, lo cual hizo que se vulnerara su derecho a la asistencia sanitaria y IV) un perfil demográfico con gran vulnerabilidad a padecer COVID-19 de forma severa.

La invisibilidad de la salud pública: la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles no es la única labor de los servicios de Salud Pública, a pesar de ser la que la catapulta a los medios de comunicación y a la centralidad de la opinión pública (la gripe A en 2009, el ébola en 2014, la COVID-19 en 2020). Durante la pandemia, la respuesta desde la salud pública se ha dedicado solo a la vigilancia epidemiológica, y además lo ha hecho en una situación en la que tanto el número de profesionales trabajando en estas tareas, como los sistemas de información de salud pública eran muy mejorables. La Salud Pública no ha contado con los recursos necesarios para poder adaptarse a las altas exigencias de una situación como la vivida.

Todo esto, además, se vio lastrado por la carencia de intervenciones con impacto que incorporaran una visión de determinantes sociales de salud. Incrementar la renta de la población más vulnerable, asegurando sus ingresos o su empleo, o garantizar el acceso a una vivienda digna habrían mejorado los niveles de salud de la población y facilitado que, en el marco de la pandemia, la gente pudiera seguir las medidas de seguridad con mayor facilidad (confinamientos, cuarentenas, aislamientos,...). Sin embargo, esas medidas apenas han protagonizado las acciones de gobierno, de modo que, salvo excepciones muy contadas y de alcance mejorable, como la aprobación del Ingreso Mínimo Vital, o la suspensión parcial de desahucios durante el Estado de Alarma, apenas se implementaron intervenciones políticas para amortiguar el efecto de la crisis de COVID-19 sobre las desigualdades sociales en salud. La pandemia dejó una sociedad más desigual en lo económico y también en lo sanitario.

CAMINOS DE RECONSTRUCCIÓN: LOS RETOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO MIRANDO A 2030

De todo lo anterior se desprenden algunos de los retos del sistema sanitario público de cara a 2030; algunos de esos retos trascienden el marco sanitario. De hecho, el más

importante es garantizar una suficiencia presupuestaria, que solo será posible dentro de un marco de fiscalidad progresiva y suficiente para la financiación de los servicios públicos. Para poner en contexto con otros países del entorno, el gasto sanitario público (expresado como porcentaje del PIB) en España es levemente superior a la media europea (en torno al 6.2% del PIB, según datos de 2019). Está al nivel de países como Italia y por debajo de otros países con un sistema sanitario parecido, como pueden ser Suecia, con un gasto sanitario público superior al 8.5% de su PIB, o Reino Unido, con un 7.9%.

Partiendo de esa base, y de la necesidad de hacer frente a un futuro que transcurrirá en el seno de un triple reto demográfico, ecológico y sociopolítico (encarnado por la desigualdad), podríamos señalar tres aspectos en los que centrar la mirada: el fortalecimiento de los aspectos invisibles del sistema, la centralidad de los lugares de coordinación y la necesidad de tener dispositivos sanitarios flexibles.

En relación con el fortalecimiento de los aspectos invisibles del sistema, la crisis de la COVID-19 ha mostrado que la fortaleza de los servicios de salud pública española es algo que aporta valor en todo momento, pero que solo se evidencia cuando se desarrolla una gran crisis. Por eso es necesario blindar presupuestaria y políticamente estos dispositivos, dotándolos de una capacidad humana que permita dar respuesta a lo esperado y tener músculo para reaccionar frente a lo imprevisto.

En segundo lugar, cabe recordar que los países de la Europa mediterránea se caracterizan por encabezar los rankings de esperanza de vida pero, sin embargo, engrosar la parte media de los rankings cuando se trata de esperanza de vida saludable por encima de los 65 años. En un mundo en el que las enfermedades crónicas son la norma y el envejecimiento de la población se da a expensas de un incremento de los años de vida vividos con enfermedad o discapacidad, el fortalecimiento de la Atención Primaria se antoja como el reto central del sistema para responder a los cambios de patrón epidemiológico. Una Atención Primaria que sea no

solo un lugar de atención sino, sobre todo, el referente, coordinador y director de la asistencia que una persona recibe a lo largo de su vida, de forma contextualizada con su comunidad, y sin generar duplicidades ni puntos ciegos con el resto de agentes sociales.

Por último, la pandemia mostró la necesidad de tener sistemas sanitarios resilientes que puedan actuar para dar respuesta a lo habitual y transformarse en poco tiempo para hacer frente a lo inesperado. Eso ha de permear también la forma en la que los servicios sanitarios se conciben, diseñan y estructuran, de modo que vayamos hacia centros sanitarios que adapten su estructura a las necesidades. Por ejemplo, la triplicación de camas de cuidados intensivos realizada en el mes de marzo y abril en algunas Comunidades Autónomas no puede volver a ser un plan improvisado.

El sistema sanitario público español fue la joya de los sistemas de protección social del Estado, sufrió una crisis importante que agudizó déficits previamente ocultos y se enfrentó a la pandemia de la COVID-19 en su peor momento. La próxima década dilucidará si pasa a ser nuevamente un elemento de redistribución social o si, por el contrario, queda como un reproductor de inequidades con servicios centrados en la atención a los más desfavorecidos, que pierde el favor de la mayoría de la población.