

# **Resumen de la Comparecencia del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica en el Congreso de los Diputados. Madrid, 5 de junio de 2020. Dr. Pedro José Lorente García.**

## **Preámbulo**

Se presenta al Grupo de Trabajo de la Comisión de reconstrucción un análisis de fortalezas y debilidades de nuestro SNS con la intención de colaborar a la mejora su funcionamiento y que esté mejor preparados en caso de nuevos rebrotes o amenazas.

La respuesta a la pandemia y el refortalecimiento del sistema nacional de salud debe de ser guiada por la política sanitaria, organización y recursos. Es necesario aprender de las debilidades del Sistema Sanitario para poder mejorarlo. El primer paso para aprender de las debilidades es reconocerlos.

## **Fortalezas del Sistema Nacional de Salud.**

### **Gran reconocimiento de internacional.**

Tanto por resultados en salud como por eficiencia y control de costes, diferentes organismos como la OMS, la Agencia Bloomberg, la prestigiosa revista The Lancet y el Banco Iberoamericano de Desarrollo señalan a nuestra sanidad pública se encuentra en los primeros puestos de las evaluaciones internacionales.

### **Gran apoyo ciudadano**

Los resultados de barómetros sanitarios son muy concluyentes, los ciudadanos prefieren un centro público sobre uno privado y la mayoría cree que la sanidad está mejor gestionada si lo hace la Administración pública. Lo mismo indica la encuesta de estudios fiscales donde la sanidad es el servicio público más apreciado.

## **Excelentes profesionales**

Buena cualificación y gran reconocimiento nacional e internacional.

## **Atención primaria como base y centro del sistema.**

La atención primaria que es la base o el tronco del sistema y que a pesar de sus limitaciones (bajos presupuesto, falta de recursos, recortes, poco desarrollo de la prevención y promoción...), resiste y sigue estando entre las mejores del mundo, sobre todo por el empeño de sus profesionales.

## **¿Dónde radica pues el problema?**

Según autores, el SNS español, desde sus comienzos (LGS 1986) manifestó una contradicción: un sistema público financiado a través de los impuestos, pero al mismo tiempo rodeado de un sistema capitalista de libre mercado que lo observaba como una oportunidad de negocio. Estas tensiones no tardaron en manifestarse en el tiempo a través de políticas sanitarias y legislaciones como por ejemplo la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión, que abre la puerta a la participación privada en la gestión de la asistencia sanitaria y el RD 16/2012 donde se pierde la universalidad en la asistencia, y se introduce el impuesto a la enfermedad también llamado copago. (Nota compensado en parte por el RD 7/2018 en lo referente a devolver la universalidad.)

A pesar de existir una Ley de Cohesión y Calidad del SNS, las competencias sanitarias están transferidas a los 17 Sistemas de Salud de las CCAA, cada comunidad ha desarrollado políticas sanitarias diferentes, con mayor o menor grado de privatización de sus servicios provocando gran heterogeneidad en los resultados y dificultando enormemente la gobernanza del SNS.

Por otro lado, la relación entre el Ministerio y las Comunidades, parece que se fundamentan en las “competencias” más que en la colaboración y coordinación.

Parece que el Ministerio y el Consejo Interterritorial intentan ejercer un liderazgo efectivo, pero la faltan herramientas como un Plan Integrado de Salud (pendiente desde la aprobación desde el inicio de la LGS) que requilibre la sanidad entre las diferentes regiones.

### **Debilidades del Sistema Nacional de Salud.**

La pandemia ha puesto en evidencia algunos problemas que nuestro sistema sanitario arrastraba hacía tiempo.

1. Financiación
2. Privatizaciones
3. Política farmacéutica
4. Cohesión y coordinación
5. Política de recursos humanos

#### **1. Financiación**

El gasto sanitario público es insuficiente y en disminución durante el periodo de la anterior crisis económica (2009-2018) En % de PIB. (pasando de un 6,8% del PIB en 2009, al 6,33% en el 2014 y al 6,27% en el 2018). Además, el gasto sanitario público está por debajo del gasto sanitario por habitante y año promedio de la OCDE y UE.

Otra cuestión es la gran diferencia entre los presupuestos de las diferentes CCAA aprobados para el 2020, con una media de 1.487 euros por habitante/año, con un rango superior para el País vasco de 1809 habitante/euro/año, y unos rangos inferiores con Cataluña con 1192 euros/habitante y Madrid de 1236 euros/habitante, con una diferencia de 617 euros/habitante y 573 euros habitante respectivamente.

Estas diferencias apuntan a que existe un obstáculo presupuestario para el acceso del SNS en las mismas condiciones para los ciudadanos de las diferentes Comunidades Autónomas.

Parece sensato incrementar la financiación sanitaria asegurando el incremento por habitante y año para acercarnos al promedio de la UE. →Existen

iniciativas que intentan incrementar la financiación relacionándolo con el PIB. En concreto destinar el 7% del PIB a sanidad, pero en el actual contexto de incertidumbre puede resultar insuficiente. Quizá sea más adecuado, elaborar un Plan Integrado de Salud que establezca las necesidades de salud de la población, cuantifique presupuestariamente la misma y sea gestionado por el Consejo Interterritorial con criterios de equidad para complementar los presupuestos autonómicos.

Para que los recursos no acaben en otros menesteres, sería no menos conveniente garantizar la financiación finalista del presupuesto gestionado.

Es importante tener en cuenta que el gasto sanitario tiene un elevado efecto redistributivo de la riqueza, (según el Observatorio Social de la Caixa), conviene recordar que otros países que no tienen un SNS como el nuestro, por ejemplo, Estados Unidos, una de las principales causas de ruina familiar es la enfermedad.

## **2. Privatizaciones**

Existen sobradas evidencias que el modelo de privatizaciones no resulta ni eficiente ni es adecuado para gestionar la salud. En este modelo ha pasado de casi todo:

- sobrecostes en la construcción de hospitales PFI (Iniciativa de financiación privada).
- rescates con dinero público del modelo Alzira,
- fenómenos de puertas giratorias,
- irregularidades por la imbricación político empresarial,
- falta de supervisión o falta de integración, reducción de camas hospitalarias, etc, cuestiones bien documentadas en numerosos medios y publicaciones.

La revista The Lancet afirma que las políticas de austeridad, recortes y privatizaciones han deteriorado el SNS de nuestro país y es preciso frenar el deterioro (2018). El BMJ, desde hace muchos años ya alerta en numerosos artículos que el modelo PFI es un fracaso, pero se exporta a otros países, no sirve para reducir gastos, son una carga que aumenta con los años. Existen

numerosos informes internacionales como el Global Burden Disease, sobre la evaluación de políticas realizadas en los tiempos de recorte y privatización, que señalan que estas políticas han deteriorado los resultados en salud y han aumentado las desigualdades en salud en nuestro país.

Es conocida la relación entre el aumento de mortalidad entre hospitales de hemodiálisis con ánimo de lucro en el estudio de Devereaux. En otro estudio italiano de 10 años de duración, concluyó que cuanto más se financiaban los servicios públicos más se conseguía evitar la mortalidad evitable de la población. El BMJ, desde hace muchos años ya alerta en numerosos artículos que el modelo PFI es un fracaso, pero se exporta a otros países, no sirve para reducir gastos, son una carga que aumenta con los años. En una editorial clamorosa en el 2018 afirma que el modelo PFI, parece una “pérfida financiación idiota”. También resulta relevante lo ocurrido en el Hospital de PFI de Stafford donde se detectó un incremento inusual de la mortalidad de los pacientes por condiciones insalubres, falta de agua y comida que conmocionó al país. En definitiva, el modelo de privatización parece una política sanitaria fallida que lastra y deteriora al SNS pues supone un elevado desvío de los valiosos recursos sanitarios al sector privado sin beneficiar la salud de la sociedad. Quizá por eso la profesora Allyson Pollok refiere que “ en los sistemas públicos de salud, el hecho de separar la financiación( el que paga) de la provisión sanitaria ( el que realiza el servicio), es el primer paso para la privatización sanitaria porque permite la creación de un pseudomercado interno que posteriormente resulta fácil de ampliar a los intereses privados”. En definitiva, el modelo de privatización parece una política sanitaria fallida que lastra y deteriora al SNS pues supone un elevado desvío de los valiosos recursos sanitarios al sector privado.

Parece pues razonable, en el actual escenario dirigir las políticas sanitarias para recuperar lo privatizado incluyendo:

- la posible derogación de la Ley 15/97 de nuevas fórmulas de gestión.
- La reversión de los hospitales, laboratorios, servicios de diagnósticos por imagen, etc.

### **3. Política farmacéutica.**

El gasto farmacéutico ha sido siempre elevado en nuestro país (por encima del promedio de la UE y la OCDE en % sobre gasto sanitario), y se ha ido incrementando en los últimos años.

El incremento del gasto farmacéutico y de la comercialización desmesurada de nuevas moléculas resulta en ocasiones peligrosa. Por ejemplo, EEUU se enfrenta a un claro problema de salud pública por el consumo excesivo de opiáceos para el tratamiento del dolor. Otro importante estudio realizado en Francia en la revista Prescrire, que analizaba fármacos comercializados durante más de veinte años, arroja unas conclusiones sorprendentes; tan solo el 3.2% de todos los medicamentos comercializados (3096 en total), aportaban alguna ventaja interesante. La excesiva medicalización o procedimientos que no aportan beneficio para la salud es un gran problema para los sistemas sanitarios. Las prácticas clínicas y tratamientos inapropiados consumen entre el 25 al 33% de los presupuestos sanitarios del mundo (The Lancet). A menudo se confunden las cosas y en el caso de los medicamentos todavía más. La elevada variedad de remedios para la misma cuestión, en ocasiones es innecesaria e inapropiada, no obedece a necesidades de la salud de la población. Tener más medicamentos a disposición, no es mejor, incluso es un gran problema para la salud, hay que tener solo los necesarios. Afortunadamente los medicamentos necesarios, ni son muy numerosos, ni son tan caros de producir y distribuir en la mayoría de las ocasiones. La última lista de medicamentos esenciales actualizada por la OMS en junio de 2017 recoge solo 433. Incluso admitiendo que la lista de la OMS pudiera ser algo restrictiva, no tiene sentido la producción de más de 1.000 o 1.500 medicamentos distintos.

Otro problema importante es el desabastecimiento de medicamentos esenciales. El número de medicamentos desabastecidos actualmente según datos del Ministerio de Sanidad es de 545 en febrero de 2020 (antes de la pandemia), sin contar los medicamentos huérfanos de enfermedades con poca prevalencia que ascienden a 171. Esta situación es inaceptable para el SNS pues provoca descrédito y desconfianza en el sistema. Las consecuencias sobre

la salud que provoca el desabastecimiento incluyen el incremento de reacciones adversas, errores de medicación, etc. Con la actual epidemia de la COVID-19 los problemas de desabastecimiento parece que se han incrementado, imposible tener en estos momentos datos actualizados más allá de las anécdotas puntuales por la situación de tensión que ha sufrido el sistema, pero parece que la dependencia de los mercados extranjeros en lo referente a la adquisición de medicación o material para hacer frente a la pandemia no resulta lo más apropiado.

Se precisa una autonomía pública y real en la producción y distribución de fármacos esenciales para el SNS y eso puede alcanzarse con el desarrollo de una Industria Pública de Medicamento orientada a garantizar la seguridad de los medicamentos, acabar con los desabastecimientos, volver a enfocar la investigación de nuevas moléculas a las necesidades sociales y no económicas.

Hoy por hoy el único laboratorio farmacéutico de titularidad pública, capaz de elaborar medicamentos y atender las necesidades farmacéuticas de la población española es el Centro Militar de Farmacia de la Defensa, que podría hacer frente a los problemas de urgente desabastecimiento. Su experiencia sería fundamental para desarrollar un modelo de industria pública del medicamento que garantice la suficiente autonomía e independencia del SNS para conseguir sus objetivos sanitarios, y su puesta en marcha no supondría una inversión inicial adicional pues las instalaciones están operativas y han demostrado su capacidad en recientes pandemias (como la de la Gripe A). También pueden ser interesantes iniciativas políticas para reducir el gasto farmacéutico sin reducir el beneficio de los medicamentos, fijación de los precios acordes con los gastos reales, promoción de los medicamentos genéricos, centrales de compras para todo el SNS y anular el impuesto a la enfermedad también llamado “Copago sanitario” del RDL 16/2012.

#### **4. Cohesión, coordinación y gobernanza.**

La relación entre el Ministerio y de las CCAA tiene problemas de coordinación manifestados con la escasa existencia de políticas comunes de salud y desigualdades entre las diferentes CCAA.

El Decreto de estado de alarma ha devuelto parte de estas competencias al Ministerio de Sanidad para poder hacer frente a la pandemia. Cuando se acabe el estado de alarma, ¿volveremos a esa relación competencial entre Ministerio y CCAA o avanzaremos en la colaboración y coordinación para acabar con la inequidad entre sistemas sanitarios dentro de un mismo país.?. Lo desconozco, es fácil predecir el pasado, pero no el futuro. Una posibilidad en el sentido de colaboración, pudiera ser la creación de un Plan integrado de Salud, para definir necesidades de salud comunes, gestionado por el Consejo Interterritorial, con presupuesto propio, financiación finalista y dirigido a mejorar la equidad (mejorar los desequilibrios) y coordinación entre comunidades.

#### **5. Política de recursos humanos.**

Dicen que los profesionales somos la base del funcionamiento del sistema sanitario, hasta nos ha dado algún premio recientemente, pero la política de recursos humanos sanitarios de nuestro país tiene varios problemas.

Los trabajadores sanitarios disminuyeron durante los recortes de manera importante y todavía no se han recuperado. Entre 30.000 a 50.000 según las fuentes. Existe un déficit también de enfermería por debajo de los ratios por habitantes promedio de la OCDE y UE (5.7/100.000 habitantes frente al 8.5 promedio de la UE) .Existe un deterioro continuado de las condiciones laborales de los profesionales sanitarios con multitud de contratos precarios y elevada temporalidad que llega hasta el 40% en algunas categorías sanitarias. Los estamos invitando a emigrar al extranjero. Estamos exportando profesionales sanitarios a países que tienen unas ratios profesionales población mejor que nosotros y que se han beneficiado de ellos durante la crisis sanitaria.

Por ello parece sensato responder a las necesidades de nuestros profesionales sanitarios incluyendo un Plan de repatriación de los profesionales en el extranjero porque aquí son necesarios. Así como trabajar en la mejora de las ratios de profesionales médicos de primaria con cupos adecuados, ratios para enfermería de AP (1,5 enfermeras por cada médico), de hospitalización y de unidades de críticos adecuados (existen algunas iniciativas políticas al respecto en diferentes instituciones en camino).



Periodicidad en la convocatoria de empleo público y procesos de consolidación extraordinarios a los interinos de larga duración (empiezan a jubilarse compañeros en situación de interinidad temporal).

### **Conclusión: Lecciones de la crisis sanitaria**

La pandemia ha provocado que nuestro SNS se tense tanto que ponga en peligro su principal objetivo; curar y cuidar a la población. La crisis sanitaria ha supuesto un colosal reto, un enorme sacrificio y esfuerzo colectivo. Lo que está claro es que, si la amenaza ha sido colectiva, parece razonable pensar que la reconstrucción será colectiva o no será.

En un escenario con tanta incertidumbre, es imposible predecir el futuro, la medicina y las epidemias desafortunadamente no son matemáticas. Pero que la situación sea compleja no significa que no tengamos que estar a la altura y que no sea posible un camino adecuado a la crisis sanitaria. Si una cosa nos ha enseñado la pandemia es que debemos adelantarnos y ser proactivos con nuestros planes de contingencia.

Algunos autores proponen “blindar la sanidad” por su importancia estratégica nacional. Una posible propuesta de custodia y blindaje sería abordarlo legislativamente a tres velocidades.

**1ª) Dando una respuesta intensa y de emergencia al SNS:** Dirigida a reparar daños y grietas en su estructura y niveles asistenciales a través de:

- Una producción industrial propia de medicamentos y medios materiales para el SNS para garantizar la autonomía, producción y distribución de los medios materiales sanitarios esenciales para el SNS. Esto permitiría reorientar parte de la economía y adaptarla a las necesidades de nuestro momento histórico.
- Mejorar las condiciones sociolaborales de sus trabajadores, que son los que tienen que enfrentarse directamente a la pandemia.
- Revertir el proceso privatizador, sin olvidar los Sistemas de Atención de ayuda a la dependencia.

**2ª) Dando una respuesta dirigida a la arquitectura jurídica o de modelo:** Convirtiendo de manera efectiva el derecho a la protección salud y sus periferias

en un “servicio o actividad pública esencial”, procediendo a la revisión de la normativa vigente, para restituir el SNS a sus verdaderos titulares y destinatarios, el pueblo español: ello afectaría, por citar sólo normas estatales, entre otras, a la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley 15/1997 o el Real Decreto 16/2012.

También sería oportuno articular tal intervención en forma de Ley Orgánica si es posible, sobre la legislación reguladora de la contratación del Sector Público.

### **3ª) Dando una respuesta con impacto constitucional:**

Lo deseable sería un Pacto de Estado, previo debate y movilización social, que active una reforma constitucional para que el artículo 43 sea incluido junto a los demás derechos fundamentales y libertades públicas que se encuentran en la Sección 1ª, del Capítulo II del Título I de la CE, y así contar con las máximas garantías de protección que dispone nuestro ordenamiento jurídico

Pero como lo deseable no es siempre posible, para lograr el blindaje de la sanidad pública habría que explorar las posibilidades judiciales que se abrió con la Doctrina López Ostra, derivada de la importante sentencia del Tribunal de Derechos Humanos , (del 9 de diciembre de 1994) que aborda el problema de otro derecho débil de nuestra CE el artículo 45,( y referido a poder disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo ) que acepta integrarlo con los derechos fundamentales y de máxima protección (ex artículo 53.1 CE) como serían la dignidad, la vida, la igualdad, la intimidad, etc. Imaginen la aplicación de esta doctrina al artículo 43 sobre la protección de salud.

Para finalizar quisiera cerrar mi intervención con un poema que en mi opinión consigue captar la esencia del momento histórico que estamos viviendo. Es un fragmento del escritor John Donne, mientras estaba convaleciente tras sobrevivir a la infección durante una epidemia de Tifus en el siglo XVI escuchando el redoble de campanas que tocaban por un difunto enfermo escribió:

*“Ninguna persona es una isla; la muerte de cualquiera me afecta, porque me encuentro unido a toda la humanidad; por eso, nunca preguntes por quién doblan las campanas; doblan por ti.”*