

FIN DE LEGISLATURA Y AGENDA IMPLÍCITA DE POLÍTICA SANITARIA

Guillem López i Casasnovas (*)

Con las elecciones de marzo se abre un nuevo ciclo político y se acaba otro marcado por el empuje y protagonismo de la hasta ahora titular del Ministerio de Sanidad y Consumo, Ana Pastor. Una ministra que ha marcado diferencias respecto de sus antecesores, al rodearse de un potente equipo administrativo más profesional que político. De modo que la ministra ha polarizado en su persona toda la dirección de la política sanitaria con mínimas interferencias de Génova o de la Moncloa, lo que no había acontecido con anterioridad.

La huella de Ana Pastor será muy amplia: desde la generalización efectiva de las transferencias sanitarias a las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.) hasta la ordenación de las profesiones sanitarias, y desde las pequeñas actuaciones ante determinados problemas de salud pública, que han devuelto credibilidad al Ministerio, a grandes actuaciones en nombre de la cohesión y calidad del sistema sanitario.

En definitiva, una ministra que ha generado una dinámica de hiperactividad en todos los frentes del Ministerio y que ha ubicado los problemas sanitarios en cauces distintos a los hasta el momento contemplados. Así, ha trasladado la presión financiera sobre el gasto sanitario, hasta el momento un rirrafe de inacabables negociaciones, a las CC.AA., que asumen desbordadas el empuje incesante de esta importante partida del gasto en bienestar social. A su vez, el Ministerio pretende situarse en el asiento del conductor del sistema, sin responsabilidades en llenar el tanque de gasolina, asumiendo una dirección de política sanitaria que pretendidamente incida más en los condicionantes de la coordinación que en la provisión del servicio.

1. DETRÁS DE LAS LUCES, ALGUNAS SOMBRAS

Más allá de las realizaciones, a menudo aceleradas y sin perspectiva suficiente para la evalua-

ción de su robustez, se dejan entrever sin embargo algunas sombras:

a) Desde la óptica del partido conservador, la financiación del sistema sanitario en su conjunto no ha abierto todavía espacios claros para el desarrollo de un sistema privado complementario. Ello se debe a la ambigüedad —por conveniencia política—, en la que se mantiene la definición del catálogo de prestaciones, al esfuerzo poco discriminado, desde la perspectiva de la salud poblacional, de incrementar el gasto sanitario público, al empuje mediático (listas de espera, incipientes cartas de derecho), y a una política farmacéutica que ha intentado hacer y no hacer, financiar y recuperar, actuar discrecionalmente y establecer pactos con la industria de una manera un tanto errática.

Los cambios en el tratamiento fiscal del gasto sanitario privado no acaban de funcionar para estimular las pólizas colectivas de empresas, el problema de las empresas colaboradoras sigue ahí, la definición del futuro de Muface y asimilados continúa, y un largo etcétera en el sentido comentado.

b) Desde la perspectiva de la estructuración de nuestro sistema sanitario, no podemos aún asegurar que el Ministerio sepa llevar a cabo, y las CC.AA. lo acepten, su nuevo rol de regulador y coordinador del sistema sanitario sin involucración directa en financiación ni en el ejercicio del “mando y ordeno” sobre unas competencias hoy transferidas a las CC.AA. Estas reclaman del Ministerio un papel instrumental, procedimental y no material, discrecional o arbitral en la coordinación. Los nuevos gestores territoriales exigen además contribuciones financieras definidas ante las nuevas prestaciones aprobadas por el Consejo Interterritorial.

Nada de esto está resuelto en la práctica y los hechos recientes que han convulsionado el funcionamiento del Consejo Interterritorial así lo avalan.

c) La integración de la financiación sanitaria en el conjunto de la financiación autonómica permite reconducir de modo coherente la presión asistencial, vinculada al nivel de desarrollo, a una capacidad financiera más arraigada en la exigencia de corresponsabilización fiscal desde las distintas CC.AA.

Sin embargo, a la situación de partida (necesidades reconocidas de gasto) se ha llegado de modo muy arbitrario: las CC.AA. que gestionaban las transferencias antes de enero de 2002, mantienen cifras de gasto financiadas bajo un sistema diferente a las CC.AA. recién incorporadas, calculadas en este caso según coste efectivo (liquidaciones de 1999 actualizadas con el incremento de los Ingresos Tributarios del Estado —ITE—) o a partir de unos nuevos parámetros (población al 70 por 100; envejecimiento al 24,5 y 0,5 por 100 según insularidad) definidos políticamente. Modulaciones adicionales han actuado “ad hoc” de modo que se generalizasen las transferencias a partir de un criterio de “nadie pierde” con el nuevo sistema de financiación. Como es bien sabido, esta dinámica permite consenso a corto plazo a cambio de inflación en la financiación del gasto, pero a medio plazo no evita lecturas relativas (porcentuales) acerca de quién se apropia en mayor medida de la financiación procedente del esfuerzo colectivo. Estamos hoy en esta segunda fase y, claro está, la distribución resultante de los acuerdos políticos no resiste una lectura teórica coherente con los principios de equidad o de suficiencia a la vista de los nuevos rangos observados en la financiación per cápita: Andalucía frente a Extremadura; Cataluña frente a Aragón; Madrid frente a Cantabria, por citar algunas diferencias inexplicables. Con todo ello, lo que el acuerdo de 2002 (Ley 21 de 2001) debía representar (esto es, un pacto de futuro sin fecha preestablecida de revisión) hoy está a punto de descoserse inexplicablemente buena parte del corsé sobre el gasto sanitario, afectando claramente la reputación pública en el control explícito del gasto sanitario. Un “rasgado” más en las inestables relaciones financieras de la Administración Central con las CC.AA.

d) En el terreno de la reorientación del gasto funcional según prioridades de salud y del desarrollo de reformas organizativas institucionales, el parón es manifiesto. La atención primaria no acaba de configurarse como eje resolutorio del sistema y la responsabilización de los proveedores en el funcionamiento del sistema mantiene lagunas manifiestas en Fundaciones y equipos de Atención

Primaria de nuevo cuño, sigue durmiendo el limbo de los justos.

El Ministerio puede achacar que éste es un tema hoy en manos de las CC.AA. y no condicionado financieramente en su resolución, a la vista de la escasa responsabilidad fiscal hasta el momento ejercida por éstas. Sin embargo, la innovación es diversidad, experimentación y aprendizaje. Ello exige impulso por parte de la Administración Central y, sobre todo, no ayudar a levantar las múltiples cautelas sobre la pérdida de cohesión ante cualquier cambio no uniforme en las políticas sanitarias.

2. TAREAS PENDIENTES

Estas, junto a otras consideraciones, nos permiten destacar algunos retos pendientes en la agenda futura de nuestra política sanitaria, que deberán afrontarse de modo más o menos explícito en la próxima legislatura. En resumen, se trataría de:

1. Saber soltar “amarras” desde el Ministerio, tanto para lo bueno (pérdida de responsabilidades financieras) como para lo malo (temores, por el momento no suficientemente fundados, de “pérdida” de control de la política sanitaria, entendiéndolo con ello una quiebra de la cohesión social). El nuevo Ministerio de Sanidad tendrá que aprender a operar a través de nuevos resortes, dada la importante descentralización efectuada (café, sin que sea amargo para todos) hacia las CC.AA.

2. Abandonar el “populismo” en el sistema sanitario, en búsqueda de unas rentas electoralistas, que puede acabar haciendo “morir de éxito” a la sanidad pública (hinchada la demanda de una sociedad cada vez más medicalizada) y marginalizar la sanidad privada. Darse cuenta de que mayor gasto sanitario público insuficientemente dirigido (como han hecho las CC.AA. receptoras recientes de las transferencias con los “pluses” de financiación obtenidos), sin garantizar los instrumentos de financiación que acompañan al nuevo gasto (como si el cargo a impuestos, obviando copagos y primas comunitarias fuese garantía de justicia fiscal), no lleva a puerto alguno sin derroteros de eficiencia y equidad.

3. La política del medicamento se ha movido a bandazos. Se mantiene la opacidad en la política de precios, se obvia la cuarta valla de la farma-eco-

nomía para la autorización y fijación de reembolso de nuevos medicamentos, y se tergiversa el sistema de precios de referencia identificándolo con una financiación selectiva de fármacos (los medicamentos que superan el precio de referencia del grupo quedan exentos de toda financiación, y no del copago total de la diferencia).

Todo ello refleja que aún no se ha conseguido integrar la política del medicamento en la perspectiva global de la asistencia sanitaria (a la vista de sus potenciales efectos de sustitución con otras formas de asistencia), ni se ha dotado de un marco estable a un sector que requiere inversión e investigación y algo más de paz jurídica. Las posibilidades de una negociación en bloque del gasto en medicamentos (precios y cantidades) y fuera del marco gremial de Farmaindustria requeriría posiblemente ser explorada.

4. Afrontar el conjunto de prestaciones socio sanitarias relativas a la dependencia y cuidados de larga duración. Esta parece configurarse como la gran asignatura pendiente de la nueva legislatura. Su tratamiento requiere una visión coordinada de lo social y de lo sanitario entre instituciones ade-

más segmentadas sobre el territorio, y con algunas competencias en manos de la Administración Central y otras de la Seguridad Social. Su solución requiere que se integren aspectos de provisión y de financiación.

El envejecimiento supone un nuevo reto para la política sanitaria, afrontable teóricamente desde planes de ahorro, con distinto grado de regulación pública, desde esquemas de aseguramiento, privado con financiación coactiva, o público como una prestación más de la seguridad social, y con distinto alcance de involucración pública en la prestación de los servicios, con prestaciones monetarias complementables privadamente, con distinto grado de subsidiación fiscal, etcétera.

Suficientes ámbitos de estudio para los analistas de las políticas sanitarias, desde la óptica de la Economía de la Salud, como para mantener nuestro interés y dedicación.

NOTA

(*) Universitat Pompeu Fabra.