

Los desafíos del Sistema Nacional de Salud

Tras la irrupción de la actual pandemia por la Covid-19 y la respuesta dada desde nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), la sociedad española se está preguntando si realmente tenemos un sistema excelente y si la reconocida calificación de su calidad, su eficiencia y su accesibilidad eran realmente ciertas.

Y la respuesta, sin duda, es sí. Ningún sistema de salud en el mundo podía estar preparado y planificado para hacer frente a una pandemia como esta. Los sistemas de salud no organizan sus dispositivos ni sus recursos en base a una eventual pandemia, por mucho que siempre se puede pensar que habrían afrontado mejor los desafíos quienes hubieran tenido reservas estratégicas de material de protección, productos sanitarios y equipamientos para UCI, o quienes tuvieran un sistema de salud pública y vigilancia epidemiológica perfecto.

Y a pesar de que había áreas de mejora en esos aspectos, la respuesta sin duda es sí. Es un sistema con cobertura universal, lo que quiere decir que se vincula a la condición de ciudadanía y mediante el RDL 7/2018 se ha recuperado el derecho a la atención a todas las personas residentes en España, incluso las que el RDL 16/2012 del Gobierno de Rajoy había excluido.

También es un sí rotundo a la accesibilidad, especialmente si medimos las dificultades de acceso por razones económicas. En la falta de atención médica del quintil más pobre, España, junto con Holanda, ocupa los primeros lugares, con un 0,4%, cuando la media de los 28 países de la UE es de 3,4%. Si este dato nos demuestra la equidad en el acceso no podemos olvidar dos importantes retos para nuestro sistema, aún pendientes: los copagos de los medicamentos y la exclusión de la cartera común de servicios de la atención bucodental, que conllevan desigualdades por razones económicas en la población. Y es un sí en calidad, tanto por la

excelente formación de los profesionales del sistema como por la eficacia en resultados en salud (esperanza de vida, mortalidad infantil, supervivencia de cáncer, cobertura de vacunaciones, liderazgo en trasplantes, etc).

Lo es también en eficiencia, ya que todos estos logros suponen una inversión en sanidad por debajo de la media de los 28 países UE. Divergencia agudizada a partir de los recortes del 2012 y presupuestos sucesivos.

La principal clave de este éxito se debe al diseño del Sistema, al modelo implantado en que la Atención Primaria de Salud es la base principal para garantizar la universalidad, la atención integral, la accesibilidad y cercanía, que permite una gran capacidad de resolución de las demandas de atención.



Cabe preguntarse, si esto es así, ¿por qué esta pandemia ha sometido a un enorme estrés al Sistema y a una enorme sobrecarga a los profesionales?. En primer lugar, porque el diseño, de indudable éxito, surge de la Ley General de Sanidad de 1986. Pensado para una sociedad, una demografía y epidemiología de las enfermedades más frecuentes entonces, muy diferentes de las actuales. En segundo lugar, porque las principales claves del Sistema se centraban en el carácter integral de la atención, en la orientación de su funcionamiento a la prevención y la promoción de la salud, a la vez que, como parte de su misión como pilar del Estado de

Bienestar, la implantación de centros y servicios debe perseguir la cohesión social y territorial.

De acuerdo con estas claves, previo a la aparición de la COVID, el SNS ya necesitaba una revisión. Retomar la orientación a la promoción de la salud y la prevención y tener presentes los determinantes sociales y ambientales de la salud, ya que son la causa de las desigualdades en salud. Aquí la atención primaria es decisiva.

Pero, quizás, la priorización de la actividad curativa ha ocasionado la desviación de los objetivos previstos, relegando las tareas de la salud pública y la salud comunitaria, incluso en los presupuestos.

Además, debido a la mejora de las condiciones de vida alcanzada y al buen funcionamiento del SNS y los avances en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades, se había alcanzado una esperanza de vida que nos situaba como segundo país del mundo. Pero no así en años vividos de forma saludable, libre de discapacidad. Lo que conlleva un cambio en el perfil epidemiológico de la enfermedad, con una gran prevalencia de la cronicidad y la pluripatología.

Estas dos principales realidades obligan a tomar medidas sobre las dotaciones y funcionamiento del SNS. Y a eso responde el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Lo que tiene mucho que ver con la respuesta a la COVID 19. Una epidemia es un problema de salud comunitaria y la principal carencia para afrontar la pandemia, ha sido la debilidad de la salud pública tanto en sus aspectos epidemiológicos como de salud comunitaria: el mil por cien de los esfuerzos deben situarse en impedir los contagios y por tanto prevenir la enfermedad. Y esa es tarea de la salud comunitaria. También hemos presenciado debilidades y disfuncionalidades relativas a la gobernanza y coordinación del SNS que ponen de manifiesto la necesidad de avanzar para ajustar procedimientos eficaces de co-gobierno entre el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas.

Pero al margen de la necesidad de abordar la reorientación de su estructura y funcionamiento, el SNS vino sufriendo en los últimos años las consecuencias de recortes de recursos ocasionados a partir de 2011 donde suponía una participación en el PIB algo superior al 7%, a descender por debajo del 6%, interrumpiendo así una constante de crecimiento ligeramente por encima del ascenso del PIB. Los principales efectos se vieron en la

Atención Primaria, la Salud Pública, la temporalidad laboral y la inversión en tecnología sanitaria.

Con la irrupción de la COVID 19, el funcionamiento del SNS se ha visto obligado a atender una enfermedad desconocida, con clínica muy grave en determinados pacientes, con evolución y curación inciertas, y que desbordó la capacidad de contención de la transmisión por la atención primaria y comunitaria. Además, la alteración del funcionamiento ordinario tuvo consecuencias en la atención al resto de patologías, a excepción siempre de los casos graves y urgentes.

La pandemia ha puesto de relieve las fortalezas y las debilidades del Sistema Nacional de Salud español, que durante los últimos años se había visto debilitado por los recortes presupuestarios y el enflaquecimiento de plantillas, y que ahora se sitúa ante nuevos desafíos para poner al día un modelo que forma parte de nuestro Estado de Bienestar, que ha gozado de un notable prestigio y que ahora debe afrontar nuevos retos y problemas.

Tras este impacto, la conveniencia de repensar el SNS se convierte en urgente. El Dictamen de la Comisión de Reconstrucción del Congreso de los Diputados contiene algunas medidas útiles en esta dirección y abre opciones a una reflexión estratégica que es necesaria para afrontar las medidas necesarias para reforzar el SNS que debemos construir para las próximas décadas, con un liderazgo real desde el Ministerio de Sanidad y compartido con las CCAA.

A los desafíos propios de la época que vivimos por el reto demográfico, tecnológico y social, se une el impacto en la salud de pacientes crónicos y el incremento de tiempos y listas de espera provocadas como consecuencia de la prioridad asistencial a los pacientes Covid, así como la reconstrucción de la nueva salud pública que requiere el tiempo actual. Es por ello que ese nuevo SNS debe contemplar en su futura reforma el fortalecimiento de la dimensión sanitaria europea, y requiere un liderazgo estratégico que cuide el refuerzo de la coordinación institucional, así como la calidad y la equidad para hacer viables las aspiraciones de la sociedad en materia sanitaria. Estamos, de nuevo, ante un desafío importante de la democracia española para recomponer nuestro apreciado SNS, considerado como uno de los principales logros. Manos a la obra. **TEMAS**