



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA ENCRUCIJADA. UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DEL SNS

LUIS MANUEL GARRIDO GÁMEZ

Presidente de la FAISS. Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios

Cuando se asume el reto de escribir un artículo en relación con el funcionamiento y evaluación del sistema sanitario, es preciso hacerlo desde la consciencia de que la amplitud del tema sólo permite sobrevolar sobre los aspectos más relevantes, evitando la tentación, sugerente para cualquier profesional del medio, de realizar un estudio mas exhaustivo y profundo que ni cabe ni procede. Hecha esta salvedad, como el objetivo de cualquier artículo pasa por proporcionar al lector los elementos de juicio suficientes para provocar al menos la serena reflexión, cuando no, la incómoda reacción, intentaré, desde mis principales preocupaciones sobre el tema, trazar una serie de líneas maestras que sirvan de llamada a las conciencias y saquen de su conformismo a los que piensan que todo esta hecho, que lo de hoy es para siempre y que el no hacer nada, es la mejor manera de perpetuarse.

En este sentido, a partir de la evolución sufrida en los últimos años y del análisis de la problemática y situación actual del sistema sanitario en España, trataré de esbozar una serie de criterios de racionalización y posibles alternativas, con especial mención de la aportación de los procesos de inspección y evaluación a la mejora de la calidad del sistema.

INTRODUCCIÓN

Un buen estado de salud es una de las necesidades básicas de los individuos, se encuentra ligado al derecho fundamental a la vida y tiene suma importancia para el entorno familiar y social. Por ello, los posibles fallos organizativos en la atención sanitaria, tienen una especial trascendencia y repercusión. Las pérdidas de eficiencia, de eficacia, o de equidad, del sistema sanitario, afectan a un bien tan fundamental, que su protección es encomendada, por el artículo 43 de nuestra Constitución, a los poderes públicos.

En cuanto a cuáles son estos poderes, nuestra norma fundamental refleja que al Estado le corresponde la Sanidad exterior; la legislación sobre productos farmacéuticos, la coordinación

sanitaria y la alta inspección, quedándole a las Comunidades Autónomas un amplísimo margen, que permite desde la prestación de servicios diferenciados a formas de gestión diferentes.

Sin embargo, la materialización del derecho a la salud como un derecho universal, no se realiza hasta 1986, cuando la Ley General de Sanidad (LGS) delimita el carácter público de su cobertura y la equidad, tanto en el contenido de las prestaciones, como en su distribución social y territorial. Hasta esa fecha, la protección de la salud mantenía un carácter contributivo y estaba vinculada al sistema de la Seguridad Social.

Es precisamente la LGS, la que crea la estructura física encargada de dar alcance a esos objetivos, denominándola Sistema Nacional de Salud (SNS) a la que define como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Financiado mediante recursos públicos, en él se integran todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la LGS, son responsabilidad de los poderes públicos.

Desde su creación, el SNS ha ido evolucionando, y lo ha hecho en buena parte, como consecuencia de la progresiva descentralización de competencias sanitarias, fenómeno cuyo

“La materialización del derecho a la salud como un derecho universal no se realiza hasta 1986, cuando la Ley General de Sanidad delimita el carácter público de su cobertura y la equidad”

estudio es clave para entender la trayectoria de las reformas sanitarias en España en los últimos años. Es preciso reconocer, que bajo el liderazgo de determinadas comunidades autónomas como Navarra, País Vasco y Cataluña, se ha modernizado y enriquecido, desarrollando formas de gestión más eficientes.

Pero si establecer el poder de decisión en un ámbito inferior puede aportar mejoras en el conocimiento de las necesidades de salud de los ciudadanos y agilizar la toma de decisiones, el hecho de que la descentralización sanitaria en España se produzca por causas propiamente políticas, y no para aumentar la eficiencia en la gestión, a diferencia de lo ocurrido en otros países de nuestro entorno, hace que el proceso presente también importantes inconvenientes desde el punto de vista de la eficiencia y nos plantee numerosos interrogantes, esencialmente sobre coordinación, equidad y financiación. Interrogantes sobre los que debemos anticipar respuestas, sin esperar a que sea, el propio devenir de los acontecimientos, el que nos las proporcione.

Pero la descentralización de las competencias y la posible falta de equidad subsiguiente, no es el único problema que aqueja en la actualidad al Sistema Sanitario: Las estructuras de gobierno y gestión, que, inexplicablemente, responden cada vez menos a la naturaleza organizativa y profesional que debe caracterizar a los centros sanitarios, y las políticas de personal erráticas, fruto de las sucesivas oleadas reivindicativas de los agentes sociales, y no de una planificación seria y responsable, completan, junto con los omnipresentes problemas para la financiación sostenible, un implacable "poker" de problemas, que retará sin duda, a su solución por el más avezado político o gestor.

DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL SISTEMA

Para realizar una aproximación más o menos sistemática a la situación actual del sistema sanitario en España, para diagnosticar en suma su "estado de salud", puede ser útil partir, al menos parcialmente, de los cinco criterios propuestos por la OMS para evaluar el nivel de desempeño de un sistema de salud y conocer en que medida cumple sus objetivos: El nivel de salud alcanzado; la equidad en materia de salud; la capacidad de respuesta; la equidad en la capacidad de respuesta; y finalmente la equidad de la contribución financiera. Los resultados de la valoración de cada uno de estos criterios, nos pueden servir, a modo de toma de constantes vitales, para averiguar el nivel de salud del sistema. Curiosamente, en tres de ellos, se hace referencia a la equidad en sus distintos aspectos y manifestaciones, concepto que últimamente aparece con frecuencia en el candelero político y organizativo del sistema.

Respecto al primer criterio, resulta extremadamente complejo, y más en los países desarrollados, valorar hasta que punto el mantenimiento y mejora del nivel de salud es consecuencia de la actuación del sistema sanitario, o resultado de la influencia de otras mu-

chas variables de índole social y económica. Su consideración excedería los límites de este artículo, y no nos serviría, en la práctica, para nuestro interés en evaluar en que medida nuestro sistema sanitario goza de buena salud.

Con respecto a la equidad, recordar que es objetivo prioritario del sistema desde la publicación de la LGS. Si queremos hablar de equidad en materia de prestaciones sanitarias públicas, todos los ciudadanos habrían de tener derecho a las mismas prestaciones sanitarias, no deberían existir diferencias o dificultades significativas en cuanto al acceso y por supuesto no sería aceptable la existencia de demoras injustificadas o listas de espera.

Mientras que en España, el objetivo constitucional de la universalidad parece cumplido, y como derecho básico, es un poderoso factor corrector de desequilibrios y un magnífico instrumento de cohesión social, no ocurre lo mismo con el de la equidad, necesariamente ligada a la solidaridad. En este apartado, la situación es, cuando menos, preocupante, percibiéndose claramente por el ciudadano, desigualdades significativas en razón del territorio. En los datos del Barómetro Sanitario de 2005, más de un tercio de los usuarios del SNS, opina que no existe equidad en el acceso a la cartera de servicios entre las distintas autonomías, ni tampoco entre los residentes del medio rural y el urbano.

Esta percepción de falta de equidad parece responder a una situación real, aunque con alguna matización: Es posible que los ciudadanos presten más atención a las diferencias existentes entre comunidades, que a su propia oferta, sin llegar a entender que todas ellas no tienen, ni deben tener en pro de la eficiencia y la seguridad de los pacientes, una cartera de servi-

“En el apartado de la equidad la situación es, cuando menos, preocupante, percibiéndose claramente por el ciudadano desigualdades significativas en función del territorio”

cios completa que ofrecer a sus ciudadanos, pues sus sistemas no llegan a tener la masa crítica de pacientes que permita diversificar los riesgos con ciertas garantías. De modo que esta situación, en sí misma, no debe de ser vista como una falta de equidad siempre que se gestionen adecuadamente los flujos de pacientes algo factible desde la coordinación por el Ministerio de Sanidad, o mediante acuerdos bilaterales o multilaterales entre comunidades o centros.

Lamentablemente el Ministerio de Sanidad no parece haber sido capaz, con la antelación suficiente, de prepararse adecuadamente para contribuir a este aspecto de coordinación del sistema. Esta pérdida de liderazgo ya supone, en sí misma, una pérdida de solidaridad interterritorial y de equidad. En cuanto a la segunda posibilidad, estamos aún distantes de conseguir acuerdos solidarios entre comunidades que sin duda en el futuro se habrán de fomentar y consolidar desde la solidaridad sanitaria y financiera.

Curiosamente, con respecto a este "objetivo" de equidad, me gustaría recordar que, por encima de desigualdades territoriales, existen también importantes desigualdades en las contingencias protegidas y en las prestaciones recibidas, en función del título que da derecho a recibirlas. A día de hoy, el principal ejemplo de diferencia en las condiciones en las que se recibe la asistencia, las tenemos en los funcionarios del mutualismo administrativo estatal: MUFACE, ISFAS o MUGEJU, que tiene unas condiciones tan diferentes con el resto de población protegida, que probablemente serían poco aceptables si lo fueran por pertenecer a distinta Comunidad Autónoma.

En cuanto a la equidad en el acceso y la capacidad de respuesta del sistema, hay que mencionar la persistencia de importantes listas de espera,

tanto diagnósticas como quirúrgicas. A pesar de haber sido "atacadas" desde distintos flancos y con diferentes medidas por los gobiernos autonómicos, siguen constituyendo todavía una de las principales fuentes de insatisfacción de los usuarios y se erigen en uno de los principales escollos para alcanzar la equidad en la asignación de los recursos.

Con respecto a la equidad en la contribución financiera, el carácter universalista del sistema, ha hecho que, desde hace ya tiempo, se refuerce la participación de las transferencias de los presupuestos generales en la financiación, en detrimento de las cotizaciones sociales. Por su parte, el sistema de financiación previsto en la Ley 21/2001 consagra una autonomía casi completa en el gasto por parte de las Comunidades autónomas, pero a su vez una autonomía también muy amplia en ingresos lo que debilita la posibilidad redistributiva del Estado para atender insuficiencias.

Si a esta situación añadimos los sucesivos incrementos en la autonomía fiscal y de financiación que se habrán de producir como consecuencia de los logros autonómicos derivados de las reformas de sus respectivos estatutos, está claro que las comunidades estarán obligadas cada vez más a olvidar su papel reivindicativo ante el estado, para pasar a colaborar en temas comu-

nes, haciendo pagar a sus propios votantes, los mayores gastos incurridos.

En este campo, los instrumentos de gobierno del sistema que hoy disponemos, tampoco parecen funcionar bien. El propio Ministerio de Sanidad necesitaría una profunda reestructuración para legitimarse por derecho, conocimiento y liderazgo, e imponer así su autoridad ante las distintas comunidades, realizando una gestión inteligente del fondo de cohesión, ya sea directamente, o a través del Consejo Interterritorial.

Importantes también para comprender y evaluar la capacidad de respuesta de un sistema y dos de los principales retos organizativos con los que se enfrenta cualquier sistema de salud son las estructuras organizativas y los recursos humanos. Uno de los aspectos diferenciales más sobresalientes de las organizaciones sanitarias es el papel relevante que los profesionales encargados de prestar asistencia juegan en las mismas, y su relativa independencia de las líneas jerárquicas. En las profesiones sanitarias, gran parte del poder permanece en la base de la estructura de la organización donde se realizan las actividades específicas que definen las distintas profesiones. No es preciso un desarrollo importante de la tecnoestructura ni de las posiciones intermedias de gestión, pues son los propios profesionales los que controlan, con un considerable grado de autonomía, su trabajo, circunstancia que explica también, por otra parte, su deseo de participar en las decisiones que puedan afectarlo.

Sin embargo en España, las estructuras organizativas del sistema parecen ir en contra de la propia idiosincrasia de las organizaciones sanitarias antes apuntada, excesivamente jerarquizadas y con multiplicación exagerada de cargos intermedios incluso relativamente politizados. Sin duda por ello, las reformas organizativas que se

“El principal ejemplo de diferencia en las condiciones en las que se recibe la asistencia lo tenemos en los funcionarios del mutualismo administrativo estatal”

han llevado a cabo en los últimos años han tenido un éxito limitado: Contratos Programa, implicación de los clínicos en la gestión, gestión por procesos, etc... La introducción de sistemas basados en la gestión privada como empresas públicas y fundaciones tampoco han demostrado ser la solución a los problemas del SNS, ni en muchos casos han aportado valor añadido a la calidad del sistema.

La política de personal sigue siendo la gran asignatura pendiente y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco (LEM) aprobada hace apenas tres años, parece haber llegado demasiado tarde y, lamentablemente, ha venido si cabe a complicar el panorama más que a solucionarlo. El salario actual de los profesionales sanitarios no guarda relación ni con el nivel de formación ni con la responsabilidad que tienen, situándose en niveles inferiores a países de nuestro entorno de similar P.I.B. y lo que parece ser peor, al menos a efectos motivacionales, las estructuras retributivas y los niveles salariales difieren significativamente entre comunidades autónomas sin que los profesionales alcancen a entender las razones, lo que produce sin duda desmotivación añadida. Aún así, los profesionales sanitarios en España, siguen teniendo más motivaciones extrínsecas que intrínsecas, absolutamente olvidadas en el esquema de recompensas, circunstancia que se trata de paliar con las disposiciones sobre carrera profesional que introducen la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y la ya citada LEM. Hace falta devolver poder, capacidad de decisión y autonomía a los facultativos del sistema.

Problema añadido en este campo, lo constituye la mala planificación de las necesidades en formación de los recursos especializados y en general de profesionales sanitarios llevada a cabo en los últimos años que se ha

demostrado no adecuada a las necesidades reales del sistema.

Otro elemento distorsionante, clásicamente presente en el sistema y nunca bien solucionado, es la falta de coordinación. Existente entre Atención Primaria y Especializada como, de forma aún más notoria, entre asistencia sanitaria y sociosanitaria, continúa siendo hoy uno de los puntos más débiles de nuestro SNS. No hay recursos suficientes para los servicios sociales y estos aparecen descoordinados de la Sanidad pública, generando en el sistema sanitario una excesiva demanda social que ni puede ni debe absorber.

Por su parte, la gestión de la incapacidad temporal se sigue situando cada vez más en la esfera económica apartándola de la sanitaria, la última modificación de la Ley General de la Seguridad Social, introducida por la ley de presupuestos generales para el 2006 es buena muestra de una situación que desmotiva a los profesionales del sistema y sin duda recorta derechos de la ciudadanía.

En resumen, el sistema sanitario español, que goza en lo positivo, de un razonable nivel global de eficiencia, una relativamente amplia cartera de servicios, aceptables indicadores de salud y de calidad y una cobertura pública y universal, presenta también, como hemos visto, importantes insuficiencias que podrían acrecentarse en

los próximos años. Sólo si políticos y gestores fueran capaces de resolverlas, situando a su vez, en cifras manejables, el crecimiento de las necesidades de financiación, el SNS se consolidaría como una de las piedras angulares de nuestro Estado del Bienestar.

Pero hasta el momento no parece haber ninguna estrategia clara de actuación, y los poderes públicos se dejan llevar por la inercia de lo anterior, actuando sólo puntualmente cuando surgen determinados problemas de pública repercusión y alcance mediático. Una muestra de ello es como se han ido solucionando los problemas de la financiación, inyectando fondos que tapen los agujeros producidos, sin plantearse ningún criterio de planificación a medio plazo.

Un ejecutivo que se precia de defender lo público, como el actual, tendría que ser contundente en esta materia de tanta trascendencia para el bien común. Sin embargo, la Sanidad no parece ser una prioridad del gobierno, quedando ensombrecida por otros productos estrella como educación y vivienda, cuando no por aspectos de reparto de poderes, como las reformas de los respectivos estatutos comunitarios.

CRITERIOS DE RACIONALIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Establecido el diagnóstico, las principales prioridades organizativas para mejorar el SNS, serían las referidas a aspectos tales como la coordinación entre territorios y niveles asistenciales, la gestión de las listas de espera, las nuevas formas jurídicas de los centros sanitarios, la equidad en la financiación y el establecimiento de una política incentivadora de los recursos humanos.

■

“La última solución a los problemas de financiación ha sido inyectar fondos que tapen los agujeros producidos, sin plantearse ningún criterio de planificación a medio plazo”

En estos campos, las competencias del estado a través del Ministerio de Sanidad y Consumo son limitadas, pero a la vez trascendentales para garantizar los criterios básicos del SNS: solidaridad, cohesión, equidad y calidad. En esta función, el Ministerio cuenta con una serie de herramientas entre las que destaca la labor del Consejo Interterritorial como foro de debate entre el Estado y las Comunidades Autónomas, donde se habría de discutir como dice la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, (LCC) “cuantos asuntos relevantes de su competencia pueden tener incidencia en el funcionamiento cohesionado del Sistema Nacional de Salud”.

Hace ya casi tres años que fue aprobada la LCC del SNS, que, en teoría, debía ir dirigida a garantizar la coordinación en este sistema sanitario completamente descentralizado estableciendo acciones de coordinación y cooperación entre administraciones, como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Sin embargo desde entonces, poco parece haberse avanzado en estos temas, en los que parecen primar otros intereses que no son los de todos los ciudadanos.

Por ello, para construir un SNS equitativo, solidario y cohesionado, se hace necesario, hoy mas que nunca la suscripción, sobre unas bases consensuadas, de un gran Pacto por la Salud, que desde la lealtad institucional y el respeto a las distintas autonomías, recoja los mecanismos de coordinación y las corresponsabilidades de las distintas administraciones y articule una financiación adecuada al objetivo último de mejorar la asistencia sanitaria de la población. A partir del mismo, habría que diseñar un nuevo escenario en el que se desdibujaran las desigualdades, pasando las principales medidas racionalizadoras del sistema por:

- Aumentar el papel coordinador del Estado:

Con el objetivo de garantizar algunos aspectos considerados clave, como la universalidad y equidad del sistema, los gobiernos europeos de nuestro entorno tienden a aumentar su papel regulador. También en España, incluso en un contexto de descentralización, el Estado debería estar llamado a fijar el marco regulador de la Sanidad, con unos mecanismos facilitadores y amplios, pero que eviten cualquier tentación de romper los principios básicos del sistema.

El Estado tiene la responsabilidad de asegurar mecanismos de financiación con reglas claras y consensuadas por todos, basadas en la satisfacción de necesidades y en la corrección de desigualdades. Manteniendo la línea de financiación estatal de todos los gastos de naturaleza no contributiva y estudiando todas las alternativas fiscales y sus repercusiones.

Asimismo, como garante máximo de la cobertura universal de todos los ciudadanos, debe de garantizar un espectro amplio y uniforme de prestaciones por igual en todo el territorio español, sin menoscabo de las prioridades que puedan fijar las comunidades en el ejercicio soberano de sus competencias. En este sentido, el Catálogo de Prestaciones Sanitarias cubiertas por el SNS, o, lo que

es lo mismo, la cartera de servicios, debe ser la herramienta para asegurar, a través de la pormenorización de los servicios que deben prestar con carácter obligado cada comunidad, que todos los españoles tenemos las mismas garantías vivamos donde vivamos y debe definir y consolidar los derechos de los ciudadanos en materia de prestaciones sanitarias personales así como garantizar el principio de solidaridad y establecer mecanismos que garanticen la seguridad y eficacia clínica de estas prestaciones.

El Plan de Calidad para el SNS, presentado en marzo de 2006, por el Ministerio de Sanidad, que dice pretender mejorar la equidad territorial, reforzando la igualdad en el acceso a las prestaciones, parece quedarse muy por debajo de las aspiraciones del conjunto de los ciudadanos y de las propias líneas maestras presentadas por el presidente del Gobierno en su discurso de investidura, pues aborda con relativa profundidad sólo aspectos parciales como la seguridad de los pacientes o la sanidad exterior.

- Reformar el Consejo Interterritorial:

El Consejo Interterritorial ha funcionado de forma bastante adecuada, y hasta parece haber cumplido el objetivo de servir de órgano de coordinación del sistema en el caso de la Salud Pública, pero los resultados hasta el presente en su papel de coordinador de las prestaciones sanitario-asistenciales han sido más bien decepcionantes.

La LCC supuso en 2003 una primera reforma del Consejo Interterritorial para adaptarlo a la descentralización. Sin embargo, cada vez son más las voces de dentro y fuera del sistema que reclaman nuevas modificaciones para dotarlo de mayor eficacia y huir de su excesiva politización.

“Para construir un SNS equitativo, solidario y cohesionado, se hace necesario hoy más que nunca la suscripción, sobre unas bases consensuadas, de un gran pacto por la Salud”

Una encuesta realizada entre 250 profesionales del sector por una revista especializada, incide en esta idea y el 65 por ciento de los encuestados, califica con un suspenso el funcionamiento actual del Consejo y reclaman su reforma.

Sería preciso reforzar su papel de conferencia sectorial para aquellos aspectos en los que el Estado debe vehicular la participación de las comunidades autónomas. Resulta también imprescindible reforzar su carácter ejecutivo, bien modificando su capacidad de adoptar decisiones, o creando una estructura decisoria a modo de gran consejo de administración del SNS. Sería preciso garantizar un funcionamiento ágil y fluido y la posibilidad de adoptar decisiones de más calado, determinando en qué ámbitos éstas deben y pueden tomarse por consenso y en cuáles podrían tomarse a través de un posible sistema de voto ponderado. Y, por supuesto, debería asumirse una disciplina común en el seguimiento de los acuerdos. En este esquema, el papel del Ministerio en el Consejo podría pasar por tener voto de calidad y capacidad de veto sobre determinados asuntos.

En cuanto a las funciones que el "nuevo" Interterritorial debería asumir, podrían ir desde ejercer competencias de legislación básica, hasta negociar con otros ministerios cuando sea preciso. Desde establecer el modelo de precios de referencia del SNS a efectos de facturación entre comunidades y fijar los precios de los fármacos de financiación pública, a decidir sobre los repartos del fondo de cohesión y otros fondos adicionales que pudieran crearse, y por supuesto, la elaboración de un catálogo general y común de prestaciones, sería labor fundamental de sus integrantes.

Por último, aunque no menos importante, tendría que reforzar la participación democrática de los ciudadanos, otorgando el necesario impulso a sus órganos consultivos.

- Realizar una política de personal incentivadora:

En cuanto a políticas de personal, aún estamos pendientes de la articulación de una política coherente de recursos humanos que establezca unas reglas de juego consensuadas estables, que marquen retos profesionales y recompensas a largo plazo.

Si bien en este camino, cada comunidad debe marcar el modelo de crecimiento y desarrollo profesional que le parezca más adecuado a sus necesidades, habrá de hacerlo desde la consideración y cumplimiento de unos mínimos marcados por el Estado, sólo en parte fijados en la LEM y la LOPS. Regular con amplio consenso las reglas del juego de la carrera profesional parecía ser una necesidad reconocida, ineludible e imperiosa, y en este tema los esperados criterios de homologación entre comunidades autónomas de la Comisión de Personal del Consejo Interterritorial parecen llegar tarde.

En este campo, se hace hoy más urgente que nunca, generar un entorno de motivación e incentivación que genere recompensas más importantes para aquellos profesionales que contri-

buyan con un mayor esfuerzo y dedicación y generen mejores resultados respecto a los que su contribución sea menor. Aunque el salario es un elemento incentivador de primer orden, no hay que olvidar que la orientación motivadora hacia la formación, el desarrollo de nuevas técnicas, el prestigio profesional o una adecuada política de inversiones, son elementos también decisivos a la hora de implantar con éxito una estrategia de corresponsabilización e implicación de los profesionales sanitarios en el sistema.

Herramientas como la evaluación del desempeño, la dirección por objetivos y la gestión por competencias sin duda deberán ser elementos clave en el establecimiento de esta estrategia motivadora que deberá aprovechar también el propio deseo del profesional de participación en las decisiones del sistema fomentándolo y encauzándolo.

- Lograr la equidad financiera:

Otro objetivo racionalizador, también ligado a aspectos de coordinación, es lograr que la financiación sanitaria de las comunidades sea suficiente. Aunque hoy por hoy, el SNS español es uno de los más eficientes de Europa, pues con un porcentaje muy razonable de gasto sanitario sobre el PIB nacional, un punto por debajo de la media europea, ha sido capaz de proveer mejoras importantes de salud de los ciudadanos, más tarde o más temprano, la autonomía de gasto y financiera de las comunidades autónomas, junto con su deseo de proporcionar más y mejores prestaciones a sus ciudadanos, podría llevar a situaciones de déficit en los servicios sanitarios comunitarios. Esta circunstancia llevaría a la necesidad de que el Estado incrementara su participación en la financiación sanitaria y, en buena lógica, tendrá también que dotarse de los

“El Consejo Interterritorial debería establecer el modelo de precios de referencia y fijar los precios de los fármacos de financiación pública, y elaborar un catálogo general y común de prestaciones”

mecanismos adecuados para controlar la actuación eficiente de las comunidades a través de los recursos que éstas perciban.

- Establecer un marco estable y sostenible en Políticas de Farmacia:

En el ámbito de las políticas de farmacia, el objetivo debe centrarse en conseguir un marco farmacéutico estable y sostenible basado en un amplio acuerdo, que abarque desde la administración estatal a las autonómicas, a los sectores profesionales y económicos afectados, y a los ciudadanos, a través de las organizaciones sociales. Sólo así podrán tener éxito las medidas derivadas del Plan Estratégico presentado por el Ministerio y las que proponga la Ley del Medicamento. Promover el uso racional y los autocuidados, potenciar la investigación, lograr una información adecuada, la implicación de los profesionales y la introducción de la receta electrónica parecen ser los objetivos concretos a lograr en los próximos años.

Las comunidades autónomas vienen reclamando el derecho a participar de forma activa en las decisiones que en este sentido se adopten, a través de la Comisión de Farmacia de un renovado Consejo Interterritorial que proponga la normativa necesaria para la regulación de los nuevos criterios de selección, calificación y precios máximos de los medicamentos que vayan a ser financiados por el SNS.

- Otras medidas racionalizadoras

Establecidas las medidas generales de coordinación del sistema, otras mejoras concretas del sistema pasarán por:

a) Articular los mecanismos financieros de compensación bilaterales o multilaterales que garanticen la equidad.

b) Impulsar la coordinación entre niveles asistenciales y entre la atención sanitaria y sociosanitaria.

c) Realizar una gestión correcta de las listas de espera.

d) Establecer un potente y universal Sistema de Información Sanitaria que con una amplia base de datos clínicos-administrativos apoye la toma de decisiones clínicas y de gestión. En este campo la aplicación de las nuevas tecnologías se hace indispensable.

e) Poner a disposición de los profesionales y ciudadanos redes de comunicación y herramientas tecnológicas que faciliten desde la relación administrativa a la telemedicina.

f) Acometer reformas organizativas de contrastado resultado que garanticen su estabilidad y permanencia en el tiempo orientadas hacia el logro de objetivos de salud y no como consecuencia de "modas".

g) Impulsar la evaluación de las tecnologías y procedimientos clínicos como procedimientos para la toma de decisiones a todos los niveles.

h) Desarrollar e implantar a todos los niveles nuevas estrategias organizativas que, como la gestión clínica o por competencias, la gestión por procesos asistenciales, o los planes integrales de actuación, estén conociendo ya buenos resultados.

i) Rentabilizar los servicios públicos ampliando el horario de los centros públicos, y reordenando los procesos más complejos de acuerdo con las necesidades territoriales y los flu-

jos de pacientes hacia los centros que tengan mejores resultados clínicos y de coste /eficiencia.

j) Finalmente y no por ello menos importante, los ciudadanos deben asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de su propia salud y una mayor participación en las decisiones respecto a su propia asistencia y, los poderes públicos, favorecer que así sea.

Para que todo esto sea posible, es imprescindible contar con los profesionales, con su participación en el diseño de las políticas y las estrategias de actuación. Por ello, insistimos, se han de plantear nuevos instrumentos de reconocimiento al desempeño profesional, de apoyo en la recuperación de su imagen social, y elevar el nivel de calidad de su entorno y medios de trabajo.

Importancia de los procesos de inspección y evaluación sanitaria en la mejora del sistema:

En los últimos años estamos asistiendo a la transformación de un sistema de mera prestación de servicios, a un sistema garante de los derechos sanitarios de los ciudadanos. Cuando prima la garantía del derecho a la salud, las actividades de control, evaluación e inspección del sistema, al garantizar el cumplimiento de la normativa vigente, propician una asistencia de calidad prestada en tiempo y forma adecuados y contribuyen a asegurar a los ciudadanos el ejercicio de este derecho fundamental bajo el respeto a los principios constitucionales.

El reto de la calidad debe ser hoy un objetivo de primer orden, y su consecución, un compromiso compartido por todos los protagonistas directos de la atención sanitaria: los organismos y profesionales que han de prestarla, los poderes públicos que han de garantizarla y los inspectores, que como agentes de la autoridad de estos, son su principal instrumento.

**“El Estatuto
Marco parece haber
llegado demasiado
tarde y,
lamentablemente, ha
venido si cabe a
complicar el panorama
más que a solucionarlo”**

La prioridad social de la atención a la salud y el objetivo de lograr la mayor calidad asistencial son factores necesariamente ligados a la evaluación y a la inspección.

Calidad, evaluación, control, inspección, son palabras de tan frecuente uso al hablar de un sistema sanitario, como desconocidas en su exacto significado cuando recurrimos a su definición aislada. Sólo de la interacción de las mismas y sólo teniendo en cuenta la referencia del objetivo último que pretendemos con cada una de ellas, adquieren su completo y real significado. ¿Quién puede inspeccionar sin evaluar?, ¿quién puede asegurar un producto de calidad sin el necesario control? y en suma ¿quién puede hacer todo ello sin tener en cuenta que el objetivo es mejorar una de las organizaciones más complejas que pueden ilustrar las diversas teorías sobre sistemas? Por ello más que de definiciones, creo más positivo hablar de intenciones y objetivos: que pretendemos, y como hacerlo.

Aunque no es lo mismo evaluar que inspeccionar, ambos conceptos aparecen frecuentemente ligados, y la inspección, para llevar a cabo su función de garantizar la adecuación a la legalidad, utiliza frecuentemente como instrumento, la evaluación. Si bien las actividades de inspección se justifican en la medida que la administración es responsable de que el servicio sanitario se preste en condiciones y con respeto a los principios constitucionales de equidad e igualdad, no ocurre lo mismo con las actividades de evaluación, que para encontrar su sentido, deberían proporcionar valor añadido al objeto evaluado, en este caso al sistema sanitario.

Para que un sistema de evaluación sea útil para medir los efectos de la política sanitaria de un país, debe cuantificar las diferencias entre lo planificado y lo realmente acontecido

y debe permitir establecer líneas de actuación a partir de los resultados obtenidos. Los resultados de la evaluación de un sistema proporcionan a los responsables un instrumento preciso para medir el éxito de las políticas destinadas a mejorar el mismo.

Es importante en esta dinámica, saber en qué medida el sistema de salud contribuye al logro de los resultados generales; si esa contribución puede aumentarse introduciendo cambios en la inversión de los recursos actualmente disponibles (mejorando la eficiencia del sistema de salud); y, en caso de que esos cambios se hayan hecho (por ejemplo, en el contexto de la reforma del sector sanitario), si se han traducido en un mejor desempeño de los sistemas de salud.

Como herramienta de gestión, es preciso evitar el error de convertir la evaluación en un fin en sí misma, burocratizando excesivamente el sistema y desplazando al propio paciente del eje principal de las actuaciones de sus profesionales. La complejidad excesiva de los propios sistemas para evaluar nos apartaría inexorablemente del objetivo último del sistema: la salud de los ciudadanos.

Por su parte, la actividad inspectora se encuadra como un elemento básico en la gestión sanitaria y como instrumento de organización y coordinación de las distintas unidades de

las Consejerías o servicios de salud implicados en el ejercicio de dichas funciones. La inspección, evaluación, control, en suma, la supervisión de la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, se configuran como competencias y actividades fundamentales de la Inspección de Servicios Sanitarios y nadie puede dudar de la repercusión de ellas sobre el estado de salud de los ciudadanos.

Sin embargo, en la gran tarea de intentar reordenar y revitalizar el SNS, que es posiblemente el patrimonio de cohesión social más importante que tenemos, la inspección sanitaria parece la gran olvidada, en especial por la administración central. Sería importante reglamentar sistemas de acceso y normas de actuación homogéneas, y prever la actualización profesional necesaria para mantener una inspección independiente que garantice una asistencia de calidad y luche contra el fraude que pone en peligro el estado de bienestar que con tanto esfuerzo se ha construido. Los retos que plantean la llegada de población foránea y el envejecimiento de la propia y el uso inadecuado de los recursos sanitarios, hacen que su potenciación sea una necesidad ineludible y además, a un coste muy asumible, pues está demostrado que la actividad inspectora genera en todos los casos, unos ahorros para el sistema, muy por encima de las propias retribuciones y los gastos de sostenimiento necesarios para mantenerla.

La LCC, al hablar de la alta inspección del Estado, función que por cierto deben desconocer en el propio Ministerio de Sanidad, pues no la ha ejercido en los últimos 20 años, prevé acciones y estrategias de la misma, y cita textualmente las relativas al establecimiento de mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección de las comunidades autónomas, especial-

■

“La inspección sanitaria parece la gran olvidada, en especial por la Administración central; una función que debe desconocer el Ministerio de Sanidad pues no la ha ejercido en los últimos 20 años”

mente en actuaciones contra el fraude, abuso, o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios, la colaboración en programas de control de evaluación de servicios y prestaciones, la lucha contra el fraude en Incapacidad Temporal y otras áreas susceptibles de generar bolsas de fraude y el mantenimiento de una base de datos compartida y común.

Nada de esto se ha hecho, ni por el Ministerio de Sanidad, ni tampoco por muchos de los servicios de salud de las autonomías, que ven más fácil pedir dinero para taponar agujeros, que mantener una inspección fuerte y bien formada que garantice una atención de calidad a la vez que evita fraudes y abusos.

El recientemente presentado Plan de Calidad para el SNS, que dedica buena parte de sus páginas precisamente a las competencias estatales de sanidad exterior, coordinación sanitaria y legislación sobre productos farmacéuticos, y que aparece centrado en reforzar la igualdad de acceso a las prestaciones y la seguridad de los pacientes, ignora de nuevo a la cuarta de las competencias que la constitución reserva al Estado: la alta inspección. De hecho, sólo menciona tres veces la palabra inspección, dos para referirse a los centros de transfu-

sión y una a la inspección fronteriza. Triste bagaje para un documento que en su presentación reconoce como una de las misiones del Ministerio de Sanidad y Consumo, el garantizar los derechos de los ciudadanos, pero que no ofrece instrumentos para llevarla a cabo.

Sin duda muchos ciudadanos y profesionales piensan que se debe mejorar y potenciar la inspección para mejorar la Sanidad, y en el logro de esta aspiración, que beneficiaría a todas las comunidades y a la salud de sus ciudadanos, todos tenemos mucho que decir y que trabajar en común. Solo desde el consenso, aunando esfuerzos y propiciando acuerdos, lograremos un futuro mejor. Como dijo Maquiavelo, "Mas vale hacer y arrepentirse que no hacer y arrepentirse".

Nota: Constituida en Madrid, el día 23 de enero de 2004, la FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (F.A.I.S.S.) defiende y representa a través de las distintas Asociaciones Profesionales que la conforman, las funciones e intereses profesionales del colectivo de inspectores médicos, inspectores farmacéuticos y enfermeros subinspectores de todo el conjunto del estado y fomenta las actuaciones encaminadas a defender los derechos de los usuarios en el Sistema Sanitario. □

Calmatel®

Piketoprofeno

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: CALMATEL® Crema: Piketoprofeno (DCI), 1,8 g/100 g. CALMATEL® Aerosol: Piketoprofeno (DCI), 2,0 g/Spray. CALMATEL® Gel: Piketoprofeno (DCI), 1,8 g/100 g. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** **Crema:** Piketoprofeno (DCI) (clorhidrato) 1,8 g. Excipientes: c.s. **Aerosol:** Piketoprofeno (DCI) 2,0 g. Excipientes c.s. **Gel:** Piketoprofeno (DCI) 1,8 g. Excipientes: c.s. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Crema: Tubo de 60 g. Aerosol: Spray de 50 g más propolente. Gel: Tubo de 60 g. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas:** Afecciones inflamatorias y dolorosas del aparato locomotor. **Traumatología:** esguinces, contusiones, luxaciones y fracturas. **Reumatología:** lumbago, artrosis, miositis reumáticas, torticolis, epicondilitis, tenosinovitis y bursitis. **4.2. Posología y forma de administración:** **Crema y gel:** A criterio facultativo, se puede aplicar las veces que éste lo considere oportuno. Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, 1,5 a 2 g de crema/gel, de tres a cuatro veces al día; pudiéndose efectuar un suave masaje para favorecer su penetración o utilizar un vendaje oclusivo. **Aerosol:** Como norma general se aplicarán, en la zona afectada, una ó dos propulsiones, durante uno segundos; tres veces al día. **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los componentes de la especialidad. Existe la posibilidad de hipersensibilidad cruzada con ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos. No se aplicará a pacientes a quienes el ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos les produce rinitis, asma, angioedema o urticaria. No debe aplicarse en ojos, mucosas, úlceras ó lesiones abiertas de la piel, ni en ninguna otra circunstancia en que concurra en el mismo punto de aplicación otro proceso cutáneo. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No es preciso advertir ó adoptar precauciones específicas, en el uso de estas especialidades. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Hasta la fecha no se han descrito interacciones de estas especialidades, durante el extenso uso al que han estado sometidas desde su autorización. **4.6. Embarazo y lactancia:** Aunque los estudios en animales no han evidenciado toxicidad fetal o efectos teratogénicos, y los niveles plasmáticos de piketoprofeno y su metabolito principal implican una mínima absorción sistémica, únicamente debe utilizarse bajo criterio facultativo en mujeres embarazadas y en mujeres en periodo de lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No procede. **4.8. Efectos indeseables:** Dada su aplicación tópica, estas especialidades son bien toleradas aunque, en ocasiones, pueden producirse eritemas, prurito, escozor y calor local, de una forma leve y transitoria. **4.9. Sobredosificación:** Dada la vía de administración, no se ha presentado intoxicación alguna hasta la fecha. En casos de hipersensibilidad, se suspenderá el tratamiento. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas:** En diversos modelos de estudios con animales de experimentación (edema inducido por carragenina / aceite de croton, eritema provocado por radiación UVA, etc.), característicos en la investigación de la actividad antiinflamatoria, se ha demostrado que piketoprofeno, vía tópica, posee una marcada actividad. En cuanto a su actividad analgésica, los estudios efectuados (dolor inducido por traumatismo experimental / inyección periarticular de NO₃Ag ó Prostaglandina E₂), han evidenciado su efecto analgésico. En relación a su uso clínico, se han realizado una serie de ensayos, que han demostrado la eficacia de las formulaciones de piketoprofeno como antiinflamatorio / analgésico de administración tópica en diversas situaciones patológicas que indican su administración. Respecto a la seguridad del tratamiento con piketoprofeno, vía tópica, se ha puesto de manifiesto la óptima tolerabilidad local de las formulaciones de la especialidad. **5.2. Propiedades farmacocinéticas:** Se han realizado varios estudios de farmacocinética en animales de experimentación y voluntarios sanos, para evaluar la absorción y fijación del principio activo al tejido subcutáneo, tras la administración tópica de las formulaciones con piketoprofeno. Los resultados obtenidos revelan que: -La penetración cutánea de piketoprofeno, tras administración tópica, parece ser rápida como indican los niveles altos de fármaco inalterado, encontrados en tejido subcutáneo próximo a la zona de aplicación. -Los niveles plasmáticos de piketoprofeno son < 0,01 mg/ml, mientras que los niveles encontrados en el tejido subcutáneo son > 1 mg/g, lo que indica una mínima absorción sistémica del principio activo. De acuerdo con los resultados obtenidos en un ensayo clínico comparativo de las formas farmacéuticas crema y gel, la tolerabilidad local y general es óptima, no habiéndose producido fenómenos de fotosensibilidad. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad:** Los estudios de toxicidad cutánea, efectuados en conejo tras la administración tópica de las formulaciones de piketoprofeno, no han revelado signos de intolerancia en la piel ni fenómenos de toxicidad local. Los estudios de toxicidad aguda (administración oral, dosis única) ofrecen los siguientes resultados: DL₅₀ rata macho-321 mg/kg (261-394), DL₅₀ rata hembra-275 mg/kg (224-337). Los estudios de toxicidad subcrónica (administración oral en ratas, durante 30 días), no han detectado toxicidad del principio activo. Los estudios de toxicidad fetal y teratogenia no han indicado actividad en este sentido (malformaciones o anomalías durante el desarrollo embrionario). **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes:** CREMA: Benzoato de bencilo, Alcohol láurico-mirístico, Alcohol cetílico, Polisorbato 20, Sorbitán monoalaurato, Alcohol cetosteárilico polioxietileno, Dietanolamina, Polihexametilbiguanido Clorhidrato, Agua purificada. AEROSOL: Miristato de isopropilo, Salicilato de metilo, Alcanfor, Esencia de lavanda, Alcohol bencilico, Isopropanol, Anhídrido carbónico. GEL: Hidroxipropil Celuloso, Propilenglicol, Esencia de lavanda, Etanol. **6.2. Incompatibilidades:** No se han descrito. **6.3. Periodo de validez:** CALMATEL® Crema: 5 años, mantenido en condiciones normales de conservación. CALMATEL® Aerosol: 5 años, mantenido en condiciones normales de conservación. CALMATEL® Gel: 3 años, mantenido en condiciones normales de conservación. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** Las especialidades no requieren condiciones especiales de conservación, debiendo exclusivamente mantenerse en el interior de su estuche, al abrigo del calor y humedad excesivos. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente:** CALMATEL® Crema: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con tapón roscado de P.E. CALMATEL® Aerosol: Spray de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con válvula y pulsador de P.E. CALMATEL® Gel: Tubo de aluminio barnizado; lacado y serigrafiado al exterior; con tapón de P.E. **6.6. Instrucciones de uso/manipulación:** No se requieren instrucciones especiales de uso para estas especialidades. En todo caso y dada la naturaleza del gel (por su contenido en etanol) es conveniente manipular el tubo y su contenido lejos de llama/fuego directos, como prevención lógica ante hipotéticos accidentes. **6.7. Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** ALMIRALL PRODESFARMA, S.A. General Mitre, 151. 08022-Barcelona (España). **PRESENTACIONES Y PVP (IVA M.R.):** CALMATEL® Crema, tubo de 60 g; 4,34€. CALMATEL® Aerosol, Spray de 50 g más propolente: 7,34€. CALMATEL® Gel, tubo de 60 g; 4,32€. Sin receta médica. Especialidades reembolsables por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal. **Fecha de revisión:** Julio 1997.

"Los datos personales necesarios para poderle entregar este material promocional están recogidos en un fichero cuyo responsable es Almirall PRODESFARMA, S.A. que los utilizará para la gestión comercial únicamente interna. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición simplemente escribiendo a Almirall PRODESFARMA, S.A., Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona."

Fecha de elaboración del material: Mayo 2006.

Almirall es una marca registrada de Almirall Prodesfarma, S.A.