

Concurso de recortes

Ricard Meneu^a y Salvador Peiró^{a,b}

^aFundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

^bCentro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia. España.

El concurso de recortes era, tradicionalmente, un espectáculo taurino en el que los participantes, los recortadores, se enfrentaban al toro y realizaban toda clase de quiebros, reversos, contoneos y saltos sobre el mismo, con la finalidad de engañar al animal al pasar junto a él. Hoy, y en nuestro entorno, el concurso de recortes es otra cosa. Aunque quizás no tan distinta. Recortar, racionar, racionalizar, ajustar, rebajar, reducir, limitar, desacelerar (el gasto), aminsonar (el crecimiento), corresponsabilizar (a los usuarios), reestructurar (los servicios) y similares son los quiebros de moda en el Sistema Nacional de Salud (SNS). No es tanto que ahora preocupe más esa peculiar amalgama de eficiencia y despilfarro con la que hemos edificado el SNS, sino que hemos descubierto, casi por sorpresa, que debemos demasiado y hemos de gastar menos. Así que la idea del racionamiento, no sólo sanitario pero también el sanitario, ha entrado con fuerza en la agenda de nuestros gobiernos. Especialmente en los de las comunidades autónomas, para las que el gasto sanitario representa la partida (y el agujero) más importante de sus maltrechos presupuestos.

No vamos a contar ahora cómo hemos llegado hasta aquí. Ya hemos señalado en otra parte¹ que cuando nos creíamos que éramos ricos no supimos ser sabios (ni felices). Que mientras nuestros gestores se fotografiaban encaramados a la proa de sus cada vez más –y cada vez más nuevos e innovadores– hospitales andaban confundiendo el rumbo con la deriva. No iban solos en este viaje. Pero esto hoy tiene poca importancia. Ahora que casi todos –casi, porque parece que alguna aldea engalanada aún se resiste a aceptar la realidad– somos conscientes de que la fiesta ha terminado, toca sacudirse las lentejuelas de los ojos, mirar en derredor, apreciar las abundantes derivas adoptadas y prepararnos para lidiar con los múltiples afectados que, razonablemente, se resistirán a perder algunos de los premios obtenidos en aquel casino. Cuando en Villatortas de Abajo siguen reclamando su derecho a otro hospital alegando que en San Brandán de la Isla lo tienen, no es banal recordar que el despilfarro no está sometido a reglas morales sobre su distribución sino que, en todo caso, es inmoral en sí mismo.

Encarando las estrategias frente a la crisis... y sus múltiples aristas

Las estrategias para reconducir el gasto sanitario hacia niveles compatibles con nuestros desocupados bolsillos son variadas, pero se resumen en: 1) reducir servicios o prestaciones; 2) mantener prestaciones y reducir su calidad o su precio; 3) mejorar la eficiencia interna: hacer más con lo mismo, dejar de hacer lo que no aporta valor y, 4) cualquier combinación de estos elementos.

Inicialmente la reducción de prestaciones debería considerarse para aquéllas de efectividad cuestionable. Esto es, dejar de hacer lo que no hubiéramos debido hacer nunca, aun antes de la crisis. Un paso posterior, más ingrato, debería abordar aquellas prestaciones efectivas pero de escaso valor o de menor valor que otras prestaciones (en relación a los recursos necesarios para prestarlas). Aquí se trata de mirar no sólo lo que hacemos, sino también lo que dejamos de hacer al emplear los recursos en una prestación (y no en otras). Se trata de elegir. Una organización que, por ejemplo, gasta 250.000 euros al año en tratar a un solo paciente con un medicamento huérfano mientras deja morir a docenas por no disponer de rehabilitación respiratoria o cardíaca debe meditar mejor sus elecciones.

Mantener prestaciones reduciendo su calidad o, sobre todo, su coste es la estrategia ya adoptada por nuestros gobiernos. Pasa por recortar salarios, reducir las plantillas en términos reales (en sus formas más simples: mantener vacantes las vacantes, restringir guardias o refuerzos, no sustituir), reducir los precios de los medicamentos o de otros insumos, reducir el precio de las contrataciones externas, etc. Teniendo en cuenta que el personal y los medicamentos suponen el 70% del gasto sanitario no parece una estrategia evitable. Aunque este recorte tiene un techo (sería mejor decir un suelo) que se ve cercano. La presión sobre los salarios del personal estatutario, más allá del recorte del 5% y la suspensión de incrementos asociados a la carrera profesional, incluye factores adicionales (incremento del IPC, de la presión fiscal

directa e indirecta, encarecimiento de las hipotecas, reducción de fuentes alternativas de ingresos como las derivadas de la investigación clínica, la docencia o los “regalos” de la industria) y difícilmente podrá aumentarse (o prolongarse en el tiempo) sin conflictos laborales. La presión sobre los precios de los medicamentos (que no sobre las cantidades dispensadas) se suma a las medidas de años previos y, aunque su impacto haya sido limitado², también parece que nos acercamos a la frontera de lo que puede soportar la industria farmacéutica.

Las propuestas para mejorar la eficiencia interna incluyen un amplio abanico de medidas para hacer más con menos o dejar de hacer lo que no aporta valor. En relación con la atención primaria se ha sugerido³ mejorar la coordinación de cuidados entre niveles asistenciales y entre profesionales del mismo nivel, mejorar la indicación de pruebas diagnósticas y tratamientos, mejorar la calidad asistencial para reducir complicaciones y efectos adversos, reducir la variabilidad, implicar a los pacientes en sus propios cuidados y otras enfocadas a evitar la utilización intensiva y las duplicidades en pruebas, visitas u otros servicios. También convendría prevenir el exceso de prevención y los excesos de medicación. España es el segundo país, tras Estados Unidos, en consumo de medicamentos y no parece que seamos los más enfermos (ni los más ricos)⁴. Muchas de estas medidas son aplicables también en la atención especializada que, adicionalmente, debería enfrentar un importante proceso de concentración y reorganización, tanto para evitar el despilfarro como para mejorar su seguridad y calidad³.

Reguladores y profesionales

En la racionalización de las prestaciones se entreveran inextricablemente dos niveles de actuación: ¿qué hacer? y ¿cuánto hacer?, encarnándose este último en el siempre peliagudo ¿a quién hacérselo? Definir la primera pregunta es tarea inexcusable de los reguladores. Para ello, necesitan contar con organismos evaluadores solventes, paneles de expertos independientes y demás alternativas tan abundantes en otros países como paupérrimas en el nuestro. No es que no exista un NICE, es que nunca hemos pensado en tener un Informe Dunning como en Holanda, una Comisión Parlamentaria sobre Prioridades Asistenciales como en Suecia o una lista explícita de prestaciones cubiertas al estilo del estado de Oregón, por citar iniciativas que otros países más ricos que nosotros emprendieron hace 15 o 20 años.

Sin duda, en los próximos meses veremos convocar paneles de expertos, comités de evaluación, grupos de trabajo, sabios diversos y *opinadores* de guardia para intentar definir algunas exclusiones en nuestra amplia cartera de servicios (exclusiones que, con menos duda aún, acabarán incorporando más excepciones que reglas). Lamentablemente, estas decisiones,

aun siendo necesarias para liberar al SNS de constricciones insensatas, no serán suficientes. No parece de recibo que las comunidades autónomas no puedan tomar sobre los suministros farmacéuticos las mismas decisiones que adoptan cotidianamente sobre prótesis, marcapasos y cosas bastante más serias que un “prazol”. Cuando 17 servicios de salud en indudables apuros económicos tienen que convivir con un Ministerio, parecería razonable que éste dedicara menos esfuerzos a impugnar las medidas racionalizadoras (en aras de una supuesta equidad entre territorios) que a aportar un marco normativo en el que quepan las diferentes propuestas.

Pero la tarea difícil, la crítica para la viabilidad del sistema, está, como siempre, en manos de sus profesionales. Es preciso reorientar los supuestos bajo los que se adoptan las decisiones sobre a quién hacer qué. También abandonar los tópicos del “más siempre es mejor”, el “más vale prevenir”, el “si es caro será porque lo vale”, “lo nuevo siempre es mejor” y el “si no quieren que lo use, que no lo autoricen”. La salud del sistema, y la de nuestros conciudadanos, se juega en el modo en que se lleve a la práctica la mejora de la eficiencia interna (en el cómo hacer más con lo mismo y en cómo dejar de hacer lo que no aporta valor). Algo que —sea cual sea el marco regulador— depende de los millones de decisiones que desconcentradamente adoptan los profesionales sanitarios en su quehacer diario. No debe olvidarse que un médico de primaria gestiona más presupuesto con sus decisiones de a quién deriva, qué pruebas pide y qué medicamentos receta que buena parte de nuestros alcaldes.

Para tener éxito en estas tareas se requiere la motivación de los profesionales y la aportación sistemática, sencilla y eficaz de la información necesaria para la toma de decisiones concretas. Y aquí tampoco hay grandes razones para el optimismo. Aun asumiendo una elevada motivación intrínseca de los sanitarios, los mecanismos de incentivación que señalicen y faciliten las actuaciones deseables son reducidos y muy defectuosos, mientras la experiencia de nuestros gestores en este tipo de gestión es, digamos, insuficiente. En cuanto al aporte de información, todavía no se ha visto un movimiento desde los organismos de coordinación sanitaria para poner en marcha cosas tan sencillas y trasladables como el repositorio “*do not do recommendations*” (recomendaciones de no hacer) del NICE⁵ o su simétrico “recordatorio de recomendaciones de práctica óptima”. Sin herramientas fiables que ayuden a disminuir la incertidumbre y a mejorar la toma de decisiones clínicas, no es razonable esperar comportamientos acordes con las necesidades no exactamente coyunturales del sistema.

Recortes y recortadores

Cunde ya la preocupación por los recortes, pero lo preocupante es si el SNS será capaz de adoptar estrategias más in-

teligentes que las empleadas en anteriores períodos de desinversión o las que históricamente se han mostrado fútiles³. No parece fácil. Nuestros recortadores creen que pueden seguir igual y esperar a que escampe. Pasar cerca de los cuernos del toro pero engañarlo al final con un elegante quiebro. Seguir igual, más de lo mismo, es continuar obviando la evaluación de costes, de impacto presupuestario y coste-efectividad de los nuevos equipamientos, medicamentos, tecnologías y programas; es seguir discutiendo sobre el copago en abstracto y no de cada posible aplicación concreta (¿qué prestaciones?, ¿a quién?, ¿cómo?, ¿cuánto?); es ignorar que la calidad de la sanidad depende de la proximidad de sus profesionales a los mejores modos de práctica y que sin su implicación efectiva en la aplicación de las estrategias que se adopten, el desistimiento social será vertiginoso.

El SNS es una organización valiosa que actualmente enfrenta una crisis de sostenibilidad⁶. Y esta crisis promete ser la más larga y duradera de su historia. Es en las decisiones actuales donde se dirimirá si estamos ante una catástrofe sin paliativos o, también, una oportunidad (dura, pero oportuna) para afrontar los cambios eternamente aplazados: em-

pezar lo que siempre pospusimos, dejar de hacer lo que nunca debimos emprender, discriminar lo esencial de lo accesorio, lo valioso de lo superfluo, lo clientelar de lo necesario y, algo especialmente difícil, el bienestar público del bienestar de quienes –desde cualquier nivel– trabajamos para el sector público.

Bibliografía

1. Peiró S, Meneu R. Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2011;43:115-6.
2. Moreno-Torres I, Puig-Junoy J, Raya JM. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. *Eur J Health Econ*. 1 Sept 2010. Pendiente de publicación.
3. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2011;25:95-105.
4. Serrano A. Hay que copiar a los países con una AP fuerte. Entrevista a Vicente Ortún. *Diario Médico*. 17 Jun 2011; p. 14.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence [Internet]. NICE 'do not do' recommendations. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/index.jsp>
6. Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit*. 2010;24:254-8.