



Hace unos meses, tras las elecciones andaluzas, publicamos un post titulado "[4 temas de salud para un nuevo gobierno en Andalucía](#)", donde resaltábamos la importancia de afrontar los siguientes cuatro retos:

- Integración del abordaje de los determinantes sociales de salud dentro de una perspectiva amplia de salud en todas las políticas.
- Afrontamiento de los focos epidemiológicos de exceso de morbimortalidad en Huelva y Cádiz, sin caer en eslóganes de inferencia causal y contando con actores fundamentales como los reseñados por la Sociedad Española de Epidemiología en su informe sobre la situación epidemiológica en el Campo de Gibraltar.
- Incrementar una financiación que de forma repetida se colocaba a la cola de gasto sanitario por habitante en nuestro país y que no permitía que se abordaran importantes reformas que precisaban de músculo económico.
- Reconciliarse con unos profesionales que habían acabado por normalizar la precarización laboral y que habían colocado a las administraciones públicas como un enemigo más que como un empleador preocupado por sus condiciones de trabajo. El gerencialismo introducido para mejorar la gestión había convertido al empleador público en patrón y había desligado a los trabajadores de la gestión de su propio trabajo.

Ahora, en el día en el que se conocerán unos resultados electorales que probablemente no nos digan quién va a gobernar de forma inmediata, aprovechamos para esbozar muy brevemente los que creemos que serán 4 de los temas fundamentales para el nuevo gobierno en materia de salud (aunque podríamos decir 40 temas y nos seguirían quedando algunos fuera).

### *1. La cobertura sanitaria universal.*

Tras el gobierno del Partido Popular en la última legislatura y su [aprobación del RD 16/2012](#) se colocó la cobertura sanitaria en el centro de los problemas de nuestro sistema. Pasamos de un sistema que caminaba hacia la universalización real a otro sistema que se alejaba de ésta.

La [universalización de la cobertura sanitaria](#) es uno de los puntos centrales para los próximos años dentro de la agenda sanitaria internacional, y son tres los aspectos que deberán afrontarse a este respecto en los próximos años:

- [¿Universal para quién?](#): mantener colectivos excluidos de nuestro sistema sanitario es injusto y además ineficiente (como nos recuerda la evidencia cada vez que alguien se pone a estudiar esto). Es preciso recuperar la senda de la expansión de la cobertura y hacerlo de la mano con los colectivos que van a ser incluidos en esta cobertura, para que cosas como el empadronamiento u otros documentos acreditativos del acceso al derecho de cobertura no sean barreras sino puertas abiertas.
- [¿Universal sobre qué?](#): la sanidad no es sino una parte de lo que determina nuestra salud, por lo que si buscamos una universalizar la cobertura en salud tenemos que [ir más allá de la cobertura sanitaria universal](#). Llevar la universalidad real a aspectos como los suministros energéticos, el acceso a zonas verdes o instalaciones deportivas, así como el acceso a la educación es trabajar por universalidad la cobertura en salud.
- [¿Universal también "por arriba"?](#): uno de los aspectos clave en la destrucción de la universalidad es conseguir que nunca sea real y que las personas que más aportan (o deberían aportar -impositivamente-) no vean ningún valor en seguir dentro del sistema; es por ello que la universalidad también se rompió "por arriba", sacando de la misma a aquellas personas con rentas mayores a 100.000 euros anuales que no procedieran de rentas del trabajo y es por ello que tenemos un sistema de varias velocidades en el cual las élites funcionariales (funcionariado del estado, judicatura) y de construcción del discurso (periodistas afiliados a la Asociación de la Prensa de Madrid) gozan de la posibilidad de escoger una mutua privada pagada por fondos públicos como alternativa al sistema común (que es el que, además, ha mostrado mejores resultados en salud, mayor eficiencia, etc). Esto se complementa con la medida de última hora del gobierno del PP (apoyada por CiU y con tibieza en el posicionamiento por parte de Ciudadanos) de [impulsar la desgravación fiscal de los seguros sanitarios privados](#), medida regresiva y que supone una agresión contra el sistema público de salud, como reseña la OCDE en su informe recientemente publicado "[Fiscal sustainability of Health Systems](#)".

### 2. Dejar de ser un "Ministerio de Sanidad".

La sanidad tiene un valor importante en la salud de la población, y dentro de las políticas públicas tiene un papel fundamental por la complejidad de su gestión y su capacidad para absorber recursos de todo tipo. Sin embargo, una sanidad que no esté al servicio de una estructura superior (a la que podremos denominar "Salud Pública") no maximizará nunca sus posibilidades y, además, tendrá mucho más difícil garantizar la sostenibilidad del sistema.

Ahora mismo tenemos una estructura sanitaria en la cual el hospital centra la mayor parte de la financiación, los esfuerzos de gestión y el protagonismo político-mediático, la atención primaria es el actor secundario de un sistema que la llena de alabanzas pero no le da lo necesario para subsistir y, por último, unos servicios de salud pública de cuya financiación sólo nos acordamos en momentos de excepción (gripe A, ébola,...), condenándolos a la infrafinanciación y al estrangulamiento funcional.

Darle la vuelta a esta pirámide y convertir al sistema sanitario en un activo en salud (huyendo del "sistema nacional de enfermedad" en el que actualmente nos desenvolvemos) es uno de los retos. Sino, dentro de 4 años habrá cambiado muy poco el panorama de retos y dificultades que se dibuja actualmente.

### 3. Abrir puertas y ventanas.

El gobierno actual ha sido capaz de llegar a acuerdos importantes con la industria farmacéutica y, sin embargo, le ha costado una infinidad llegar a acuerdos con movimientos sociales y colectivos profesionales.

El ministerio de sanidad actual es una institución que interacciona de forma más cómoda con otras instituciones con poder financiero que con las personas que son realmente las titulares de su poder: la población a la que sirve y que lo legitima.

Abrir puertas y ventanas de información para que no solo se liberen datos precocinados sino también datos para que la población desborde al propio ministerio en la generación de información.

Generar cauces para que la participación real de la población brote de abajo y vaya impregnando los diferentes lugares de toma de decisiones. No molestar ni impedir el desarrollo de espacios de participación que crecen al margen de las instituciones y que generalmente tienen mucha mayor capacidad que éstas para generar cambio. Y por último, no apropiarse del lenguaje propio de los procesos participativos, como suelen hacer las instituciones... Ya no valen políticas verticales diseñadas desde despachos despegados de la realidad; las políticas deberán co-construirse dentro y fuera de las instituciones para que posteriormente estas puedan desempeñar su función.

#### 4. ¿Y las innovaciones qué?

Los problemas en la financiación y acceso de los nuevos antivirales de acción directa frente a la hepatitis C han inaugurado en la prensa un problema que hace tiempo que ya estaba en los círculos de discusión de la política farmacéutica.

Veníamos de un escenario en el que se aprobaban muchos medicamentos de precios moderados y sin aportar apenas ningún valor añadido y ahora nos encontramos con un escenario de medicamentos con precios disparatados (e inasumibles por un sistema sanitario) que aparentemente aportan cambios importantes en materia de efectividad (y tal vez en aspectos de seguridad) y que son moderadamente coste-efectivos pero suponen un impacto presupuestario muy importante.

El reto a este respecto se encuentra en la moderada capacidad de los gobiernos de establecer políticas a nivel nacional y autonómico para gestionar esta situación, dado que todo se basa en un modelo de innovación global claramente defectuoso. La situación la ha dibujado perfectamente la [plataforma noessano](#) y las alternativas van poniéndose en la mesa de los organismos supranacionales, desde políticas de desligamiento de la I+D y la comercialización (*delinkage*) hasta iniciativas basadas en la creación de fondos de patentes o políticas push-pull-pool.

Introducir prestaciones, hacerlo de forma sostenible y, sobre todo, lograr que las innovaciones lleguen a la población de forma equitativa es uno de los retos más complicados para los próximos gobiernos por los diferentes niveles políticos y jurídicos implicados en esta tarea.

*esto y mucho más...*

Estos son solo 4 puntos esbozados brevemente. Acercar la financiación a las necesidades, rendir cuentas ante la población, profesionalizar la gestión de los servicios de salud, poner las desigualdades sociales en el centro, afrontar el cambio organizativo que supone la centralidad de los cuidados frente a la centralidad de los tratamientos,...

mil y una cosas más que deberán conjugarse con la equidad como valor transversal y la eficiencia y participación como patas auxiliares.

Y en 4 años veremos como vamos...

Etiquetas:

[política sanitaria](#), [sanidad universal](#)