

## El Sistema Nacional de Salud: ¿un enfermo crónico?

La crisis financiera y económica de la economía mundial han puesto de relieve las deficiencias del Sistema Nacional de Salud. Esto es, la sanidad pública española adolece de peligrosas lagunas mucho antes del último año, al menos según algunos de los especialistas invitados a debatir sobre ello por Sanitaria 2000, grupo editor de Revista Médica. Casi todos coinciden en que los profesionales, amén de los pacientes, son los primeros perjudicados por el aumento de las visitas al médico, el envejecimiento de la población o la burocracia, elementos que no por casualidad se han hecho más incisivos a raíz de la crisis. Las dudas sobre si la estructura sanitaria quebrará a largo plazo suscitan las llamadas a un gran Pacto por la Sanidad que debe liderar el Ministerio de Sanidad para eludir, en lo posible, la amalgama administrativa en que se convierte, en ocasiones, el reparto de competencias entre las diecisiete autonomías.



Texto: Javier Barbado. Fotografías y vídeo: Miguel Ángel Escobar y Diego S. Villasante.

**Carmen Aguirre Colongues, directora general de Recursos Humanos del Gobierno de Canarias.** Nos parece muy pertinente abordar este asunto. La financiación del sistema sanitario es un legado heredado por las comunidades autónomas en las últimas décadas. Existen varias leyes relevantes aprobadas en ese período, como la Loscam, la Ley de Cohesión o el Estatuto Marco. Con todo, los buenos resultados clínicos de la Medicina –a la altura de los países más avanzados– y el envejecimiento debido al aumento de la esperanza de vida (1,3 años superior al promedio de Europa), han llevado a la paradoja de que el sistema no tenga garantizada la sostenibilidad.

Però esto no viene de la crisis: viene de atrás. No se han hecho reformas estructurales del sistema. Debía haberlo hecho el Ministerio (hay una propuesta de un Pacto por la Sanidad, y existe un documento rubricado por todas las comunidades que no guarda visos de salir adelante).

A corto plazo, la situación financiera del sistema es muy complicada. Para este año, las autonomías van a sobrepasar el 10-25 por ciento de su presupuesto, y ello en un contexto de una disminución drástica de la recaudación tributaria. Pero ya acumulábamos un gran déficit antes de la situación de crisis (de un 11 por ciento del total de los presupuestos en 2007, por ejemplo). En la comunidad canaria, en 2010 la partida presupuestaria tiene un peso de un 38,28 por ciento del total de los presupuestos. Esto da a pie a preocuparse por el aumento de la población. Esta comunidad es la tercera en crecimiento de todo el país (21 por ciento), a lo que hay que añadir 12 millones de turistas al año, el envejecimiento de la población o la necesidad de incorporar nuevas tecnologías.



Alberto García Romero, Pedro Conthe, Carmen Aguirre Colongues y Javier López de la Morena, posan en el estudio de Sanitaria 2000 una vez concluido el debate.

### “Los buenos resultados clínicos y el aumento de esperanza de vida han llevado a la paradoja de que el sistema no tenga garantizada su sostenibilidad”

Sólo la sanidad pública, representa un 5,4 por ciento del producto interior bruto (PIB) (4,8 por ciento en 2002 y una previsión del 8,7 por ciento en 2020). A estos datos se suma el hecho de que, en diez años, va a crecer la demanda de servicios sanitarios. Para entonces, seis de cada diez enfermos padecerán enfermedades crónicas, y sólo ellos generarán el 70 por ciento del gasto sanitario.

Por tanto, los pacientes deben adquirir mayor conciencia sobre el sistema de salud y sobre su uso; también es necesario que los profesionales sean los catalizadores del cambio y, en tercer lugar, los gestores deben mantener transparentes las cuentas de resultados e implicar a los trabajadores en el control del gasto.

¿Qué medidas podrían contrarrestar estos problemas? Hay mucho escrito sobre ello, pero propondré tres de carácter general: gestionar de forma activa la demanda; optimizar la oferta de calidad y coste; y dotarse de un modelo de financiación sostenible. Sabemos que el cambio cuesta, que ha de ser estructural y que requiere concienciar a pacientes y profesionales. Pero también hay que desterrar la visión cortoplacista de los políticos a la hora de tomar las decisiones.

**Alberto García Romero, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.** La crisis económica es indudable, pero a veces da la sensación de que solamente la farmacia tiene la culpa, como si no se le hubiesen dado ya suficientes “vueltas de tuerca” al sector. En todo caso, la repercusión de la crisis en éste puede definirse en dos problemas: contención de los precios de los medicamentos e insuficiencia de los presupuestos para las prestaciones farmacéuticas y, en segundo lugar, la demora en el pago de los mismos. También hay que mencionar el desplazamiento de la demanda de la sanidad privada a la pública. Si antes el nivel de frecuentación del ciudadano a la oficina de farmacia para comprar un medicamento por su cuenta era escasa, ahora ha disminuido muchísimo.



Los invitados a hablar sobre la crisis y su influencia en la sanidad posan antes de comenzar el debate.

En cuanto a las dificultades y deficiencias de la financiación sanitaria de las comunidades autónomas, y la política de contención del gasto farmacéutico por parte de las administraciones, tanto central como autonómica, ha habido momentos de prosperidad económica en que han ajustado tanto los márgenes, que, claro, ahora ese margen casi no existe.

Por otra parte, es bien sabido que, en épocas de crisis, la frecuentación de los centros de salud y de farmacia es mayor. En Madrid, el crecimiento del presupuesto está aproximadamente en un cinco por ciento. En 2009 se presupuestó un 3,4 por ciento. Pero es que, para el año que viene, hay previsto un crecimiento negativo del 1,2 por ciento. Además, estos presupuestos hacen que se agote el dinero antes de que concluya el año, por lo que las demoras en los pagos de los productos farmacéuticos carecen de ese colchón. Cuando la farmacia no recibe dinero, no paga al proveedor y también se ve afectada la distribución. Para la Comunidad de Madrid –insisto– hay previsto un déficit de 200 millones de euros. Otro problema es que, a partir de 143 euros, en las farmacias sólo cobramos 38,37 euros de margen fijo. Eso, unido al recargo de equivalencia (del 0,5) hace que, al final, no sea rentable la venta de los medicamentos más caros, ya que hay que financiar el proceso desde que compramos el medicamento hasta que la Consejería nos paga (en una media de 60 días).

En cuanto a la política de precios de referencia consideramos que está bien: preferimos cobrar menos que dejar de cobrar. Pero también deberá tener un límite. Es muy difícil sostener los gastos generales de una farmacia con ese tipo de márgenes. Respecto a la política de deducciones, ha habido bajadas del 27,9 al 25,9, amén de la merma para la farmacia, en el mismo sentido, por parte de las entidades aseguradoras. Otro problema es la burocracia excesiva en la farmacia (cada vez tiene más recetas; aquí en Madrid ha habido un aumento de un millón de ciudadanos en los últimos diez años; de ahí que se reciban más recetas) y, por último y como ya he dicho, la caída de la venta libre.

**Javier López de la Morena, coordinador general de la Federación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid.** Creo que debe

### “La política de precios de referencia está bien: preferimos cobrar menos que dejar de cobrar.”

hacerse un análisis desde dos puntos de vista: el de los pacientes y el de los profesionales. Por mi experiencia tal vez me fije sólo en el caso de Madrid, pero creo que la situación aquí puede extrapolarse al resto del país. Pienso que se está utilizando en exceso el sistema sanitario en el discurso político, y a menudo en aras a defender el sacrosanto derecho de los contribuyentes a su disfrute. En todo caso, no cabe duda de que va a haber un crecimiento exponencial del gasto sanitario con medidas como la implantación, en Madrid, de un área sanitaria única.

En lo que se refiere a los profesionales, el aumento del gasto sanitario guarda una nefasta influencia. Los médicos arrastran una desmotivación constante; lo mismo es aplicable a los profesionales sanitarios con titulación superior, a quienes hago referencia porque los represento en el sindicato. Sin duda, el profesional está falto de ilusión en una carrera, la de Medicina, en la que lo esencial reside en la motivación. Por otro lado, el médico ha dejado de ser el controlador del gasto sanitario. La “Medicina defensiva” le ha llevado al extremo contrario. Puede citarse Madrid, además, por los casos de abandono de la sanidad pública por las mejores condiciones del sector privado (o incluso la migración a los servicios de salud regionales de otras comunidades en el caso de los pediatras). Es un hecho que se están limitando las concesiones logradas por el colectivo médico, por ejemplo en lo que se refiere a la carrera profesional, el cobro de la productividad variable o la movilidad interna del sistema. En este sentido es verdad que hace falta llenar de médicos los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid. Pero se está haciendo sin seguir un criterio uniforme: habría que instaurar procesos selectivos serios.

**Pedro Conthe, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).** Por mi parte no soy un experto en economía sanitaria, pero puedo aportar la visión de un clínico que lleva más de treinta años de ejercicio, como representante a cerca de 5.000 internistas como presidente de la SEMI.

Creo que, en este asunto, ha sucedido lo que resume la máxima de un político alemán: “Más de todo, para todos”. Eso en la sanidad ya no es posible, y los clínicos nos caracterizamos por hablar con mayor claridad que la que les está permitida a los políticos o a los gestores a su servicio. Hay un mal uso de la asistencia sanitaria (los españoles visitan al médico un 40 por ciento más que la media europea); hay descoordinación entre niveles asistenciales y –en esto quiero hacer especial énfasis– derivación inadecuada desde Primaria o servicios de atención domiciliaria hacia los hospitales.

Sin duda es posible gestionar mejor los recursos. Por ejemplo, se peca de “revisonismo” del paciente o de ingresos innecesarios (se calcula que más del 40 por ciento de los ingresos podría evitarse). Debería dotarse a los equipos de Atención Primaria de mayor autonomía de gestión... Tampoco deben olvidarse el liderazgo del médico y su desmotivación: con demasiada frecuencia prima el amiguismo respecto a la eficiencia a la hora de valorar al profesional, y eso resulta muy nocivo para el sistema sanitario, en especial para los más jóvenes. Por último, no debe olvidarse la integración del paciente en el sistema de salud.

**Carmen Aguirre Colongues.** Hemos tratado de escuchar a los médicos por medio de los sindicatos, como Cemsatse. Se puede mejorar mucho la estructura del sistema. Lo que sucede es que no se ha hecho una revisión del mismo. Por ejemplo, parece que los jefes de Servicio han perdido poder decisorio, se hacen demasiadas pruebas, se frecuenta demasiado al médico... En cualquiera de los casos la reforma ha de partir de todos y dejando a un lado la política.

**Alberto García Romero.** Tal vez los sueldos de los médicos han permitido que el sistema se sostenga durante el pasado, y ahora quieren recortar de los farmacéuticos.

**Javier López de la Morena.** En parte tiene razón. La crisis, de todos modos, se concentra en el modelo hospitalario. Y es ahí donde,

### “Hay que llenar de médicos los nuevos hospitales de Madrid, pero con un criterio selectivo serio y no sólo para cubrir la demanda.”

desde luego, no ha habido mejoras en el sistema: el médico en formación hospitalario ya empieza a ser un “médico quemado”, por no hablar de la reducción de su categoría a la de algo así como un “técnico medio” con el Plan de Bolonia... No cabe duda de que las amistades y los compromisos políticos condicionan las jefaturas de Servicio, como se ha dicho, lo que reduce en que, al final, sean candidatos mediocre los que ocupan esos cargos. En ese contexto tienen lugar las “consultas rápidas” en las que se prescribe un gran número de recetas, y eso aumenta el gasto sanitario. Creo que existe la necesidad de una reforma de gran calado.

**Ricardo López, director de Sanitaria 2000.** Se ha hablado de mayor autogestión de los profesionales, tal vez en alusión a las intenciones del consejero de Salud vasco, Rafael Bengoa.

**Pedro Conthe.** Si. En general creo que tanto el triunfalismo como el catastrofismo acerca de cómo funciona el Sistema Nacional de Salud son nocivos. Existe el cliché de que el sistema es bueno per se. No es así. Basta con enumerar la formación, el grado e incluso el posgrado (por ejemplo, los estudiantes se están convirtiendo en “acertadores de preguntas” más que en médicos). Haría falta un sistema de reevaluación o recertificación del profesional de la Medicina, tal vez con ayuda de las sociedades científicas; una modernización de la estructura organizativa y una mejora de la incentivar: todo ello son deficiencias del sistema no resueltas.

Tampoco está de más insistir en la excesiva realización de pruebas innecesarias, más incluso en la sanidad privada, donde se carece de un informe clínico integrador. De hecho se está promoviendo ahora la conformación de un informe de alta que integre los datos clínicos e informativos completos del paciente. Tampoco debe olvidarse el papel de las enfermeras: debería dotárselas de poder de mando en los cuidados poshospitalización... O asuntos como la ausencia en los jóvenes de una visión humanística de la Medicina... En definitiva hay un amplio margen de mejora del sistema.

**Ricardo López.** En muchas ocasiones se han planteado medidas como el copago, la financiación extra del sistema por parte de los ciudadanos o la penalización del exceso de visitas médicas, para tratar de contener el gasto sanitario. ¿Ven el copago como una medida útil y necesaria?

**Carmen Aguirre Colongues.** Acaba de hacerse público un informe que, en efecto, aconseja alguna fórmula de copago para garantizar la sostenibilidad del sistema (en alusión al informe McKinsey). Pero yo creo que hay que empezar por gestionar mejor el sistema (reducir el exceso de pruebas y de visitas, etc.). Lo cierto es que, en la sanidad, cuanto más se da de un servicio, más de se demanda. Tal vez hay demasiados programas y revisiones, sin desmerecer por ello el mérito de los avances en prevención de la enfermedad.

**Alberto García Romero.** El copago no es la panacea ante el problema, desde luego, pero sí puede ayudar en el contexto de otras medidas de corte más general. Respecto a lo que se ha comentado de la comunicación entre niveles asistenciales, si ya hay trabas en la comunicación entre los profesionales de Atención Primaria y los que trabajan en los hospitales, imagínese cuál es la situación del farmacéutico. Además, la prescripción se queda a veces en algo testimonial por parte del médico, porque, en muchas comunidades, la norma obliga a dispensar el medicamento más barato. Reclamamos mayor diálogo, pues, con otros profesionales, en especial los de la Atención Primaria. Creo que se hacen muchas cosas sin contar con los profesionales.

**Javier López de la Morena.** La Atención Primaria es una parte de sistema sensible y que permanece aislada del resto. Los médicos del primer nivel echan de menos reuniones y actividades que sí disfrutan los especialistas hospitalarios. En conversaciones con la Consejería (en alusión a la Consejería de Sanidad de Madrid) se nos ha llegado a decir que, en la Atención Primaria, no debería haber listas de espera, sino que habría que atender sin más la demanda existente... Tampoco entendieron, por ejemplo, nuestro reclamo de mejorar la educación sanitaria de los médicos.

### “Con demasiada frecuencia prima el amiguismo frente a la eficiencia a la hora de valorar al profesional.”

**Pedro Conthe.** Creo que los médicos verían el copago como una medida que, como mínimo, serviría para concienciar y patibilizar sobre el problema del gasto. Claro está que habría que tener especial cuidado para que no se obstruyera la atención de patologías crónicas, por ejemplo. Insisto en que hay que tratar de situar a los pacientes en el entorno socioasistencial de la manera más adecuada. Y organizar la Atención Primaria y geriátrica: muchos pacientes no deberían ser derivados a las unidades de agudos de los hospitales.

**Ricardo López.** Ayer (por el miércoles 25 de noviembre), el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Juan José Güemes, declaró en un desayuno informativo que se va a disminuir el gasto farmacéutico para atajar la crisis. ¿Qué opinión os merece?

**Javier López de la Morena.** Es una medida más de cara al exterior que de carácter útil o funcional. Debe lanzarse el mensaje de que se puede contener y bajar el gasto. Por ejemplo, Pedro ha mencionado algo muy interesante: la hospitalización domiciliaria. Es una forma de ahorrar costes y tal vez deberíamos ahondar por ahí...

**Alberto García Romero.** Respecto a las palabras del consejero, se deduce de ellas que casi todo el gasto (si no todo) es responsabilidad de las oficinas de farmacia. Pero, ¿y el gasto en este campo en los hospitales? Tal vez convendría hacer una revisión de los protocolos hospitalarios en este sentido para recortar gastos.

**Ricardo López.** Desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, tal vez se han desviado fondos para cubrir esta demanda. ¿Puede eso afectar a la partida destinada al estricto ámbito sanitario?

**Pedro Conthe.** Como clínico no conozco la aplicación de esa ley: creo que es una entelequia.

**Javier López de la Morena.** Estoy de acuerdo. Pero no se debe mezclar en su análisis, es decir, no va la sanidad por un lado y la dependencia por otro. El análisis debe ser del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, y éste, desde luego, tiene mucho que ver con lo social. La cuestión es si se retiene la voluntad política necesaria para llevar a cabo un gran Pacto por la Sanidad, porque lo cierto es que no existe, hoy, un modelo común de política, sino diecisiete.

**Carmen Aguirre Colongues.** En Canarias, hace poco firmamos convenios con los cabildos (la equivalencia a las diputaciones en la Península) para crear centros socioasistenciales. Pero no hay sanidad y, aparte, servicios sociales: es un totum revolutum. La Ley de Dependencia no es que no exista, sino que está empezando: se ha puesto en marcha, pero de una manera todavía incipiente.

**Ricardo López.** No sé qué opiniones suscita la oferta de servicios en la sanidad. ¿Hay comunidades que no ofertan lo que se demanda o se necesita?

**Alberto García Romero.** El problema pasa porque no hay un consenso de mínimos entre las comunidades. Es verdad que hay diecisiete modelos, por ejemplo de receta electrónica.

**Carmen Aguirre Colongues.** Es el Ministerio el que debió liderar hace años las fórmulas de coordinación. Debería haber normas regulatorias, leyes-constituirse y de homogeneidad de criterios, por ejemplo en asuntos como la carrera profesional o las retribuciones. En esto debería establecerse un observatorio para que sea igual en todo el país.

**Javier López de la Morena.** Los sistemas federales mantienen normas reguladoras por medio de comités (lo que aquí debería hacer el Consejo Interterritorial). Aquí todo conduce a un sistema políticamente incorrecto, caótico y, en consecuencia, insostenible.

**Carmen Aguirre Colongues.** No creo que sea caótico, pero sí falto de una cohesión general que debería ejercer el Ministerio. Ganaríamos todos si se descartara la parte política y se atendiera en exclusiva a cómo resolver la demanda asistencial.

**Ricardo López.** No se ha hablado del papel de la sanidad privada. ¿Qué valoraciones podéis aportar?

**Pedro Conthe.** Soy un gran defensor de la sanidad pública, pero eso no significa que no reconozca la importancia de la privada. En la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna) incluso hemos creado un grupo de trabajo de gestión de la sanidad privada. Pero lo cierto es que ésta crece a veces de una visión integradora de la Medicina, propia del médico generalista. Creo que se basa más en la técnica innovadora que en la asistencia. Incluso tengo la sensación de que, en ocasiones, los seguros privados parecen estar más dirigidos a personas sanas.

**Carmen Aguirre Colongues.** Pero la población privada –y tal vez no se ha sabido transmitir otra cosa– que la privada ofrece servicios públicos por medio de conciertos con el Sistema Nacional de Salud. Además la privada guarda mala prensa entre el público: el paciente prefiere la pública. Y tal vez es por esa razón: no toma conciencia de que, en realidad, puede tratarse de un servicio público concertado.

**Javier López de la Morena.** El sector hospitalario ha mejorado paulatinamente, en parte por la transferencia de profesionales de la pública a la privada. Pero se sigue prefiriendo la primera para el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, hematológicas... para las que, se cree, no hay medios o prestigio suficientes en el ámbito privado.

Por otra parte, como médicos estamos de acuerdo con cualquiera de los nuevos modelos de gestión (en la Comunidad de Madrid se han creado varios) siempre y cuando se cumpla el axioma básico: la excelencia de la Medicina. La cuestión es que no puede tirarse por la borda la sanidad pública, que ha sido y es el eje histórico de la profesión en España.

**Pedro Conthe.** La mejor Medicina es la palabra escuchada y dicha. Y hoy tendemos a no prestigiar la relación médico-paciente, la humanización de la Medicina. Las cosas importantes suelen no estar a la vista. Un elemento nuevo del que la sociedad no es consciente y del que no se ha hablado es el de la informática y las nuevas tecnologías. A veces el enfermo se siente desplazado por la atención al ordenador del médico, y eso podría resolverse de una manera tan sencilla como girarlo a la vista del paciente, hacerle participe e impedir poner más dificultades todavía a la relación médico-enfermo.

## RONDA DE CONCLUSIONES

**Pedro Conthe.** Cuatro líneas de trabajo: 1) existe un amplio margen de gestión eficaz de los recursos disponibles en el sistema sanitario; 2) todo en el nivel de la Atención Primaria, con estructuras más modernas y acuerdos más permanentes; 3) sensatez y ética de la eficiencia en el uso responsable de los recursos; y 4) invertir en la salud del paciente: no tender a medicalizarle en exceso y hacerle participe del sistema (aquí puede contemplarse la opción del copago).

**Javier López de la Morena.** En primer lugar, debe haber decisión para instaurar un modelo nacional sanitario cohesionado. En segundo, se debe incidir en la gestión clínica con la participación de los profesionales; tal vez debería crearse un organismo para que pudieran expresar sus inquietudes los verdaderos protagonistas del gasto sanitario. En tercer lugar, debería haber coherencia en las medidas (por ejemplo, hay descoordinación a la hora de implantar avances informáticos como la receta electrónica); y, por último, se ha de contar siempre con la opinión y el respaldo de los profesionales.

**Alberto García Romero.** Simplemente creo que todos los profesionales somos necesarios, y la farmacia no debería ser vista sólo como un centro de gasto.

**Carmen Aguirre Colongues.** Para concluir volveré a citar algunos aspectos fundamentales: gestionar de forma más activa la demanda, invertir más en prevención, gestionar más activamente las prestaciones sanitarias, fomentar el consumo responsable de servicios sanitarios, sistemas de incentivar y condiciones laborales de los profesionales y, en fin, asegurar un sistema de financiación sostenible.



De izq. a dcha.: Alberto García Romero, Carmen Aguirre Colongues, Ricardo López (director de Sanitaria 2000), Javier López de la Morena y Pedro Conthe, durante el debate.