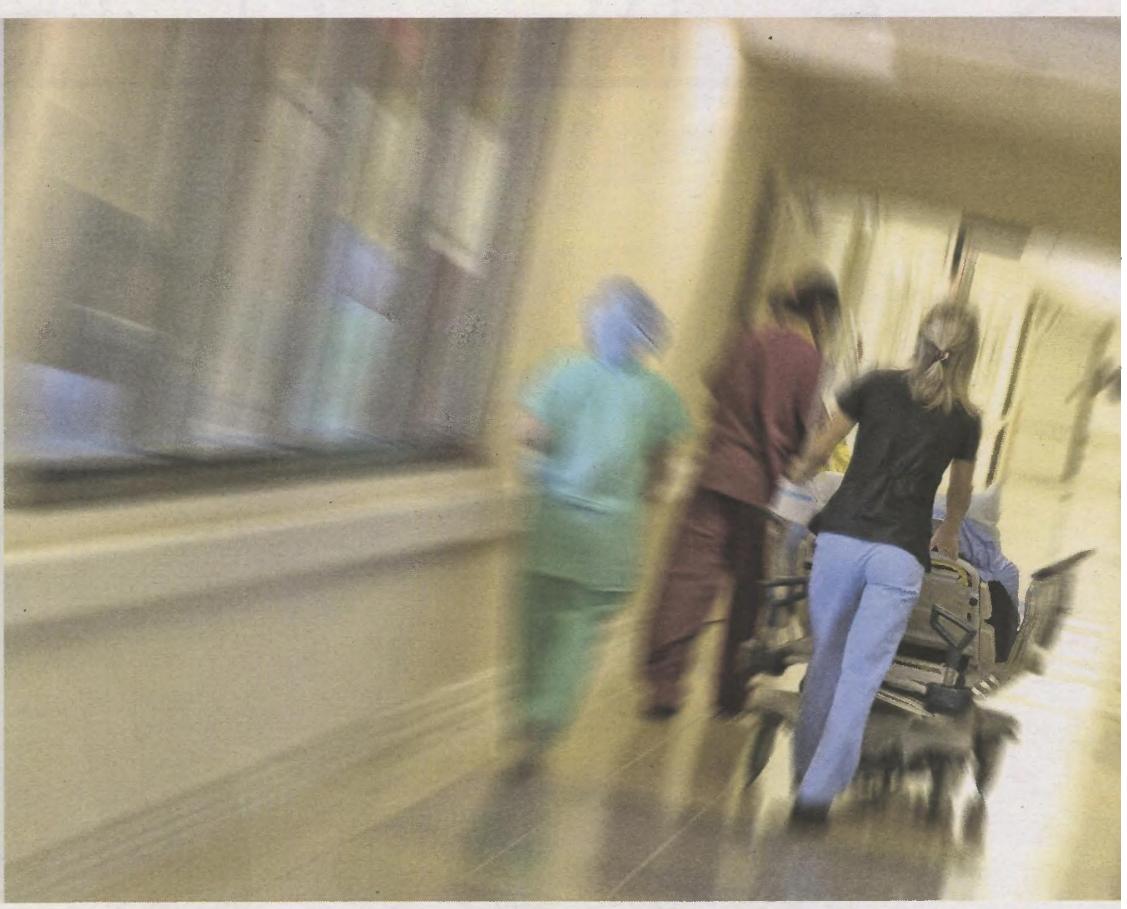




**MÉDICOS**

En 2009, había una media de tres médicos por cada 1.000 personas en los países de la OCDE, como recoge el informe 'Health at a glance' publicado en 2011. En España, la proporción es superior, con 3,5 médicos por cada 1.000 pacientes. En cuanto a su sueldo, un médico español cobra un salario 1,9 veces superior al salario medio. En Alemania, por ejemplo, un profesional sanitario cobra 3,7 veces el salario medio. / JCPJR.



**RADIOGRAFÍA**

**Ahorrar sin que sufra el paciente**

Con una deuda de 15.000 millones de euros y una larga lista de ineficiencias, el Sistema Nacional de Salud ya no es sostenible y necesita una profunda remodelación para sobrevivir

**MÁRIA CRESPO**  
 Los pilares de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) son fuertes. En primer lugar, la salud es el principal actor de la innovación en España –la inversión en I+D+i de la industria farmacéutica superó en 2010 los 1.000 millones de euros, según Farmaindustria–. Teniendo en cuenta que las partidas sanitarias son las más elevadas en los presupuestos estatales y autonómicos, puede afirmarse que la salud además genera riqueza. Por último, el SNS, uno de los más eficaces de Europa, es referencia mundial en donación de órganos y se apoya sobre unos excelentes profesionales.

La salud es, pues, un bien estratégico del país y un indicador de nuestro desarrollo económico.

Pero la Sanidad acumula hoy una deuda de más de 15.000 millones de euros. Son tantas las fracturas que el edificio amenaza con derrumbarse.

Aglomeraciones en urgencias, tecnologías infrautilizadas, escasez de especialistas, duplicidades innecesarias generadas por la descentralización, costes de mantenimiento inabordable, facultades de Medicina incapaces de contar con el personal docente necesario, puestos de gestión ocupados por políticos... La lista es abrumadora.

Ante este complicado panorama, la sociedad española se enfrenta a un enorme desafío: garantizar la supervivencia de un sistema que ya no es sostenible. El reto consiste en asegurar la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes, y, en el caso español, garantizar además la

cohesión entre los servicios autonómicos de salud.

Ignacio Para es coordinador del libro *Ideas para la reforma sanitaria* (editado por la Fundación Bamberg en enero de 2012), que recoge las conclusiones del *Modelo de futuro de gestión de la salud*, un documento en el que 100 expertos de diferentes instituciones públicas y privadas establecieron las claves para una reforma del SNS.

Para, también vicepresidente de la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud, afirma que «el copago no es recomendable ni resuelve la financiación del sistema sanitario». Al contrario, defiende que es necesario «reformar un sistema sanitario anclado en el pasado».

Una de las urgencias es reformar las normas que rigen en la ac-

titud, de más de 25 años de antigüedad. A pesar de que se repita que tenemos un modelo universal de asistencia, no es cierto.

En nuestro sistema, la asistencia sanitaria está directamente vinculada a la Seguridad Social y se configura como una «prestación de extensión universal y no contributiva» según la Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril. Dicha ley garantiza las prestaciones «en condiciones de igualdad efectiva».

Sin embargo, un parado de larga duración no puede ser atendido en un Centro de Salud, a no ser que vaya por urgencias. «Es una paradoja: cuando más protección necesita, se la quitan», afirma Para. Si un no cotizante o un parado al que se le ha acabado el subsidio acude al Instituto Nacional de la Seguridad Social a que le entreguen la tarjeta sanitaria europea,

no se la dan. Y esto, en un país con más de 5,2 millones de parados, es un problema.

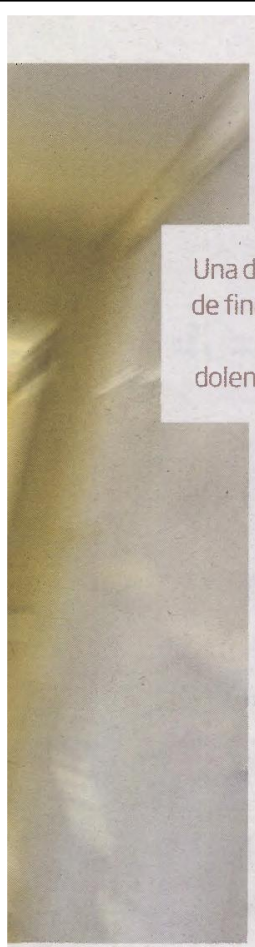
Existen, además, numerosas ineficiencias. Por ejemplo, la descoordinación entre los niveles asistenciales y la falta de integración con la sanidad privada generan visitas motivadas por cuestiones administrativas que ocupan mucho tiempo clínico útil.

También se debería reducir la frecuencia de asistencia a enfermos crónicos y favorecer su autonomía. No en vano, más del 70% de los gastos sanitarios están originados por la hospitalización de estos pacientes. Así lo manifestaron los participantes en el *Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico* organizado por la Sociedad Española de Medicina Interna en marzo de este año.

Otro de los obstáculos está provocado por la población que tiene un doble aseguramiento. «Hay que facilitar que un tratamiento que se prescribe en la privada se pueda gestionar luego en la sanidad pública». En la actualidad, si un paciente pasa de uno a otro sistema tiene que repetir pruebas médicas.

El antes citado *Modelo de futuro de gestión de la salud* propone la separación entre las actividades de Financiación, Aseguramiento y Provisión de los servicios sanitarios.

Editor: Aurelio Fernández Directora de Suplementos Especiales: Gracia Cardador Jefe de Sección: Javier Cid Arte: Manuel de Miguel Coordinación: Jorge B. Montañés Redacción: María Crespo, Ana Luz Díaz, Javier Expósito, Javier Munera, Ana María Nimo, María Rulsánchez Maquetación: Equipo de Suplementos Especiales



Así, en el primer punto, el Estado debería proveer de una cartera básica de servicios, única para todos los españoles, con cargo a los Presupuestos Generales.

En lo referente al aseguramiento, el modelo propone que la prima a pagar por el ciudadano se

Una de las propuestas es dejar de financiar los medicamentos de dos o tres euros para dolencias de poca importancia

calcule en función de las estructuras territoriales y sociodemográficas, para que se puedan aplicar distintos baremos en función de cada área de salud del Estado.

Así, las prestaciones se priorizarían y ordenarían en función de la disponibilidad financiera para atender a las primas calculadas. Para este objetivo se propone la creación de un Ente Asegurador de carácter público, que podría complementarse con aseguradoras privadas.

En cuanto a la prestación de servicios sanitarios llevada a cabo por las Comunidades Autónomas, el modelo plantea la concertación de la gestión de las Áreas de Entidades Gestoras Sanitarias públicas o privadas (autogestionadas). Estas entidades administrarían los recursos –humanos y tecnológicos– en función de unos niveles de calidad y resultados determinados por el Estado para todos los servicios sanitarios. El modelo se completaría garantizando a todos los ciudadanos libertad para elegir aseguradora, hospital y profesionales en todo el territorio nacional.

Por último, se da una importancia vital al médico de familia, con el objetivo de suprimir niveles asistenciales. Este es quien debe prevenir a los pacientes de los hábitos no saludables, de los riesgos ambientales derivados del entorno o de los riesgos laborales.

**OTRAS SOLUCIONES.** Más allá de la toma en consideración de este modelo, hay un batallón de medidas que contribuirían a la supervivencia del SNS.

Eduard Ruis, director de Acciona Servicios Hospitalarios, es partidario de cambiar la política de recursos humanos, afrontando una reforma del estatus de los profesionales sanitarios, «columna vertebral del sistema».

Emilio Moraleda, ex presidente de Pfizer, defiende en *Ideas para la reforma sanitaria* que «no tiene sentido que, de toda la factura farmacéutica, los pacientes sólo paguen el 4%» y se muestra contrario a financiar medicinas de dos o tres euros para dolencias de poca importancia y que «la mayoría de la población sí puede pagarse».

Fernando Lamata, diputado regional por Castilla-La Mancha y ex Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, es partidario de aumentar los ingresos fiscales, ya que el peso que tienen en el PIB español es 7,3 puntos inferior a la media de la zona euro.

## LAS CIFRAS

**1.500** euros por persona y año es el gasto sanitario por persona en España. Gastamos el 6,99% del PIB en Sanidad, según la OCDE. La cuota de Francia es de un 9,2% y la de Reino Unido, 8,2%. Es decir, nuestro desembolso no es exagerado.

**7,5** es el número de veces que una persona acude al médico por año en España, una cifra superior a la media de los países de la OCDE (6,5) aunque considerablemente inferior a las 13 veces que lo hace un japonés.

**3,2** es el número de camas de hospital disponibles por cada 1.000 personas en España. La media de la OCDE está en 4,9.

**180** millones de euros podrían ahorrar los más de 700 hospitales que hay en España, con un gasto controlado de energía. Este hipotético ahorro supone el 25% de la demanda energética de todas las plazas hospitalarias en el país. Los datos pertenecen a un estudio de la consultora Euroconsult, que ha utilizado cifras oficiales para calcularlo.