

1. ALGO MÁS GRAVE QUE UN CATARRO

TRAS REPRESENTAR UNA DE LAS PROMESAS

electorales de mayor calado durante la campaña de 2008 ahora se ha convertido en la primera gran reforma del presidente estadounidense, Barack Obama. Es la transformación del sistema público de salud, precisamente en el país que más dinero dedica a Sanidad de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos): el 15,3% de su Producto Interior Bruto (PIB), frente al 8,9% de media. Más de la mitad de ese dinero proviene de seguros privados.

Mientras que la mayor economía del planeta se plantea un tratamiento de choque interno de unos 900.000 millones de dólares (620.000 millones de euros) en una década, en España ese debate parece fuera de la agenda pública, mientras que en la política sólo se habla de retoques sin pasar por quirófano. ¿Realmente estamos tan saludables como parece?

Si se realiza un chequeo rápido, todo hace pensar que sí. Según el último Barómetro Sanitario (de noviembre de 2008), que publica el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), la sanidad pública aprueba el examen de la ciudadanía casi con notable (un 40% le pone

una nota de 7-8) y sólo algo menos del 5% de la población considera que son necesarios cambios profundos en el sistema. En 1995 el doble de los encuestados pedía reformas.

Y hay más cifras que podrían invitar al optimismo. El gasto público es de los más bajos de la Unión Europea, el 8,5% en 2007, y la esperanza de vida es la más alta del continente. Los resultados clínicos se sitúan al nivel de los países más avanzados y, además, el modelo es un referente internacional por su universalidad y nivel de acceso respecto a otros países desarrollados. Aunque el aumento de los seguros privados ha sido fuerte en los últimos años, sólo algo más del 12% de la población cuenta con cobertura de este tipo.

Pero cuando el reconocimiento al sistema sanitario es a conciencia, el diagnóstico resulta distinto. Incluso, existen bastantes síntomas para la preocupación. España tiene el síndrome del enfermo imaginario, pero al revés. No lo sabe, pero tiene algo más que un catarro, algo que pusieron negro sobre blanco la consultora estratégica McKinsey&Company y la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea) a fi-

nales de 2009 con su estudio sobre la sostenibilidad del sistema público *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*. En él proyectan las principales estadísticas del sector a diez años y plantean las posibles reformas para evitar un colapso económico.

Según los cálculos de la investigación, de seguir tal y como funciona hasta ahora el entramado público, el déficit sanitario (desviación entre los gastos previstos y los reales, que acaba repercutiendo en el déficit autonómico) en 2020 alcanzaría la cifra de 50.000 millones de euros. ¿Los culpables? Por un lado, la demanda de servicios sanitarios se disparará: uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años, "lo que supone que más de 10 millones de personas tendrán un coste sanitario entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población".

Además, en una década el 60% de los ciudadanos padecerá una enfermedad crónica, lo que impulsará aún más el gasto sanitario. Asimismo, los nuevos tratamientos tecnológicos (avances en genética molecular, las cirugías menos invasivas, medicina personalizada), que serán más caros, habrán fomentado una mayor demanda.

Los españoles visitan al médico ocho veces más que la media de la Unión Europea. De hecho, una de cada tres citas con el doctor podrían estar injustificadas. La población española no para de envejecer: en diez años, uno de cada cinco ciudadanos tendrá más de 65 años. En 2009, el gasto sanitario podría haber superado más de un 15% lo presupuestado. No son más que algunos de los síntomas de la enfermedad que comienza a evidenciar el sistema sanitario público. Este entramado, que es un ejemplo por su cobertura y universalidad, podría comenzar a sufrir problemas graves en un plazo muy breve. Un pacto de Estado para dotar de flexibilidad al sistema, fomentar las alianzas público-privadas, reducir el gasto farmacéutico y concienciar a los pacientes del coste sanitario es, según los expertos, la mejor medicina preventiva para evitar un futuro colapso. POR MARÍA GARCÍA MAYO

En este sentido, la falta de recursos será más que patente. "Ahora ya hay saturación en determinados servicios, como atención primaria, con tasas de ocupación en hospitales públicos por encima del 80%", dice. En concreto, harán falta entre 15.000 y 20.000 médicos. Con estas perspectivas, la proyección es que cada español tendrá que trabajar al menos 30 días para cubrir el coste del sistema de salud pública (ahora son cerca de 16) y cada comunidad autónoma dedicará la mitad de su presupuesto sólo para cubrir en engranaje público sanitario (actual-

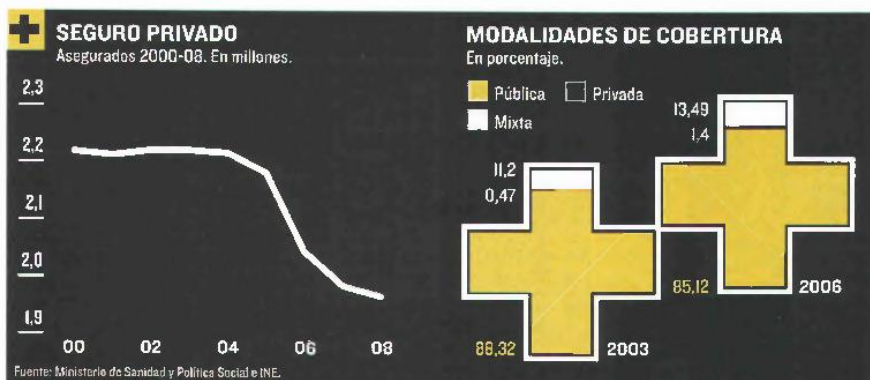
mente es cerca del 35%). Ciertamente, se trata de un panorama futuro muy poco halagüeño.

PERO NO HAY QUE MIRAR TAN LEJOS (NADA menos que a 2020) para chocarse de bruces con los problemas genéticos y posibles enfermedades de la red pública. "Ahora mismo ya es insostenible", afirma María del Mar Martínez, socia de McKinsey y una de las personas que ha elaborado este informe.

Los datos hablan por sí solos. "A corto plazo, la situación financiera es muy

complicada. El déficit de financiación acumulado por la sanidad entre 2003 y 2007 ya supuso unos 11.000 millones de euros (un 20% del presupuesto total de Sanidad en 2007). Y para 2009, las comunidades autónomas creen que su gasto real superará su presupuesto entre un 10 y un 15%, cifra que podría doblarse en 2010", declara el informe de McKinsey&Company y Fedea. Beatriz González es catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y experta en Economía de la Salud. González cree que "el sistema público de salud, tanto en España como en otros países, está sometido a presiones alcistas del gasto".

Más cifras explican parte del desajuste. McKinsey calcula que el gasto farmacéutico español per cápita es un 40% superior al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Portugal. "En la última década esta partida ha crecido hasta tres y cuatro veces por encima de la evolución del Índice de Precios de Consumo [en 2008 un 5,5%, frente a una inflación del 1,4%]", indica Joaquín Es-



**LA CRISIS
DEL
MODELO
SANITARIO**

**1. ALGO MÁS
GRAVE
QUE UN
CATARRO**



La ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez (derecha), ha anunciado que pronto planteará un gran pacto de la salud.

tévez, profesor del Programa de Política Sanitaria y Relaciones Institucionales de IE Business School. Y, según los expertos, no todo esto se debe al incesante envejecimiento de la población. La sociedad cada vez está más medicalizada, y los pacientes se están reivindicando más como consumidores.

Además, una de cada tres visitas al médico son innecesarias. En los servicios de urgencias, entre un 30% y un 80% de las entradas podrían evitarse. "Hay un sobreuso claro. Falta responsabilidad por parte de los pacientes", añade María del Mar Martínez.

Y no sólo existen puntos negros por el lado de la demanda. El de la oferta tiene las constantes aún menos estabilizadas. Según José Ramón Repullo, jefe de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, "la principal debilidad del sistema es su baja densidad institucional y su débil definición normativa y funcional. Se ha ido creando sobre la marcha. Esto se traduce en mal gobierno. Encima, esta debilidad

se acrecenta por las transferencias regionales y por el curioso modo en el que las autonomías se han apropiado del sistema público de salud: autonomía en las decisiones de gasto, pero dependencia en el arreglo de los déficits periódicos que se acumulan en cada ciclo". Y éste es un problema básico. "La insuficiencia estructural es un grave problema de gestión. Nos encontramos con que muchos servicios regionales y centros sanitarios empiezan el ejercicio con menos de lo que ya saben que van a gastarse", añade.

González reincide: "El Sistema Nacional de Salud no ha resuelto bien la coordinación territorial, y el coste de la descentralización sanitaria, en términos de gestión y administración, ha sido y es altísimo". Repullo cree que otra de las consecuencias negativas de la descentralización es que los gobiernos autonómicos están inmersos en lo que ha llamado *el dilema del prisionero*. "Si una región no incorpora una innovación, la de al lado se le adelantará, y su partido opositor local le denunciará

por ello: todo serán pérdidas políticas", explica.

Pere Ibern, profesor del departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, pone su punto de mira en la falta de integración asistencial (coordinación entre los distintos niveles sanitarios) que disgrega los servicios y repercute en la calidad y eficiencia del sistema.

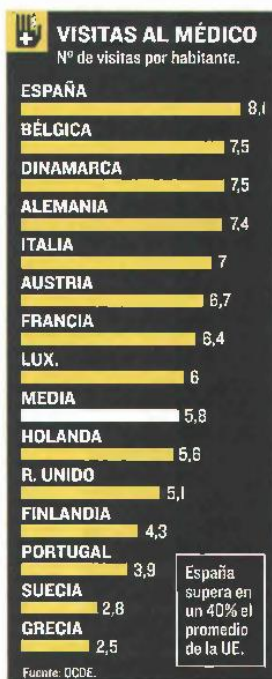
Y hay más. "La productividad en los hospitales públicos apenas ha mejorado desde 1995, a pesar de los avances tecnológicos", explica el documento de Fedea. "Se ponen en marcha innovaciones tecnológicas o de tratamientos que son muy caros y que no es seguro que vayan

a tener éxito", indica Manel Peiró, profesor de la escuela de negocios Esade y médico. A esto se suma que la motivación por el lado de los profesionales de la medicina tampoco atraviesa su mejor momento. Según una encuesta del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, el 53% de los titulares se siente mal valorado por quienes les emplea, y el 58% por la sociedad.

UNO DE LOS ASUNTOS MÁS PREOCUPANTES

según los expertos es que "tampoco hay un sistema de información adecuado para comparar las actuaciones". El vacío de información es un lastre que les preocupa especialmente, ya que oculta grandes bolsas de ineficiencia e impide resaltar la calidad de los servicios públicos que mejor funcionan para que el resto tome ejemplo.

Enrique Bernal, investigador del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, es uno de los autores del *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud* (uno de las publicaciones más respetadas del sector) y también ha detectado algunos datos preocupantes que aunque en apariencia sólo repercuten en la calidad del sistema pueden tener también efectos importantes en la sostenibilidad. "Hay brechas enormes en los tratamientos en las diferentes áreas sanitarias y entre los centros de las mismas áreas". En algunas pruebas, por ejemplo los TAC y las resonancias magnéticas, la diferencia es de



LA CRISIS DEL MODELO SANITARIO



ALGO MÁS GRAVE QUE UN CATARRO

hasta entre 3 y 5 veces en la solicitud de estas pruebas entre unos centros y otros. "Tampoco son mejores las que más intervenciones hacen. Muchas veces estas decisiones se toman porque es lo que dice la escuela o por usar las herramientas existentes, pero suponen un gasto enorme. Cuando el desequilibrio es por defecto, por falta de pruebas, implica una gran inequidad", añade.

SI ESTRUCTURALMENTE HAY VARIOS síntomas preocupantes, coyunturalmente el panorama no es mucho mejor. La crisis económica ha puesto más en evidencia las debilidades del sistema y ha planteado (o amenaza con hacerlo) nuevos riesgos. "Las necesidades de gasto sanitario son independientes de la recesión, ya que dependen del ritmo de adopción de las innovaciones médicas y farmacéuticas, de la evolución de la población en cubiera [por ejemplo, turistas extranjeros] y de su envejecimiento", indica Jaume Puig-Junoy. "El gasto sanitario ha marcado tasas de crecimiento por encima del PIB y, aunque éste ahora sea negativo, los costes no se pueden bajar, suelen ir a más", dice Martínez.

Beatriz González, por su parte, teme que con la actual situación lo urgente se coma a lo importante. "Algunas decisiones de aumento del gasto se han tomado en plena crisis, por ejemplo las relativas a la gripe A. No se ha escatimado ni se han esgrimido argumentos de crisis económica porque lo urgente generalmente toma prioridad absoluta. Así que el riesgo es recortar los programas cuyos resultados solo se verán a largo plazo, como los preventivos y los de investigación", dice.

Los expertos barajan que, con la caída de los ingresos del Estado y las Comunidades Autónomas, las tensiones internas del sector alcancen nuevas cotas. Hasta noviembre de 2009, los ingresos tributarios del Estado menguaron un 14%, hasta 150.754 millones (el déficit es del 6.8% del PIB) y el aumento paro está dando mordiscos al superávit de la Seguridad Social (-29% hasta noviembre, situándose en unos 14.800 millones).

Con este deterioro de las cuentas, hay quien teme que las comunidades empiecen a retrasarse en los pagos a proveedores y que se incrementen las tensiones entre administraciones por competir por recursos. También los problemas econó-

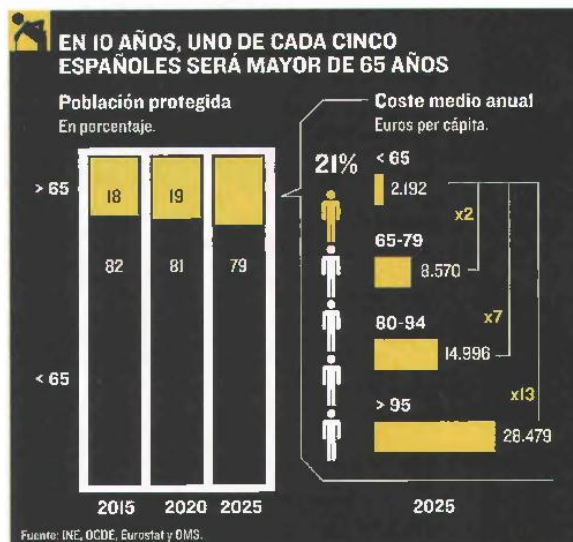
micos podrían dar alas a los habituales dimes y dires entre los profesionales médicos y de enfermería. "Los médicos españoles son de los peor pagados de Europa y eso crea mucho malestar", indica Enrique Bernal. Así que el posible parón en los sueldos de los funcionarios públicos puede disparar más las tensiones y protestas. Otros aspectos ya preocupantes, como la saturación debido a la menor contratación de seguros privados también alcanzaría mayores cotas con la recesión.

Para colmo, "tradicionalmente los desajustes del sistema público se arreglaban poniendo más dinero, algo que también se ha hecho con el nuevo modelo de financiación autonómica. Pero con la crisis eso ya no es una opción. Todo lo contrario", añade Martínez.

Jaume Puig-Junoy sentencia: "Tanto en época de bonanza como de recesión, no hay peor enemigo de la sostenibilidad del Estado del Bienestar que la defensa a ultranza de la ficción de que se puede dar de todo, a todos y gratis".

¿Se acabó la época del vale todo? Lo cierto es que no hay respuestas universales, aunque los analistas creen que hay que introducir mayores elementos de control y de racionalización.

A juicio de González debemos hacernos dos preguntas en esta dirección: "¿Hasta dónde vamos a llegar? Los servicios sanitarios tienen capacidad de gasto virtualmente ilimitada. La segunda cuestión es si vale la pena ese nivel de gasto. La idea es que los



servicios sanitarios valgan lo que cuestan, y esto se logra haciendo lo que se debe hacer, organizando los servicios

bien, de forma que se evite el despilfarro, y consiguiendo que las personas, profesionales y pacientes, den de sí lo que puedan de la mejor manera que sean capaces", indica.

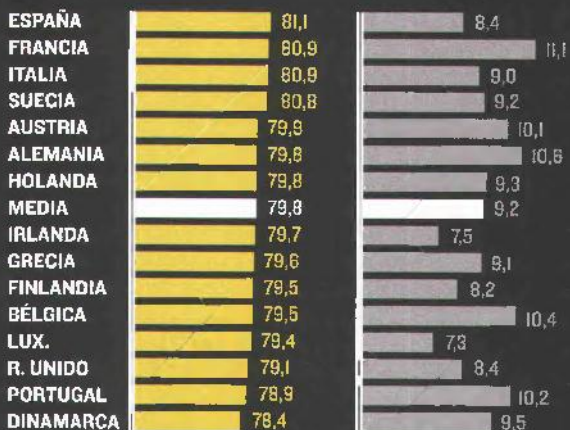
María del Mar Martínez, de McKinsey, es más contundente: "No podemos esperar a estar en coma para intervenir, es mejor realizar tratamientos preventivos", añade.

¿SOLUCIONES? EXISTIR existen, pero los expertos tampoco creen que haya un vademécum para el sistema. Antes de explicarlas, eso sí, habría que matizar algunos aspectos. Primeramente, el déficit demográfico no tiene una solución evidente. En segundo lugar, aunque pueda parecer el motivo más claro, este factor tampoco es principal lastre del sistema. De acuerdo con cálculos del demógrafo del Centro Superior de Investigaciones Científicas, Julio Pérez

ESPAÑA TIENE LA MAYOR ESPERANZA DE VIDA DE LA UE, CON UNO DE LOS MENORES COSTES

Esperanza de vida
2006. Años.

Gasto total en sanidad
2006. % del PIB.



Una de cada tres visitas al médico de familia podría ser innecesaria.

Díaz, sólo un 5-6% del déficit sanitario se debe atribuir al envejecimiento de la población, ya que éste ha venido acompañado de una mejora de salud y de la productividad que, junto con otros aspectos, compensan la longevidad poblacional.

Dicho esto, la mayoría de expertos consultados ven indispensable un gran pacto nacional, precisamente uno de los retos de la ministra, Trinidad Jiménez, que recientemente ha anunciado que está muy avanzado y "pronto será una realidad".

La lista de demandas en este gran pacto por parte de los analistas es enorme. El grupo de expertos de Fedea y McKinsey se centra en responsabilizar a todos los implicados. ¿Cómo? Plantean una batería de medidas que tocan a todos los actores del sistema. En primer lugar, creen que habría que corresponsabilizar a los usuarios a través de un *ticket* moderador en atención primaria y urgencias. Este vale sería un pago fijo y testimonial por visita, más elevado el de urgencias que el primario, con exenciones para determinados grupos sociales, como enfermos crónicos o con menor renta. "Su objetivo no es recaudatorio, sino que persigue la reducción de la hiperfrecuentación", dice

Martínez. También establecer un límite en el total de la contribución anual del Estado al pago farmacéutico.

En segundo lugar, proponen fijar un proceso que garantice que todas las nuevas prestaciones que se incorporen al sistema han superado unos estándares mínimos de coste-efectividad y son accesibles para todos. En tercero, incrementar la transparencia en el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios, tanto en centros como en servicios. Y, por último, ven necesario fomentar la autonomía de gestión de los profesionales y reforzar los esquemas de incentivos a los centros y a los trabajadores.

CADA EXPERTO DISPONE DE SU PARTICULAR receta. Una de las más comentadas es abrir más la mano a las colaboraciones público-privadas. Este tipo de alianzas comenzaron a ponerse en marcha hace más de una década, pero por ahora son sólo están presentes en algunas comunidades autonómicas y tienen muchas variantes (ver página 12).

"En sanidad pasa algo parecido a lo que ocurre en un campo de fútbol. Un jugador no puede sacar de esquina y rematar a la vez. La sanidad pública no puede con

todo", explica Peiró. "Este tipo de estructuras permiten dotar de más flexibilidad al sistema, a la hora de hacer contrataciones de servicios, personal y proveedores, algo clave. Además, suelen ser sistemas más eficaces", indica Estévez. "Estas fórmulas han mejorado la atención a las personas y ha permitido la renovación de los hospitales", dice Antonio Martos, presidente de la consultora sanitaria Mensor.

Ana Sánchez, viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, defiende un modelo en auge en esta región. "Está claro que la gestión privada tiene más mecanismos para ser eficiente que la pública. Los ahorros que puede aportar la gestión privada dependen de los departamentos. Por ejemplo, en un servicio de laboratorio el coste medio de la cápita es un 50% menor. Y sólo un 20% en otros departamentos".

Sin embargo, José Ramón Repullo no ve tan claro este camino. "También plantea problemas de eficiencia y sostenibilidad cuando el financiador público no es capaz de hacer buenos contratos, en los que se transfiera el riesgo y las bonificaciones a los proveedores privados. Lo más sensato es que libremos al gato público de las ataduras que le impiden cazar ratones", dice.

Con o sin inconvenientes, para Pere Ibern probar diferentes opciones (alianzas de este tipo u otras políticas) es la única salida. "Hay que buscar alternativas como están haciendo otros países [ver apoya]".



Si el sistema continúa funcionando tal y como lo ha hecho hasta ahora, más del 50% del gasto público de las comunidades autónomas se dedicará a Sanidad dentro de una década

LA CRISIS DEL MODELO SANITARIO



ALGO MÁS GRAVE QUE UN CATARRO

LO QUE EUROPA ¿ENSEÑA?

HACER UN VIAJE POR EUROPA PARA ANALIZAR qué políticas se están poniendo en marcha en las administraciones de nuestros vecinos puede servir para tomar ideas. Aquí se presentan algunas de las propuestas que ponen de relieve la generosidad del sistema sanitario público. ¿Cerrar la mano es una alternativa real?

SUECIA: En algunas regiones se han limitado desde 2003 las prestaciones sanitarias basándose en criterios de priorización del gasto y análisis del coste-beneficio. Ha establecido sistemas de información nacional que permiten observar los resultados sanitarios por centro y médico, lo que ha demostrado tener un impacto muy relevante en la satisfacción de los pacientes, que pagan una tasa fija de 11 a 17 euros por cada visita en atención primaria y de 22 a 33 euros por cada urgencia. Además, hay un límite anual en los gastos farmacéuticos de 420 euros.

FRANCIA: La reforma sanitaria planteada por Francia recientemente (Ley Bachelot, de 2008) diseña una nueva estructura organizativa reforzando la autonomía de gestión en cada centro. Fija mecanismos de medición del

desempeño y comités de evaluación. También cuenta con un *ticket* moderador en atención primaria y en especializada. En primaria es variable (un 30% del coste de la consulta más un euro, con un máximo de 50 euros al año). En especializada es de entre un 20 y un 25% por consulta. Si hay ingreso, se pagan 16 euros al día.

El uso de 'tickets' moderadores es una práctica habitual en muchos de los países de Europa. También la eliminación de la exención del pago de los fármacos para los pensionistas

ALEMANIA: Parte del superávit generado por los hospitales se revierte al propio centro y es distribuido con distintas finalidades por la dirección del centro. También se está promoviendo la compra de hospitales públicos por operadores especializados. Además, hay un *ticket* moderador de 10 euros por la primera visita en atención primaria con validez trimestral para las citas restantes. En atención especializada, el *ticket* moderador es de 10 euros

por visita y de 10 euros por día de hospitalización, con un máximo de 250 euros.

PORTUGAL: Tiene establecido un régimen de copago. En atención primaria hay un *ticket* moderador dependiendo del tipo de consulta, por ejemplo dos euros por una común y tres si es a domicilio. En atención especializada, hay un *ticket* de cinco euros por día de hospitalización.

NORUEGA: Los hospitales públicos adoptan la forma de empresas públicas con responsabilidad sobre su cuenta de resultados.

HOLANDA: La aportación al coste de los fármacos realizada por los pensionistas es igual a la del resto de la población, no como en España.

BÉLGICA: *Ticket* moderador en atención primaria de hasta el 35% del coste de consulta y del 40% si se trata de un médico especialista.

El resto de las propuestas de los expertos toca todos los frentes. El de la Administración es el que más reformas requiere. "Políticas de Recursos Humanos como en las empresas para los centros médicos, con incentivos para motivar al personal", pide Joaquín Estévez.

SEGÚN ENRIQUE BERNAL, HACE FALTA MAYOR trasvase de información en tratamientos y experiencias, para mejorar las praxis y la eficiencia. Otros creen que deberían eliminarse de la cobertura tratamientos y pruebas que no aseguran un éxito 100% seguro, como la vacuna contra el virus de papiloma humano. También limitar la

subvención farmacéutica universal a, por ejemplo, colectivos de pensionistas con rentas altas.

En el frente de los pacientes, los expertos coinciden que hace falta más educación sanitaria. Para acabar con el sobreesfuerzo de los servicios, pero también para que la sociedad en su conjunto se conciente de que cuidarse más es bueno para todos y más barato. "Con la futura prohibición total del tabaco en los lugares públicos cerrados se ha formado un debate monumental, cuando debería ser algo más básico. También que hay que hacer deporte o comer sano. Eso ahorraría mucho dinero", explica Mercé Casas, directora ge-

neral de la consultora sanitaria Iasist.

Pese a toda esta retahíla de ideas, los expertos son conscientes de que hay una barrera enorme para ponerlas en marcha: "Los obstáculos políticos están creciendo y limitan mucho. Algunas comunidades se han negado a determinadas políticas o a términos como el copago por principio, sin intentar probar", explica. "La sanidad se ha convertido en un arma arrojadiza", señala otro experto. "Muchas de estas propuestas se han puesto en marcha de forma experimental o sin demasiado control. Así que hay que reincidir en ellas", asegura Martínez.

Otros, en cambio, prefieren ver el vaso medio lleno y centrarse en que el punto de partida es muy favorable y en que en las situaciones de crisis es cuando suelen surgir las mejores ideas. Pero lo importante es que haya debate: no hay peor enfermo que el que ignora su enfermedad. 

Los expertos reclaman un gran pacto de Estado para hacer que el sistema público sea más flexible y eficiente. El copago, para la toma de responsabilidad por parte de los pacientes, es otra de sus recetas