



LUIS GONZÁLEZ FERIA

**El futuro
incierto
de la Sanidad**

La Huerta Grande
Ensayo

El futuro incierto de la Sanidad

COLECCIÓN DE ENSAYO

La Huerta Grande

Luis González Feria

EL FUTURO INCIERTO DE LA SANIDAD



© De los textos: Luis González Fería

© De la carta-epílogo: José Boada

Madrid, enero 2016

EDITA: La Huerta Grande Editorial
Serrano, 6 28001 Madrid
www.lahuertagrande.com

Reservados todos los derechos de esta edición

ISBN13: 978-84-944603-0-2

D. L.: M-39057-2015

Diseño de cubierta: Enrique García Puche para TresBien Comunicación
Imprime: Gracel Asociados, Av. Valdeparra, 27 28108 Alcobendas, Madrid

Impreso en España/Printed in Spain

1

LA SANIDAD Y SUS PROBLEMAS

El sistema sanitario en España —y, por lo que conozco, también en el resto del mundo— tiene serios problemas. A mi consulta vienen pacientes desesperados por las listas de espera y porque sus médicos no los atienden adecuadamente. Se quejan de no recibir información, de la falta de atención personal, del poco tiempo que se les dedica y, a menudo, de los continuos cambios de médico. A esto se le unen las frecuentes noticias sobre el déficit de la Sanidad, la desinformación que existe sobre los copagos, los recortes salariales y las sospechas generalizadas hacia las administraciones que tienen que arbitrar medidas especiales para financiar medicamentos modernos, eficaces, pero de un coste difícilmente asumible.

En 1987, durante mi ejercicio como Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, se me encomendó —según quedó dicho— la tarea de preparar las transferencias sanitarias desde el gobierno central al autonómico. Mi colaboración con expertos nacionales y

extranjeros me permitió tener una visión de conjunto sobre los problemas en este ámbito. Ya en aquella ocasión, un equipo de expertos suecos en planificación sanitaria, buenos conocedores de la Sanidad pública estatal, me advirtieron de que la española, con los parámetros de aquella época, no era sostenible.

En 2001 pronuncié una conferencia en el acto de clausura de la vigésima octava Promoción de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna con un título similar al de este libro. Mi mensaje, tachado de catastrofista por algunos de mis colegas, venía a decir que, teniendo en cuenta los factores que influían en el desarrollo de la Sanidad, esta presentaba los síntomas de una enfermedad que denominé «Insuficiencia Sanitaria Crónica y Progresiva». Con el símil médico, quería explicar que la Sanidad no sería capaz de cumplir con sus funciones y que —conforme aumentase la demanda—, si no aumentaban proporcionalmente los recursos, mayor sería la insuficiencia del sistema, en forma de listas de espera y recortes de prestaciones que podían llegar a ser críticos. Concluía que, si no se tomaban medidas, la Sanidad podría colapsarse.

Creo que pasó la hora de tales premoniciones, que de nada sirvieron (como, por otra parte, era lógico). El famoso informe «Abril», de 1991, se pronunciaba con gran autoridad en términos parecidos y fue cuidadosamente ignorado. Por desgracia, al desatendido informe se le puede aplicar hoy la frase atribuida a Víctor Hugo: «No existe en el mundo nada más poderoso que una idea a la que le ha llegado su tiem-

po». ¿Les habrá llegado ya su tiempo a aquellas ideas catastrofistas de entonces? Sea como fuere, el hecho es que, veinticinco años más tarde, la Sanidad tiene graves problemas, que no hacen sino crecer, y desde luego empeorar, por la crisis económica. Sobre ellos me parece conveniente meditar e invitar al debate.

La Sanidad en cifras y el Estado del Bienestar.

La Sanidad constituye uno de los pilares del llamado «Estado del Bienestar», si no el primordial. El Estado del Bienestar, a su vez, es un concepto reciente en la historia de la humanidad. Algunos estudiosos remontan sus inicios a las políticas sociales de Otto von Bismarck; otros, a las desarrolladas por William H. Beveridge en Inglaterra después de la Segunda Guerra Mundial, como veremos. Sea como sea, mayor acuerdo hay en que conforma tal Estado del Bienestar el conjunto de políticas que desarrollan los Estados modernos para asegurar el bienestar de los ciudadanos. Políticas según las cuales el Estado asegura a sus ciudadanos una asistencia sanitaria equitativa y de calidad, una jubilación, un seguro de desempleo, educación y ayudas a las personas dependientes. Ni que decir tiene que todo eso cuesta mucho dinero.

En la actualidad, España tiene un Producto Interior Bruto anual en torno a un billón de euros. Como es sabido, una parte de ese presupuesto la gestiona directa o indirectamente el gobierno bajo el concepto de gasto público, destinado a múltiples actividades:

desarrollo económico, gestión de las administraciones, defensa o gasto social. La fracción del PIB destinada a gasto social incluye ante todo la partida destinada a Sanidad; le siguen las dedicadas a Pensiones, Educación y Desempleo. El gasto público supone casi la mitad del PIB, y el gasto social en torno a la tercera parte. España es así uno de los países que dedica mayor proporción de su PIB al gasto social, precisamente por estar incluidas en él las partidas destinadas al Desempleo. De ahí surge la típica controversia en los debates políticos: de un lado se presume de que «hemos elevado la cuantía del presupuesto destinado a gasto social», y de otro se critica que «se han hecho recortes en Sanidad o en Educación». Ambas afirmaciones son ciertas... y ambas deberían explicarse sin demagogia a la ciudadanía. Efectivamente, el gasto social en España es hoy más alto que en Alemania u Holanda. Si en nuestro país hubiera menos paro, las cantidades destinadas a Desempleo podrían dedicarse a Sanidad, Dependencia, Pensiones o Educación. Lo cual explica que el aumento del gasto social, por la vía de la partida de Desempleo, sea compatible con el aumento de los recortes sociales y que ambas opiniones tengan una parte de razón.

La proporción del PIB destinada a Sanidad en España es aproximadamente del 7%. A este 7%, hay que añadir otro 3% que los ciudadanos dedican a la Sanidad Privada, con lo que el presupuesto total de la Sanidad asciende porcentualmente a alrededor del 10% del PIB, es decir a unos 100 000 millones de euros.

Si comparamos nuestro gasto en Sanidad con el de otros países de la Unión Europea, observamos que

occidental. Y me temo que las turbulencias van a durar mucho tiempo.

3. En materia de presupuesto sanitario conviene recordar algunos datos. El Estado, como dijimos, destina cerca de un 7% del PIB a Sanidad, al que se añade un 3% que corresponde a la partida de Sanidad financiada de forma privada, es decir la que no proviene de los impuestos. La crisis económica ha acentuado dramáticamente los problemas al reducir las partidas dedicadas a Sanidad. Al hallarse los presupuestos sanitarios fragmentados por comunidades autónomas, es difícil obtener datos globales sobre el gasto sanitario público para el conjunto de España. Si nos atenemos a los datos publicados en septiembre de 2014 por la confederación sindical de Comisiones Obreras, la suma del presupuesto sanitario inicial de todas las comunidades autónomas en el año 2014 se ha reducido en un 11,19% respecto al del año 2010 —algo más de una décima parte—, y el presupuesto ha disminuido por cuarto año consecutivo. Ello se ha traducido en una reducción del 7,85% en gastos de personal y en un 67% en el capítulo de las inversiones. Asimismo, en ese periodo de tiempo se ha reducido el número de camas hospitalarias en uso y el promedio en las listas de espera ha pasado en un año y medio de 76 a 98 días.

Aunque el gasto real por persona ha decrecido ligeramente durante los últimos cuatro años, la realidad es que entre 2002 y 2009 ese gasto en la Sanidad pública creció un 41%, a una velocidad cuatro veces superior a la del PIB. Ante tales datos cabe preguntarse, en primer

lugar, si dedicamos mucho o poco a Sanidad. Parece que ni lo uno ni lo otro. Si consideramos que estamos en torno a la media europea tanto en gasto sanitario como en renta per cápita, parece lo adecuado. Luego si acordamos subir el presupuesto destinado a Sanidad, deberemos discutir y debatir acerca del único modo de hacerlo: aumentar la recaudación o disminuir el gasto público en otros sectores. Se trata de un problema sobre el que la ciudadanía debería informarse y debatir, y sobre el que debería pronunciarse.

La otra gran pregunta es: ¿utilizamos ese presupuesto de la forma más eficiente, para que produzca la mejor Sanidad? Desde luego, esta consideración forma parte del mencionado debate. Se ha querido introducir pequeños cambios para intentar paliar la situación, pero a menudo se ha hecho sin explicaciones y sin contar con un mínimo consenso de la ciudadanía. Se ha optado por estrategias autoritarias o competitivas, en lugar de apostar por el modelo participativo, que conlleva la complicidad del ciudadano en la toma de decisiones. Los propios promotores del proceso participativo están de acuerdo en que el modelo es más lento y que quizás no siempre haya tiempo para desarrollarlo, pero que debe intentarse contando con el apoyo de los rápidos y eficaces métodos actuales de comunicación.

La introducción, por ejemplo, de los copagos supone un modesto ingreso. Se persigue un efecto disuasorio para contrarrestar el uso indiscriminado de los recursos. El copago, sin embargo, genera un gran rechazo político. Aunque se utiliza en la mayoría de

los países, puede afectar aún más a la malparada equidad, a no ser que se utilicen medidas correctoras, tal y como sucede en esos países.

En resumen: ante un aumento de las necesidades no queda más remedio que reducirlas, gestionarlas mejor, o aumentar los ingresos por la vía impositiva o por contribución directa del ciudadano (lo que en realidad supone un nuevo impuesto con carácter finalista). También se puede aplicar una solución híbrida.

4. Tenemos un modelo de gestión sanitaria rígido, burocratizado y politizado. Se puede especular sobre la posibilidad de promover un cambio de una gestión pública a otra privada siguiendo el modelo alemán, y con la vista puesta en las modalidades holandesa o sueca. Habría que debatir en profundidad las modificaciones que hace unos años realizó la Sanidad de los Países Bajos, donde se logró cambiar de modelo en muy poco tiempo con óptimos resultados. En el caso de España podría ensayarse un modelo más competitivo, favoreciendo, por ejemplo, las mutualidades de funcionarios existentes (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), como alternativa a la Seguridad Social. Actualmente, determinados funcionarios pueden optar por una Sanidad de gestión pública o por una mutualidad de gestión privada (en el caso de las mutualidades, de hecho se trata de Sanidad pública, financiada con dinero público, pero gestionada de forma privada). Es llamativo observar que más del 80% de los funcionarios elige la gestión privada, como veremos.

Recapitemos. Más arriba nos hemos referido a los diferentes modelos sanitarios, con orígenes y carac-

terísticas diferentes: el bismarckiano —más competitivo—, y el beveridgiano —más equitativo—. Con el paso del tiempo y las modificaciones que velozmente se están produciendo en la sociedad, los dos sistemas se van aproximando. Ante la crisis de insuficiencia que golpea el planeta entero, y no en menor grado a nuestra cultura occidental, los gobiernos se esfuerzan en encontrar mejores sistemas de gestión que les permitan seguir asegurando una Sanidad universal de calidad. Pero los problemas «perversos» que atenazan nuestro sistema se están intentando solucionar con estrategias en mi opinión inadecuadas, es decir, sin contar con los interesados, los *stakeholders* de los que luego hablaremos. Me parece imposible resolver problemas de semejante envergadura a espaldas de los colectivos interesados. Estos —permítasenos recalcarlo— no solo han de intervenir para proponer sus ideas, sino que deben comprometerse de hecho con las soluciones propuestas. Cualquier medida que se proponga desde arriba, por correcta y bienintencionada que sea, va a encontrar una fuerte oposición, como bien vemos en la práctica con más frecuencia e intensidad de lo que desearíamos. Así pues, no puedo estar más de acuerdo con las teorías de Ritter sobre el enfoque colaborativo. El inconveniente del largo tiempo que requiere se puede aminorar hoy —como sugerimos— utilizando los modernos medios de comunicación, desde la televisión a Internet. ¿Qué fuerzas se oponen a la apertura de un amplio debate en la sociedad? ¿Hay algún tipo de temor? ¿Puede ocurrir que las autoridades no sepan cómo enfocarlo o que teman que el problema se les escape de las manos?

Deberíamos comparar los modelos sanitarios con sus ventajas e inconvenientes. Se debería informar mucho más y mejor sobre los copagos, las listas de espera, las carteras de servicios, y dejar que una ciudadanía informada se pronuncie. Me doy cuenta del componente utópico de mi propuesta, pero me siento obligado a aventurarla porque el problema viene de lejos y se ha convertido en crónico sin que se vean atisbos de soluciones de fondo.

Bajando de nuevo a tierra, y para concluir, cualquiera de los modelos de gestión se enfrenta a desafíos comunes representados por los cambios poblacionales y por el complejo de innovación-demanda-encarecimiento que comprometen la sostenibilidad —y últimamente la calidad— del sistema. Estamos ante un problema perverso, que no hace más que acrecentarse porque las causas principales no hacen más que complicarse. Las soluciones simples no funcionan, y entre los gobernantes existe un considerable desconcierto sobre las medidas que se deben tomar. Probablemente sería conveniente un cambio de modelo hacia uno más flexible y con un cierto componente de competitividad. Pero siempre, como digo, involucrando a los distintos actores en un enfoque colaborativo a la hora de buscar soluciones, y atendiendo, si es posible, a los plazos de tiempo que requiere la resolución del problema. Habría que considerar la posibilidad de escalar las soluciones en el tiempo, para permitir cambios progresivos que sean más aceptables y que permitan corregir el rumbo en caso necesario.